

NUMÉRO 17 | JUIN 2019

La politique publique du système de santé de district et sa mise en œuvre : une étude mixte d'évaluation dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Chuy Kalombola Didier, Bart Criel, Zakaria Belrhiti, Valeria Campos Da Silveira, Albert Mwembo Tambwe, Abdon Mukalayi Wa Mukalayi, Faustin Chenge Mukalenge

La politique publique du système de santé de district et sa mise en œuvre : une étude mixte d'évaluation dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Chuy Kalombola Didier, Bart Criel, Zakaria Belrhiti, Valeria Campos Da Silveira, Albert Mwembo Tambwe, Abdon Mukalayi Wa Mukalayi, Faustin Chenge Mukalenge

Auteurs :

- **Chuy Kalombola Didier**
Correspondance : chuykalombola@gmail.com
École de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
- **Bart Criel**
Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique.
- **Zakaria Belrhiti**
École Nationale de Santé Publique, Rabat, Royaume du Maroc.
- **Valeria Campos Da Silveira**
Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique.
- **Albert Mwembo Tambwe**
École de Santé Publique et Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
- **Abdon Mukalayi Wa Mukalayi**
École de Santé Publique et Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.
- **Faustin Chenge Mukalenge**
École de Santé Publique et Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Remerciements :

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

A l'Union Européenne, pour le financement de cette étude.

A l'École de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi (RDC) et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Belgique, pour l'encadrement.

Aux Editeurs de la collection Cahiers REALISME : Merci pour les orientations et la révision, à Dre Fanny Chabrol et à Madame Lara Gautier, Coordonnatrice de la collection des Cahiers REALISME.

A tous qui ont contribué à la conception, la rédaction, la production et la diffusion de l'article.

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication.

Résumé

Contexte : En renouvelant la politique du système de santé de district en 2013, les Etats africains ont réaffirmé leur engagement pour les soins de santé primaires, en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durables de santé. Cette politique adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé à Harare (1987), consiste à subdiviser le pays en unités opérationnelles appelées districts sanitaires. Un district sanitaire correspond à un espace géographique couvrant une certaine population, une offre des soins organisée au premier échelon en centres de santé et au deuxième en hôpital, et une équipe-cadre pour la gestion et le leadership. Alors que l'urbanisation progresse, la mauvaise organisation et d'inacceptables inégalités des soins de santé persistent en villes, en République Démocratique du Congo. Cette étude visait ainsi à analyser l'effectivité de la mise en œuvre de ladite politique dans les districts sanitaires de la ville Lubumbashi en 2017.

Méthode : Nous avons mené une étude de cas descriptive, transversale, combinant les approches quantitative et qualitative, dans les neuf districts sanitaires de Lubumbashi. Nous avons utilisé le cadre d'analyse des politiques publiques de Mény et Thoenig (1989), en l'adaptant à la politique du système de santé de district, pour évaluer l'effectivité de la mise en œuvre de cette politique à travers cinq éléments (piliers) caractéristiques de présence d'une politique publique: la base conceptuelle et formelle, la coalition des acteurs, l'agenda partagé entre les acteurs, l'observance des normes, et l'autorité et contrainte des équipes-cadres pour la mise en œuvre de ladite politique. Les données quantitatives, obtenues par un questionnaire administré à 85 membres des équipes-cadres et une fiche de collecte des données documentaires et d'observation des neuf districts sanitaires, ont été traitées en huit indicateurs par pilier (40 indicateurs au total) et permis de calculer le pourcentage d'effectivité de mise en œuvre de chaque pilier dans lesdits districts. La médiane des pourcentages obtenus par les districts à un pilier a constitué l'indice synthétique d'effectivité de mise en œuvre dudit pilier dans la ville. Les contenus des données qualitatives des entretiens avec 18 « informateurs-clés » des neuf équipes-cadres (deux par équipes-cadres) ont été analysés par thématiques relatives aux piliers étudiés.

Résultats : Les médianes d'effectivité de la mise en œuvre des cinq piliers de la politique étudiée étaient comprises entre 20% et 40%, signifiant une effectivité faible de mise en œuvre de la politique publique du système de santé de district, dans la ville de Lubumbashi. Les données qualitatives ont montré que cette situation est liée à la quasi-inexistence d'éléments d'identification de ladite politique sur le terrain.

Conclusion : L'effectivité de la mise en œuvre de la politique du système de santé de district est peu optimale dans la ville de Lubumbashi en République Démocratique du Congo. Le gouvernement congolais devrait renforcer l'effectivité des piliers de cette politique pour améliorer son opérationnalisation sur le terrain.

Mots-clés: Science de la mise en œuvre, politique publique de santé, système de santé de district, Ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

1. Introduction

A Astana, en 2018, les Etats viennent de réaffirmer leur engagement à renforcer les soins de santé primaires, et que ceux-ci constituent la pierre angulaire pour des systèmes de santé durables et résilients, pour atteindre la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable liés à la santé (Banque mondiale et Organisation Mondiale de la santé, 2017; WHO and UNICEF, 2018). La bonne mise en œuvre de tels systèmes implique une répartition équitable des services des soins de santé, pertinents et de qualité, de sorte que chaque individu puisse y avoir accès sans subir des difficultés financières (Banque mondiale et Organisation Mondiale de la santé, 2017; Meessen et al., 2014). Ces systèmes sont organisés, dans bien des pays en développement, sous la forme de système de santé de district (Meessen et al., 2014; OMS, 2008, 2016; Sharkey and O'Connell, 2013), établi dans un district sanitaire (WHO, 1978). Un district sanitaire est une zone administrative ou géographique, rurale ou urbaine, bien délimitée, ayant une population de responsabilité définie, et englobant toutes les structures sanitaires qui s'y trouvent (publiques ou privées, professionnelles ou traditionnelles) et coopèrent pour travailler ensemble (Community of Practice Health Service, 2013). Adopté comme modèle d'organisation cohérente des systèmes locaux de santé en 1987 lors de la conférence interrégionale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à Harare, par les décideurs, experts, gestionnaires des districts, et bailleurs des fonds, le système de santé de district est recommandé pour sa robustesse, sa clarté conceptuelle, sa pertinence opérationnelle dans la mise en œuvre des soins de santé primaires et sa rapidité à répartir des formations sanitaires (FOSA) pour assurer la couverture sanitaire dans un territoire donné (Community of Practice Health Service, 2013; Meessen et al., 2014; WHO, 1987).

Les services des soins de santé sont encore mal organisés en milieu urbain et ce, malgré la mise en œuvre du système de santé de district (Chenge, 2013; Grodos et Tonglet, 2002). Les prestataires des soins naissent, s'implantent, se multiplient, se diversifient et offrent des paquets et des plateaux techniques des soins, à leur goût et gré, sans être contrôlés ni intégrés ; et ceci entrave l'harmonie d'organisation des districts sanitaires (Cadot et Harang, 2006; Chenge, 2013; Community of Practice Health Service, 2013; Grodos et Tonglet, 2002; OMS, 2008).

En République Démocratique du Congo (RDC), l'urbanisation rapide, l'instabilité politique, la crise économique et les réformes administratives s'associent à une aggravation des défaillances organisationnelles du système de santé (Cadot et Harang, 2006; Chenge, 2013; UN-Habitat, 2014). Le pays est un Etat unitaire fortement décentralisé ; il se trouve en pleine période de réformes politiques. Il est, entre autres, passé de 11 à 26 provinces en 2015. A son accession à l'indépendance en 1960, son système de santé, hérité de celui l'époque coloniale, rayonnait à travers l'Afrique et fonctionnait sous un mode centralisé et basé sur les hôpitaux et les unités mobiles de lutte contre les grandes endémies (Ministère de la santé publique, 2006, 2010b). Entre 1960 et 1980, le pays a connu multiples crises politiques et l'effondrement progressif de son économie, qui ont fragilisé son système sanitaire et créé un besoin de restructuration. Depuis 1985, le gouvernement a ainsi décidé de bâtir la politique nationale de santé sur les soins de santé primaires et leur mise en œuvre par le système de santé de district, y compris dans les villes (Ministère de la santé publique, 2012; UN-Habitat, 2014). Il y parvient grâce au soutien technique et à l'appui financier des bailleurs des fonds, des experts, de l'OMS et de différents partenaires techniques et financiers. La politique du système de santé de district vise donc à promouvoir

l'accessibilité aux soins, le droit à la santé, l'équité pour les services des soins, l'éthique sanitaire, la solidarité des acteurs, et l'humanisation des soins de santé pour tous (Ministère de la Santé, 2001). Le système de santé congolais comprend, depuis lors, trois niveaux (Ministère de la Santé Publique, 2016). Le niveau central édicte les politiques sanitaires. Le niveau provincial apporte l'appui équipe cadre au niveau opérationnel. Le niveau opérationnel désigne le district sanitaire (appelé zone de santé en RDC) et met en œuvre les politiques sanitaires (Ministère de la santé publique, 2012). Le développement d'un système de santé intégré (système de santé de district) au sein d'un district sanitaire est la responsabilité de l'équipe-cadre dudit district, et aucune activité ne devrait se réaliser dans un district sanitaire sans être instruite par ladite équipe-cadre (Ministère de la santé publique, 2012).

La couverture des services, le profil et les résultats de santé du pays, eux qui reflètent l'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires, sont préoccupants, surtout dans la province du Haut-Katanga dont la ville de Lubumbashi est le Chef-lieu (Ministère de la Santé Publique, 2016). L'indice de performance d'accès et de qualité des soins de santé de 40 classe la RDC parmi les dix derniers des 195 pays au monde (Barber et al., 2017). Seuls 30% de la population accèdent aux soins de santé formels, 80% des ménages sont insatisfaits des soins et moins de 0,5 nouveaux-cas/habitants/an utilise les services des soins curatifs (Ministère de la santé publique, 2012; UN-Habitat, 2014). L'ambition du pays, formulée en 2016, est de porter la couverture de 30% à 60% de la population par des services des soins formels d'ici 2020, comptant sur le système de santé de district et le leadership des équipes-cadres (Ministère de la santé, 2010, 2016). Ces dernières, limitées en marges de manœuvre, font face à un pluralisme croissant et incontrôlé des prestataires des soins surtout en ville. Ce pluralisme évolue comme s'il n'y avait aucun support politique adéquat en faveur d'un développement cohérent du système de santé de district (Chenge, 2013; Community of Practice Health Service, 2013; Ministère de la Santé Publique, 2016).

Dans la ville de Lubumbashi, l'organisation du système de santé de district souffre et les adaptations du modèle du système de santé de district qui ont été proposées (Chenge, 2013) ne sont pas encore testées. Avant toute adaptation, comprendre d'abord comment la ville est arrivée à cette défaillance organisationnelle, en dépit de l'existence de la politique du système de santé de district au pays, nous semble pertinent pour mieux agir (Ridde et al., 2018). Ceci permettrait de réduire le risque de procéder à des adaptations inappropriées et récurrentes, susceptibles de mettre en péril le respect des droits, l'équité, l'éthique, la solidarité et l'humanisation des soins de santé (Bettencourt et al., 2010; Ministère de la santé, 2012).

La mise en œuvre de la politique du système de santé de district est fondamentale à son existence (Ridde et al., 2018). Un bon support politique du système de santé de district renforcerait la gestion de cette mise en œuvre et optimiserait le leadership des équipes-cadre en vue de fédérer tous les acteurs du district sanitaire autour d'un objectif commun de construction d'un système de santé de district bien intégré (Ham, 2003; Lansang, 2004; Ministère de la Santé Publique, 2016; Ridde et De Sardan, 2012; WHO, 1978, 1987). Une déficience de support politique constitue une barrière à l'organisation, à la gestion, au leadership et à la performance des districts sanitaires (OMS, 2008; Walt & Gilson, 1994; WHO, 1987).

Il y a peu d'études explicites et systématiques sur l'analyse de la mise en œuvre des politiques publiques de santé, comme celle du système de santé de district, dans les pays en développement, dont la RDC (Collins, 2005; Ridde et al., 2018; Ridde et De Sardan, 2012; Walt & Gilson, 1994). Ceci justifie la présente étude qui vise à apprécier, d'après les points de vue des équipes-cadres, l'effectivité de la mise en œuvre de la politique du système de santé de district dans la ville de Lubumbashi en RDC.

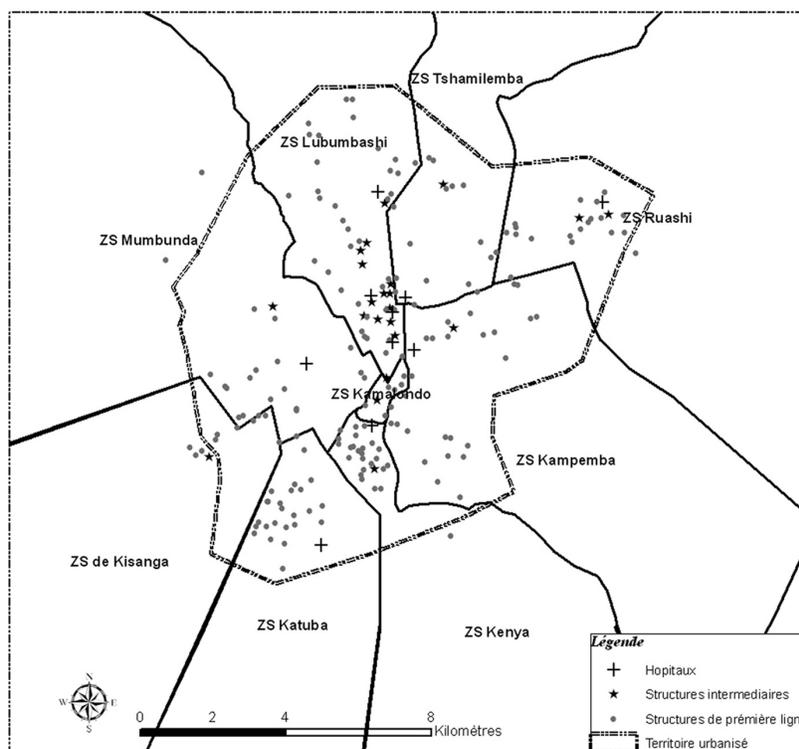
2. Méthodes

Milieu et période d'étude

Cette étude a été menée dans la ville de Lubumbashi, chef-lieu de la province du Haut-Katanga, du 1er août au 31 décembre 2017. La ville est située au Sud-est de la RDC et s'étend sur 747 Km² de superficie dont 140 Km² urbanisés (Chenge, 2013). Elle compte 2 500 000 habitants, soit 18.000 habitants/km² de densité et, connaît actuellement une expansion démographique et spatiale (Chenge, 2013). En tant que chef-lieu de province, elle est le siège de la Division, de l'Inspection et du Ministère provinciaux de la santé. Ces trois structures se chargent respectivement de l'administration des services, du contrôle de mise en œuvre des dispositions nationales et des questions spécifiques de santé en province.

La ville de Lubumbashi est subdivisée en neuf districts sanitaires, ayant chacun une équipe-cadre (soit neuf équipes-cadres enquêtées), à savoir : Kamalondo, Kampemba, Katuba, Kenya, Kisanga, Lubumbashi, Mumbunda, Ruashi, et Tshamilemba (figure 1).

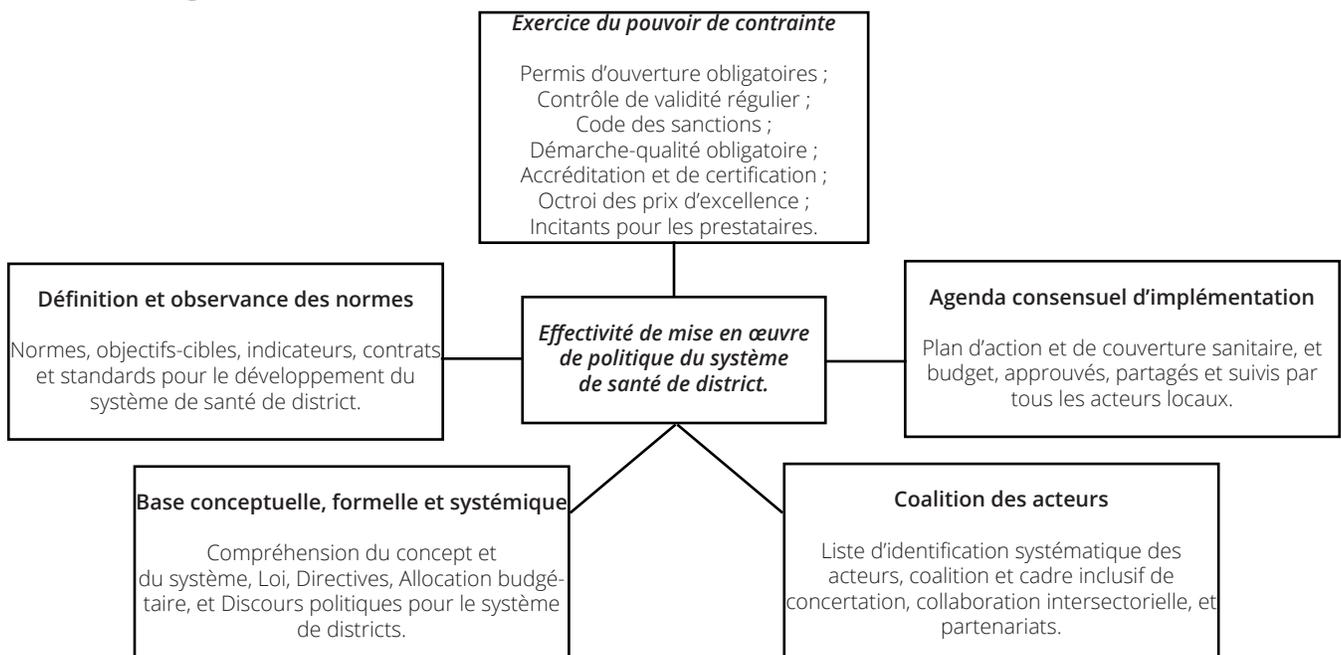
Figure 1 : Carte sanitaire avec subdivision en districts sanitaires de la ville de Lubumbashi, en RDC (Chenge, 2013).



Cadre d'analyse et variables d'étude

Nous avons utilisé le cadre d'analyse des politiques publiques de Mény et Thoenig (1989), en l'adaptant à notre objet d'étude (Landry, 1991; Mény et Thoenig, 1989; Muller, 2013). À l'aide de ce cadre, nous avons analysé l'effectivité de la politique du système de santé de district sur le terrain. Par « effectivité », nous entendons le degré et la manière auxquels cette politique « existe concrètement ou réellement dans les faits » sur le terrain (Bétaille, 2017). Le choix de ce cadre d'analyse, adapté entre autres par Surel (2002), Muller (2013), Laurier (2014) et Thoenig (2014), est justifié par son intérêt heuristique qui nous a permis d'identifier, de manière transversale, les éléments caractérisant la présence effective d'une politique publique à l'instar de celle du système de santé de district (Muller, 2013). Cette présence effective que nous avons désignée par « effectivité opérationnelle ou effectivité de mise en œuvre », traduit l'opérationnalisation de la politique sous étude. De l'analyse de ces éléments, nous avons apprécié la mesure (degré) et la manière dont la politique du système de santé de district était effectivement mise en œuvre sur le terrain (Laurie et Jaquot, 2014; Laurie et al., 2010; Muller, 2013). D'après ce cadre d'analyse, l'effectivité de mise en œuvre d'une politique publique s'identifie ou se reconnaît dans un milieu à travers l'existence de cinq éléments que nous appelons **pilliers**, à savoir (Muller, 2013; Ridde et al., 2018; Walt & Gilson, 1994; Walt et al., 2008): **le contenu** (mesures formant la substance), **le ressort social** (acteurs et public cible), **le programme** (cadre général d'action), **l'orientation normative** (définition obligatoire des buts, normes et objectifs), et **l'élément coercitif** (décisions autoritaires et contraignantes). En adaptant ces éléments du cadre d'analyse à notre objet d'étude (effectivité de mise en œuvre de la politique du système de santé de district), nous avons considéré **le contenu** comme étant la *"base conceptuelle, formelle et systémique du système de santé de district"*; **le ressort social** en tant que *"coalition d'acteurs pour la mise en œuvre du système de santé de district"*; **le programme** comme étant *"l'agenda de mise en œuvre du système de santé de district"*; **l'orientation normative** en tant que *"l'observance des normes organisationnelles du système de santé de district"*; et **l'élément coercitif** comme étant *"l'autorité et la contrainte pour le système de santé de district"* (voir Figure 2).

Figure 2. Grille d'analyse de la politique du système de santé de district, adaptée de Mény et Thoenig, 1989 (Muller, 2013).



Pour utiliser ce cadre d'analyse, notre équipe de recherche a considéré les éléments/indicateurs de chaque pilier, tels que évoqués par Surel (2002), Muller (2013), Laurier (2014) et Thoenig (2014), dans leur description de ce cadre (Laurie, Jaquot, 2014; Laurie et al., 2010; Surel, 2002; Thoenig, 2014). Pour être plus valide dans la mesure, chaque pilier a été décliné en quatre variables, chacune déclinée en deux indicateurs. Ceci a fait un total de 40 indicateurs, soit huit indicateurs par pilier (Voir Tableau 1). A chaque indicateur, nous avons attribué les points « 1 » ou « 0 » pour indiquer, respectivement, la **présence** (utilisation) ou l'**absence** (doute, non-utilisation) de l'élément dont répond l'indicateur concerné. Chaque pilier correspondait à un maximum de huit points par répondant au questionnaire et par équipe-cadre concernant la partie quantitative de l'étude. Nous avons effectué un pré-test de la grille avec ses quarante indicateurs pour les cinq piliers, et des outils de collecte des données (guide d'entretien, fiche d'observation, questionnaire) à l'issue d'une phase d'étude pilote menée à Kipushi, une ville voisine située à 30 kilomètres de Lubumbashi.

Tableau 1. Piliers, variables, indicateurs de la politique du système de santé de district (adapté de Surel, 2002 ; Laurier et al, 2014 ; Thoenig, 2014).

N°	Composante	Variable	Indicateur pouvant être recueilli au niveau des équipes-cadres	Point
1.	<i>Présence de base conceptuelle, formelle et systématique du système de santé de district</i>	Base conceptuelle et systémique	- Equipe-cadre connaît clairement ce que signifie « système de santé de district » (ce de quoi il s'agit).	0 ou 1
		Base formelle et juridique	- Equipe-cadre cite toutes les dimensions d'organisation des services selon le système de santé de district	0 ou 1
		Base administrative	- Equipe-cadre dispose de loi portant organisation des soins selon le système de santé de district	0 ou 1
			- Equipe-cadre a reçu instructions, formations, et informations sur le système de santé de district	0 ou 1
		Base technique et financière	- Equipe-cadre dispose d'un effectif suffisant en personnel pour couvrir le district sanitaire	0 ou 1
		- Equipe-cadre a des équipements et infrastructures couvrant à suffisance le district sanitaire	0 ou 1	
		- Equipe-cadre a reçu des stocks suffisants des médicaments pour couvrir le district sanitaire	0 ou 1	
		- Equipe-cadre a reçu des financements destinés au développement du système de santé de district	0 ou 1	
Score maximale des indicateurs du 1er pilier politique du système de santé de district				8
2.	<i>Présence de coalition des acteurs pour le système de santé de district</i>	Soutien hiérarchique à équipe cadre	- L'autorité politique appui le respect de l'organisation des soins selon système de santé de district.	0 ou 1
		Identification d'acteurs	- Division provinciale de santé appui le respect de la politique du système de district par les FOSA.	0 ou 1
			- La liste des parties prenantes du système de santé de district est affichée au bureau de l'équipe cadre	0 ou 1
			- Bon archivage de l'implication des acteurs de développement du système de santé de district.	0 ou 1
		Coalition autour de l'équipe-cadre	- Existe la désignation des membres de l'équipe cadre (+ fonctions), par la division provinciale de la santé	0 ou 1
Existence de cadre de concertation	- Approbation par tous les acteurs du plan de développement du district sanitaire.	0 ou 1		
		- Existence de concertations périodiques pour décider sur création des FOSA.	0 ou 1	
		- Signature de convention de partenariat entre équipe cadre et autres acteurs du système de santé de district.	0 ou 1	
Score maximale des indicateurs du 2ème Pilier politique du système de santé de district				8
3.	<i>Présence d'agenda d'implémentation du système de santé de district</i>	Agenda de couverture	- Existence du plan de développement du district sanitaire	0 ou 1
		Utilité de l'agenda	- Le plan de développement du district sanitaire est partagé aux FOSA.	0 ou 1
		Capacité de décision	- Avis favorable de l'équipe cadre est requis pour implanter une FOSA dans le district sanitaire	0 ou 1
			- Le paquet des soins qu'offre la plupart des FOSA est approuvé par l'équipe cadre	0 ou 1
		Agenda Intersectoriel	- Equipe cadre a un pouvoir réel de réguler les FOSA à construire le système de santé de district ;	0 ou 1
		- Les attributions de l'équipe cadre sont resetées par les acteurs des autres secteurs.	0 ou 1	
		- Consensus des acteurs pour un plan d'implantation des FOSA dans district sanitaire.	0 ou 1	
		- Existence d'un calendrier de travail intersectoriel des acteurs du district sanitaire avec l'équipe cadre	0 ou 1	
Score maximale des indicateurs du 3ème Pilier politique du système de santé de district				8
4.	<i>Existence d'observance des normes d'organisation du système de santé de district</i>	Existence des normes	- L'équipe cadre sait qu'il existe des normes d'organisation et fonctionnement du district sanitaire.	0 ou 1
		Utilisation des normes	- Existence du document des normes de district sanitaire au niveau de l'équipe cadre.	0 ou 1
		Normes des plateaux	- Utilisation des normes de district sanitaire par l'équipe cadre au cours de ses activités.	0 ou 1
			- Être d'avis que les normes de district sanitaire sont bien respectées dans le district sanitaire	0 ou 1
		Inspection et contrôle	- FOSA respectent les normes de fonctionnement de leur plateau technique.	0 ou 1
		- Existence des rappels à l'ordre aux FOSA non conformes aux normes.	0 ou 1	
		- Existence d'une vulgarisation des normes au niveau du district sanitaire.	0 ou 1	
		- Existence d'un calendrier d'inspection- contrôle des FOSA dans le district sanitaire.	0 ou 1	
Score maximale des indicateurs du 4ème Pilier politique du système de santé de district				8
5.	<i>Existence d'autorité et de contrainte pour le système de santé de district</i>	Avis d'implantation	- FOSA ont obligation d'avoir un permis d'ouverture de l'équipe cadre.	0 ou 1
		Solidarités financières et technique	- FOSA ont obligation de signer contrats d'intégration au système de santé de district avec l'équipe cadre	0 ou 1
		Règles et sanctions	- FOSA ont obligation d'effectuer des rétrocessions financières à l'équipe cadre.	0 ou 1
			- Equipe cadre fournit un encadrement technique obligatoire à toutes les FOSA du district sanitaire	0 ou 1
		Démarche - qualité	- Equipe cadre à un pouvoir effectif de proposer la fermeture d'une FOSA dangereuse.	0 ou 1
		- Equipe cadre à un appui efficace de la justice, pour réprimer FOSA contrevenantes	0 ou 1	
		- Existe un système d'accréditation/certification des meilleures FOSA.	0 ou 1	
		- Octroi de prix d'excellence aux FOSA excellentes.	0 ou 1	
Score maximale des indicateurs du 5ème Pilier politique du système de santé de district				8
Scores global de l'effectivité de la mise en œuvre de la politique du système de santé de district				40

Type et devis d'étude

Nous avons mené une étude de cas, descriptive, transversale, mixte (Bujold, 2018; Corbière et Larivière, 2014; Creswell, 2011; De Sardan et Ridde, 2012). Elle a combiné les approches quantitative (QUAN) et qualitative (QUAL) à travers **un devis convergent avec comparaison des résultats obtenus de manière séparée** (Bujold, 2018). Ce devis a consisté à subdiviser notre équipe de recherche en deux groupes ayant respectivement conduit en même temps (concomitance, simultanément) et de manière séparée, les parties quantitative (QUAN) et qualitative (QUAL) (Bujold, 2018). Ce devis a facilité les améliorations progressives, successives et constantes des collectes et des analyses des données QUAN et QUAL (convergence des données), et les interprétations des résultats (convergence des résultats) (Bujold, 2018). Il a permis de corroborer les résultats QUAN et QUAL (Corbière et Larivière, 2014; Creswell, 2011).

Unités d'analyse et population d'étude

Les unités d'analyse ont été les neuf équipes-cadres de la ville de Lubumbashi. La population d'étude est l'ensemble des membres desdites équipes-cadres. Bien qu'il existe des variations, chaque équipe-cadre se compose en principe, des membres suivants : le médecin-chef, le médecin superviseur, l'administrateur-gestionnaire, l'infirmier superviseur des soins de santé primaires, le superviseur de l'animation communautaire du district sanitaire, le médecin directeur et le directeur des services infirmiers de l'Hôpital Général de Référence (Ministère de la santé, 2012).

Échantillon d'étude

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif incluant tous les membres des neuf équipes-cadres de la ville, pour la partie quantitative.

Nous avons par ailleurs réalisé un échantillonnage à choix raisonné pour la partie qualitative, en choisissant dans chaque équipe-cadre, deux membres les plus anciens comme informateurs-clés (qui ont aussi fait partie des répondants QUAN), censés nous fournir des informations riches sur la mise en œuvre de la politique étudiée dans leurs districts sanitaires respectifs. La sélection de ces informateurs-clés a été faite avec diversification (par fonction, qualification et district d'appartenance des membres des équipes-cadres choisis) et de façon progressive, en allant d'une équipe-cadre à une autre.

Collecte des données

Notre équipe de recherche a été répartie en deux groupes pour effectuer des collectes de données en parallèle : un groupe pour les données quantitatives (QUAN) et un second pour les données qualitatives (QUAL), au sein de la même population d'étude (Voir **échantillon d'étude**) (Bujold, 2018; Corbière et Larivière, 2014; Creswell, 2011).

Pour la partie quantitative, dix enquêteurs formés à cet effet (groupe QUAN) ont administré en face-à-face le questionnaire (Annexe VIII) testé, à 85 membres des neuf équipes-cadres de la ville de Lubumbashi. Ce questionnaire était pour vérifier la présence ou non des éléments correspondant aux huit indicateurs de chacun des cinq piliers de notre grille d'analyse (Tableau 1). Il a été rempli en un seul passage.

Une fiche d'observation directe (fiche de collecte des données), a été aussi remplie en un seul passage par les enquêteurs, dans chaque équipe-cadre (Annexe VI). Elle visait à objectiver les réponses des membres des équipes-cadres, veillant à confirmer ou infirmer l'existence effective des éléments/indicateurs déclarés par les membres de chaque équipe-cadre au questionnaire.

Pour la partie qualitative, le premier auteur de ce manuscrit a personnellement conduit des entretiens individuels, approfondis et semi-structurés auprès des 18 informateurs-clés choisis dans les neuf équipes-cadres de Lubumbashi, grâce à un guide d'entretien (Annexe VII). Ces entretiens ont visé à comprendre la manière dont la politique du système de santé de district était mise en œuvre dans les districts sanitaires, à partir des points de vue des membres d'équipes-cadres, de 2006 à 2017. Nos entretiens ont été réalisés de manière itérative, avec au besoin, une répétition auprès d'un même informateur-clé, deux à trois fois, pour clarifier, compléter, ou préciser les informations, jusqu'à obtenir la saturation de ces dernières (Glaser and Strauss, 1967). L'analyse thématique de contenu des documents d'activités des équipes-cadres a été complémentaire à ces entretiens en vue de vérifier les informations reçues desdits informateurs-clés, membres des équipes-cadres (Landry, 1997). Les données obtenues des entretiens et de l'analyse documentaire ont été retranscrites par deux opérateurs indépendants.

Analyse des données

Nous avons tout d'abord analysé les données quantitatives et qualitatives de façon indépendante, et nous avons ensuite cherché à comparer chaque élément de résultat quantitatif à des thèmes émergent des entrevues, et vice-versa.

Concernant les données quantitatives, nous avons d'abord calculé le total des points correspondant au total des réponses positives ou « oui » obtenues de tous les membres, aux huit indicateurs, par pilier et par équipe-cadre (nombre des réponses « oui » aux éléments des piliers, voir tableaux en annexe). Ce total a été calculé en pourcentage (%) des points obtenus sur le maximum attendu par l'ensemble des neuf équipes-cadres par pilier, c'est-à-dire le produit obtenu en multipliant huit points (des huit indicateurs) par le nombre de tous les membres des équipes-cadres ayant répondu à chaque pilier. Etant donné que les pourcentages des points obtenus par les neuf équipes-cadres par pilier forment une distribution statistique non symétrique, nous avons considéré la médiane desdits pourcentages, comme « *indice synthétique d'effectivité de mise en œuvre ou d'opérationnalisation* » du pilier considéré de la politique du système de santé de district. L'équipe de recherche a retenu la médiane elle est le paramètre statistique robuste aux variations des valeurs extrêmes pouvant résumer la série. Nous avons élaboré une échelle de signification pour interpréter ces médianes des pourcentages obtenus par les neuf équipes cadres à chaque pilier (Tableau 2).

Tableau 2. Echelle d'interprétation des médianes des pourcentages obtenus aux piliers.

N°	Médianes des pourcentages des points obtenus par les équipes-cadres aux piliers de la politique du système de santé de district en %	Effectivité de mise en œuvre
1	0-20	Médiocre
2	21-40	Faible
3	41-60	Modérée
4	61-80	Bonne
5	81-100	Excellente

Concernant ces données QUAL, nous avons effectué une analyse thématique de façon manuelle (Corbière et Larivière, 2014; Creswell, 2011; Landry, 1997). Nous avons réduit ces données en codes, grâce à un arbre à codes. Ces codes correspondaient aux concepts-clés tirés des textes d'entretiens et d'analyse des documents de travail des équipes-cadres. L'analyse de ces codes a permis de les réduire en cinq thèmes principaux qui correspondaient respectivement aux cinq piliers de la politique publique étudiée. Les résultats QUAL ont été présentés aux membres des équipes cadres ayant participé à l'étude et validés par ceux-ci.

Interprétation des résultats

Les résultats QUAN et QUAL obtenus ont été ensuite intégrés en comparant les similarités et différences entre eux (Bujold, 2018; Corbière et Larivière, 2014; Creswell, 2011). Ils étaient surtout similaires et se sont corroborés. Nous les avons d'abord résumés en graphiques qui présentent les médianes des pourcentages obtenus par les équipes-cadres aux cinq piliers. Ensuite, nous avons fait une narration qualitative appuyée par des extraits d'entretiens. Pour chaque extrait, nous avons mentionné à la fin, entre parenthèses, un code renfermant l'indicatif LB (Lubumbashi), SSD (Système de Santé de District) et le numéro de la série des informateurs-clés, allant de 01 à 18 (Creswell, 2011). Nous avons ainsi comparé les résultats QUAL et QUAN, et avons dégagé plus de similarités que de différences (Bujold, 2018).

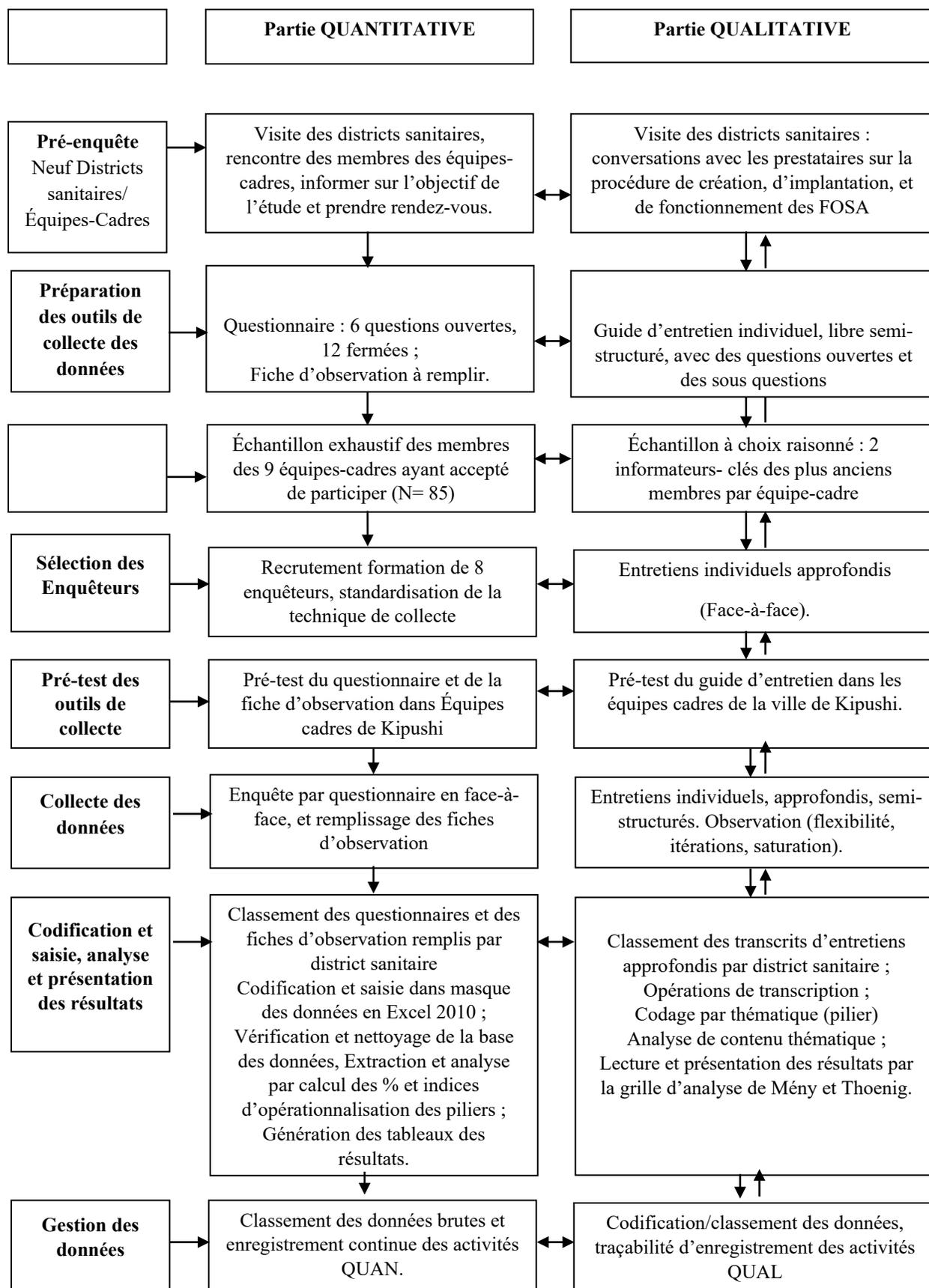
Considérations éthiques

Le protocole de l'étude 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 nos collectes des données dans les districts sanitaires. La participation des membres des équipes-cadres a été conditionnée par leur consentement éclairé et libre, écrit ou oral, et au respect de leur anonymat et leur confidentialité (Bujold, 2018; Corbière et Larivière, 2014; Creswell, 2011).

Déroulement global de l'étude

Le déroulement de l'étude est présenté à la figure 3 ci-dessous.

Figure 3. Déroulement global de l'étude.



3. Résultats

3.1. Participation à l'étude

En ce qui concerne la partie quantitative (QUAN), tous les membres des neuf équipes-cadres, ont répondu à toutes les questions de notre questionnaire d'enquête. Le nombre des participants et le maximum des réponses attendues par pilier de la politique du système de santé de district sont présentés au tableau 3.

Tableau 3. Participation des membres des équipes-cadres à l'étude dans les districts sanitaires de la ville de Lubumbashi, 2017.

N°	Equipe-Cadre de la ville de Lubumbashi	Nombre des membres par équipe-cadre (n)	Nombre des réponses attendues par pilier (n x 8 indicateurs)
1	Kamalondo	10	80
2	Kampemba	10	80
3	Katuba	10	80
4	Kenya	10	80
5	Kisanga	9	72
6	Lubumbashi	9	72
7	Mumbunda	10	80
8	Ruashi	9	72
9	Tshamilemba	8	64
Nombre total des membres des équipes-cadres		85	680

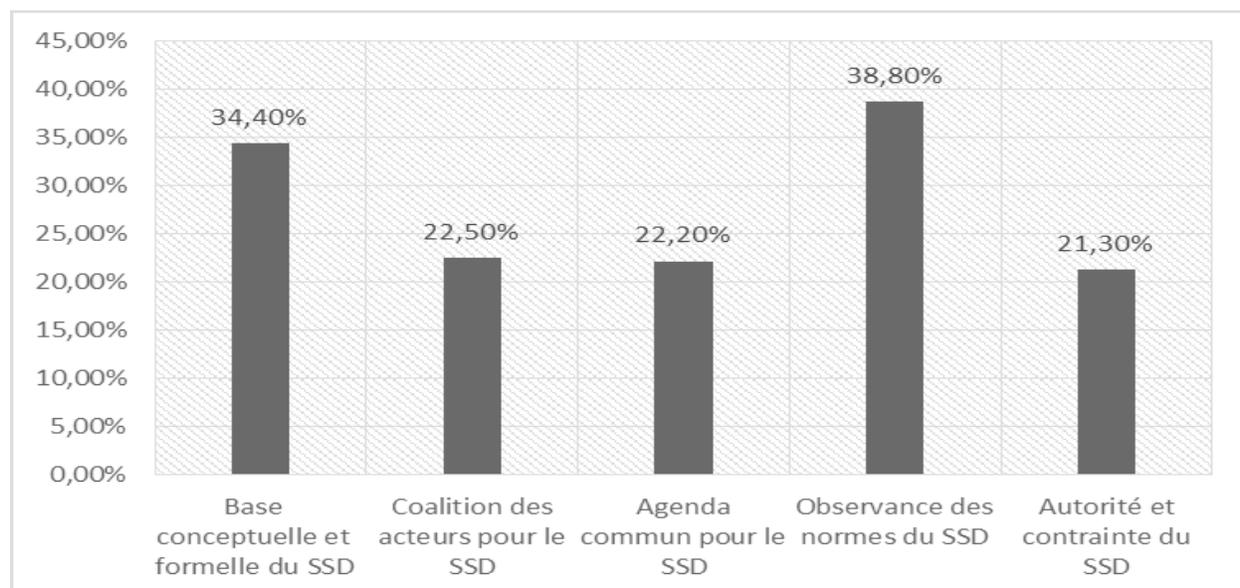
Pour la partie qualitative (QUAL), 18 informateurs-clés (dont quatre femmes), ont été retenus, comprenant deux membres les plus anciens par chacune des neuf équipes-cadres, soit: trois Médecins Chefs de district (une femme), un Médecin Supérieur (femme), une Administratrice-Gestionnaire de district, sept Infirmiers Superviseurs des soins de santé primaires, un Pharmacien, un superviseur de l'assainissement, un superviseur de l'animation communautaire, un Superviseur de nutrition du district, et un Médecin directeur (femme) et un Directeur des services infirmiers d'un hôpital général de référence.

3.2. Mise en œuvre de la politique du système de santé de district à Lubumbashi en 2017

3.2.1. Résultats quantitatifs

Au plan quantitatif, les indices d'effectivité de la mise en œuvre (ou de l'opérationnalisation) des piliers de la politique du système de santé de district à Lubumbashi (RDC) sont détaillés aux Annexes I à V et présentés de manière résumée à la figure 4 ci-dessous.

Figure 4. Indices synthétiques d'effectivité de mise en œuvre de la politique du système de santé de district à Lubumbashi.



3.2.2. Résultats qualitatifs

Au plan qualitatif, l'effectivité de mise en œuvre de la politique du système de santé de district se présente en cinq thématiques correspondant à ses cinq piliers constitutifs.

Pilier « base conceptuelle, formelle et systémique » du système de santé de district

Les membres des équipes-cadres ont une connaissance et une compréhension imprécises, lacunaires et vagues sur concept du système de santé de district. Ils ont déclaré que cela est dû au manque de leur formation préparatoire adéquate en la matière. Ils ne disposent ni de la déclaration de politique nationale ni de la stratégie de renforcement du système de santé, les deux documents fondant les soins de santé primaires et le système de santé de district en RDC. La raison avancée a été que la hiérarchie ne leur a jamais remis officiellement ces documents. Ils ne disposent ni d'acte administratif ni juridique (circulaire, directive, ou instruction) soutenant le système de santé de district, pour des raisons qu'ils ignorent. Ils ne reçoivent pas de financement destiné au développement du système de santé de district, la plupart des financements reçus concernent la lutte contre des maladies spécifiques (Paludisme, Tuberculose, VIH). Deux extraits d'entretiens soutiennent ces informations :

“Nous ne disposons pas de loi portant organisation des services des soins selon le système de santé de district, ni créant notre Zone (district) de Santé, ni instituant notre équipe cadre... le système de santé de district n'est pas protégé... Une fois nous étions en inspection d'une structure sanitaire irrégulière, les promoteurs nous avaient opposé à leur conseiller juridique et leurs avocats... Ces derniers avaient la loi et nous, sans loi. Imaginez-vous ce qui peut arriver ?” (LBSSD13).

“Je n'ai jamais entendu la province ni le ministre de la santé faire une déclaration dans le sens de soutenir le système de santé de district...Moi je n'ai pas de connaissance claire sur cette stratégie...C'est ma première fois d'en entendre parler.” (LBSSD09).

Ces deux extraits montrent l'absence de support institutionnelle (juridique), des attitudes et des déclarations des autorités sanitaires pour soutenir la mise en œuvre effective de la politique du système de santé de district, en RDC, y compris la ville de Lubumbashi. Le mandat des équipes-cadres à piloter les districts en manque aussi.

Pilier « coalition d'acteurs pour la mise en œuvre » du système de santé de district

Les membres des équipes-cadres reconnaissent qu'ils font face à une pluralité de prestataires des soins dans les districts sanitaires et disent qu'ils ont perdu leur mainmise et leur pouvoir de contrôle sur les formations sanitaires (FOSA), devenues très majoritairement privées. Les promoteurs desdites FOSA sont invités, voire menacés, par les Médecins Chefs et les Administrateurs-Gestionnaires pour contribuer financièrement aux Bureaux centraux des districts sanitaires. Les acteurs extra-sectoriels (mairie, commune, environnement, etc.) interviennent en ordre dispersé dans l'ouverture des FOSA, sans concertation avec cadre les équipes-cadres. Les deux extraits d'entretien ci-dessous confirment ces tendances :

“Les chefs qui sont à la division et à l'inspection provinciales de la santé, contournent l'équipe cadre et traitent directement avec les prestataires de la Zone (district) de santé pour les frais d'autorisation d'ouverture ou de parrainage... Le bourgmestre ne nous comprend pas ... Les services de l'Etat (environnement, petites et moyennes entreprises, etc.) nous envahissent... Dans l'équipe cadre il n'y a pas partage de vision, ni délégation des taches... (LBSSD04).

Le Médecin Chef fait tout pour son intérêt individuel. Il a un groupe des gens qu'il utilise à ses fins propres. C'est notamment le comptable et la secrétaire pour tous les dossiers payants. Chacun court vers l'argent, c'est le chaos et la jungle ...” (LBSSD02).

Ces deux extraits montrent les difficultés liées au trafic d'influence, la multiplicité d'acteurs sans harmonie entre eux, le manque d'unité de commandement, de délégation de pouvoir, et de travail en équipe, comme facteurs fragilisant les coalitions internes et externes par rapport aux équipes-cadres, pour une mise en œuvre effective de la politique étudiée dans la ville de Lubumbashi.

Pilier « agenda consensuel et partagé entre acteurs » du système de santé de district

Le plan national de développement sanitaire 2016-2020 n'est pas encore disponible au niveau des équipes-cadres. Les plans d'action opérationnels des districts sanitaires de 2017 qui existent, ont été élaborés par les seuls médecins-chefs des districts sanitaires, sans implication de l'ensemble des membres des équipes-cadres. Les plans de couverture et les prévisions budgétaires des districts sanitaires ne sont ni disponibles ni partagés à tous les membres des équipes-cadres. La promotion de la participation communautaire reste la plus grande oubliée des activités des équipes-cadres. Les acteurs en dehors du secteur sanitaire ne sont pas impliqués par les équipes-cadres dans l'information sanitaire ni l'élaboration d'agenda de travail en faveur du système de santé de district. Les deux extraits d'entretiens ci-après tendent à corroborer ces manquements :

“C'est le nœud du problème : le désordre ! On ne sait d'où on vient et où on va. L'Etat ne commence pas par là où il doit commencer pour développer le système de santé de district. Les services de l'Etat et les privés n'ont pas de programme commun de développement des districts sanitaires. Pourtant, les autres services de l'Etat autorisent aussi l'ouverture des structures des soins. Et les gens commencent par ouvrir, ils vont ensuite aux services de la commune... L'équipe cadre n'est pas consultée. Elle constate et subit ...” (LBSSD01).

“Les équipes-cadres ne prennent aucune initiative d’informer et de mobiliser les acteurs intra- et extra-sectoriels pour élaborer un agenda commun afin de construire un système de santé de district ... Le leadership de notre équipe cadre est faible et entrave l’engagement des acteurs” (LBSSD03).

Ces deux extraits montrent une forme d’anarchie généralisée à tous les niveaux, la confusion des rôles, le manque d’initiative et de capacité de mobilisation des acteurs par les équipes cadres, comme facteurs fragilisant la construction d’un agenda partagé entre les acteurs, entravant ainsi l’effectivité de de mise en œuvre de la politique étudiée dans la ville de Lubumbashi.

Pilier « observance des normes d’organisation » du système de santé de district

Les documents des normes d’organisation et de fonctionnement des structures des districts sanitaires sont absents au niveau des équipes-cadres. Leur contenu n’est pas maîtrisé par les membres des équipes-cadres. Il n’existe pas d’objectif fixé en termes des moyens, de processus ou des résultats à réaliser pour construire un système de santé de district dans les districts sanitaires. Les descentes des membres des équipes-cadres sur le terrain pour une inspection/ contrôle des FOSA ne sont pas planifiées. Les prestataires et les promoteurs qui ont des structures sanitaires viables et conformes aux normes, tout comme ceux qui n’en ont pas, ne sont pas listés. La création des FOSA est imprévisible. Il n’y a pas d’interdit, de restriction, ni de moratoire de création, au niveau des FOSA. Le qui, quoi, quand, où, comment et pourquoi fournir les soins préoccupent peu l’autorité sanitaire à Lubumbashi. Les deux extraits ci-dessous soutiennent les difficultés (anarchie, trafic d’influence, manque de rigueur, manque de diffusion, d’instruction ni de transmission officielle des normes aux districts sanitaires pour leur utilisation, etc.) qui entravent l’utilisation et le respect des normes d’organisation du système de santé de district à Lubumbashi :

“Les structures des soins de santé naissent en désordre comme des champignons dans la ville de Lubumbashi. Chacun peut se réveiller un bon matin, crée et implante sa structure des soins où et quand il veut. Chacun peut prêter et se faire passer pour un médecin, un infirmier, un tradipraticien. Il peut travailler à plusieurs endroits comme il veut sans être contrôlé... La population est seule à payer le prix...” (LBSSD01).

“Je sais que le recueil des normes d’organisation des districts sanitaires existe. Nous ne l’avons pas à notre disposition. Il n’est ni exploité, ni utilisé dans la Zone (district) de Santé. Je l’ai sur mon lap top. Personne de nos autorités n’est venu nous le donner. Comment l’utiliser sans en avoir l’instruction ?” (LBSSD08).

Ces deux extraits d’entretien pointent l’absence de régulation renforçant l’anarchie généralisée, le manque de diffusion et de vulgarisation des règles de jeu que sont les normes, comme facteurs fragilisant l’observance des normes et l’efficacité de la régulation et du leadership des équipes-cadres pour favoriser l’effectivité de de mise en œuvre de la politique étudiée dans la ville de Lubumbashi.

Pilier « autorité et contrainte pour le développement » du système de santé de district

La plupart des FOSA sont créées par les professionnels de santé (médecins, infirmiers, etc.), qui travaillent dans la fonction publique ou qui viennent de finir leurs études, dans une stratégie de contournement du risque de chômage et en raison des faibles salaires proposés par le système de santé public. Ils profitent de leur protection par les ordres professionnels. Ils sont donc difficiles à réguler. Le trafic d’influence, l’anarchie et le chaos organisationnel défient aussi

l'autorité et la contrainte des équipes-cadres pour le succès du système de santé de district. L'absence d'interdits et des sanctions à l'encontre de ceux qui violent les normes entrave leur utilisation. Ceux qui violent les normes sont « protégés » et « gagnent » plus que ceux qui s'y conforment. Les deux extraits ci-dessous corroborent les difficultés (climat anarchique, trafic d'influence, manque de rigueur, etc.) qui entravent l'autorité et l'usage de la contrainte pour une construction cohérente du système de santé de district sur le terrain à Lubumbashi :

“La plupart des responsables FOSA privées ont des parapluies qui les protègent, et usent du trafic d'influence et de la corruption de notre hiérarchie. Si vous fermez, ce sont des coups de téléphone et des recommandations, voire des menaces à votre personne ou votre poste... Nous étions appelés dans une petite FOSA pour le décès d'une femme qui subissait une césarienne là où il n'y a même pas de bloc opératoire. Au cours de notre audit de ce décès, nous avons reçu des menaces venues même d'une autorité judiciaire locale ...” (LBSSD03).

“Une structure sanitaire fermée le matin peut recourir aux autorités sanitaires et même politiques... Vous les trouverez rouvertes le soir... Actuellement l'équipe cadre a perdu la mainmise sur plus de 95% des prestataires du district sanitaire, qui sont privés” (LBSSD13).

Ces deux extraits insistent sur le trafic d'influence, la facilité de la communication informelle, les menaces sur les équipes-cadres, le manque de statut juridique reconnu des équipes-cadres, et le manque d'unité de commandement parmi les différents acteurs et décideurs, comme facteurs fragilisant l'autorité et la contrainte pour soutenir l'effectivité de de mise en œuvre de la politique étudiée dans la ville de Lubumbashi.

4. Discussion

Cette étude visait à déterminer dans quelle mesure la politique d'organisation du système de santé de district, à travers ses piliers, était mise en œuvre à Lubumbashi, tant qu'il reste évident que l'atteinte de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable en dépend (Community of Practice Health Service, 2013; Guillemin et al., 2009; OMS, 2008). Elle offre des apports conceptuels et méthodologiques qu'elle fournit sont à considérer. Elle est la première à utiliser une grille d'analyse politique des sciences sociales en santé, comme le recommandent Walt et Gilson, pour apprécier de façon systématique la mise en œuvre de la politique du système de santé de district, ce domaine encore peu exploité en RDC (Ridde et De Sardan, 2012; Walt et al., 2008). Ses qualités de devis mixte, d'échantillonnage à la fois exhaustif et diversifié des participants, de triangulation des techniques de collecte et d'analyse des données (Zaccai et Tom., 2004).

Cette étude a aussi des limites tenant notamment à la validité de la grille, l'analyse transversale effectuée, et notre interprétation (Collins, 2005). Elle a été menée en milieu urbain, mais ses résultats sont transposables au milieu rural, parce que le mode de soutien politique à la mise en œuvre du système de santé de district est le même sur l'ensemble du pays (Ministère de la Santé Publique, 2016). Les détails des indices synthétiques (médianes) d'effectivité de la mise en œuvre des piliers politiques du système de santé de district ne seront pas discutés ici ; nous les présentons dans les annexes du présent article (Annexes I à V). Les résultats de cette étude ont toutefois leur pertinence et méritent d'être discutés.

4.1. La politique publique du système de santé de district, peu effectivement mise en œuvre à Lubumbashi

La mise en œuvre de la politique du système de santé de district n'est pas optimale dans la ville de Lubumbashi. Ceci concerne tous les cinq piliers constitutifs (Figure 3). Les indices synthétiques d'effectivité de la mise en œuvre de ces cinq piliers varient tous entre 20 et 40%, donc faibles. Ils varient aussi légèrement d'un district sanitaire à un autre. Cette étude n'a pas analysé ces variations interdistricts, qui peuvent s'expliquer entre autres par la différence d'aptitudes, d'appui, des cadres et d'expérience entre les équipes-cadres (OMS, 2007). Globalement, nos résultats corroborent ceux de Chenge (2013) pour qui le renforcement du système de santé, dont l'axe principal est la revitalisation du système de santé de district, souffre à démarrer de manière effective dans les villes en RDC (Chenge, 2013; Chenge et al., 2010).

4.2. Des éléments conceptuels, formels et systémiques, quasi absents sur le terrain

Le pilier « base conceptuelle, formelle et systémique » de la politique du système de district a un indice d'effectivité de mise en œuvre de 34,4%, indiquant que ce pilier a une faible présence au niveau des équipes-cadres sur le terrain. Ceci signifie que la conception de la politique, la connaissance de celle-ci, et les textes administratifs et juridiques qui doivent supporter la construction d'un système de santé de district cohérent sont relativement absents sur le terrain, à Lubumbashi. Les équipes-cadres sont donc mal préparées et mal protégées à la fonction qui leur est destinée. Les extraits d'entretiens expriment bien l'absence de support documentaire et légal, de promotion et de protection de la politique du système de santé de district sur le terrain (Résultats 3.2.2, point 1). Les textes de la politique sanitaire et du système de santé de district ne sont pas diffusés ni vulgarisés en RDC (Ministère de la santé publique, 2010b, 2016). Même si la politique sanitaire se définit comme *l'ensemble des dispositions légales et réglementaires qui régissent l'administration des services de soins de santé*, le secteur sanitaire fonctionne sans loi ni règlements actualisés en matière de politique du système de santé de district (Ministère de la Santé Publique, 2016). Les membres des équipes-cadres sont inadéquatement préparés pour le système de santé de district. De telles incohérences et lacunes concourent à entraver une mise en œuvre optimale du système de santé de district à Lubumbashi (De Sardan et Ridde, 2014; Ministère de la Santé Publique, 2016; Morestin, 2012; OMS, 2008).

4.3. Un leadership des équipes-cadres plutôt faible dans les districts sanitaires

Le pilier « coalition des acteurs » pour la mise en œuvre de la politique du système de district a un indice d'effectivité de mise en œuvre de 22,5%, indiquant aussi que ce pilier a une faible présence au niveau des équipes-cadres sur le terrain. Ceci signifie, entre autres, qu'il y a une absence d'unité de commandement et une faible mobilisation des acteurs autour d'un même objectif de construction d'un système local de santé intégré dans la ville de Lubumbashi (Chenge, 2013; Chenge et al., 2010). Les extraits d'entretiens que nous avons conduits ont exprimé l'existence des pratiques de chevauchement et de contournement entre les acteurs de terrain et l'absence d'une vision de développement des districts sanitaires suite aux capacités encore insuffisantes

des membres des équipes-cadres ; ceci entrave les efforts de mise en œuvre de la politique du système de santé de district (Résultats 3.2.2, point 2). Ces facteurs fragilisent le leadership local des équipes-cadres (Ham, 2003). Les défaillances du leadership des équipes-cadres entravent ainsi l'alignement et la mise en place d'une coalition des acteurs pour le système de santé de district (Chenge, 2013; Ham, 2003). Le trafic d'influence des prestataires et le manque de statut juridique des équipes-cadres contribuent à fragiliser davantage leur leadership local (De Sardan et Ridde, 2014). L'absence de leadership partagé entrave aussi la coordination et la régulation intersectorielle des acteurs du système de santé de district (Chenge, 2013; Ministère de la santé publique, 2010b, 2016). Face à l'urbanisation galopante qui défie le système de santé de district, l'inclusion de tous les niveaux et les acteurs du système sanitaire (privés et publics) et la mise en place des cadres politiques, des partenariats, et des nouvelles recommandations sur le rôle des équipes-cadres, sont des pistes pertinentes de revitalisation du système de santé de district (Community of Practice Health Service, 2013). Le rôle des équipes-cadres étant crucial dans l'organisation des soins, celles-ci devraient porter des nouvelles responsabilités de coordination des soins, notamment le processus d'attribution de licences, d'accréditation, de supervision et de contrôle de qualité des FOSA privées (Community of Practice Health Service, 2013).

4.4. La politique du système de district n'a pas d'agenda d'action commun entre les acteurs sur le terrain

Le pilier « agenda d'action » pour la mise en œuvre de la politique du système de district a un indice d'effectivité de mise en œuvre de 22,2% ; ce qui indique encore que ce pilier a une faible présence au niveau des équipes-cadres sur le terrain. Ceci signifie, entre autres, qu'il y a une certaine absence de cadre général d'action ou de programme du gouvernement qui soit partagé sur le terrain entre les acteurs des différents secteurs, pour le développement du système de santé de district en vue d'une meilleure accessibilité, efficacité, pertinence et qualité des soins et des services de santé dans la ville de Lubumbashi (Guillemin et al., 2009; Ministère de la santé publique, 2010b). Les extraits d'entretiens dévoilent une absence de programme du gouvernement d'une part, et d'initiative des équipes-cadres d'autre part, pour la mise en œuvre de la politique du système de santé de district sur le terrain (Résultats 3.2.2, point 3). Ceci entraîne l'absence d'agenda partagé par tous les acteurs du système de santé de district au niveau opérationnel, constituant ainsi un obstacle majeur dans l'implémentation du système de santé de district. Les plans de développement sanitaire ne sont pas officiellement transmis ni vulgarisés dans les districts sanitaires (Ministère de la santé publique, 2006, 2010b, 2016). La non prise en compte de la multiplicité des logiques et des divers rôles des acteurs rend complexe les jeux de pouvoir et constitue aussi un facteur d'échec à l'organisation du système de santé de district (Ridde, 2011; Walt & Gilson, 1994). La logique marchande et la commercialisation des soins et des permis d'ouverture des FOSA par les multiples services de l'Etat, les chevauchements et les interférences intersectorielles affaiblissent le partage d'un agenda commun pour le développement du système de santé de district (Chenge, 2013; Ntambue et al., 2018).

4.5. Les normes d'organisation des districts sanitaires sont peu utilisées

Le pilier « observance des normes » pour la politique du système de district a un indice d'effectivité de mise en œuvre de 38,8%. Ceci indique que ce pilier a une faible présence au niveau des

équipes-cadres sur le terrain. Ceci signifie, entre autres, que les normes d'organisation et de fonctionnement des districts sanitaires ne sont presque pas utilisées sur le terrain par les équipes-cadres. La régulation de l'offre des services des soins de santé est ainsi affaiblie, ce qui entrave la cohérence de leur organisation et de leur fonctionnement en tant que système de santé intégré dans la ville de Lubumbashi (Chenge, 2013; Guillemin et al., 2009; Ministère de la santé publique, 2010b). Les extraits d'entretiens évoquent un certain désordre dans les districts sanitaires, des défis de crédibilité et de qualité aussi bien des soins, des FOSA que des soignants mal identifiés par déficience de contrôle par les équipes-cadres, et l'absence de remise officielle de l'outil normatif en vigueur sur le terrain (Résultats 3.2.2, point 4). Ceci a aussi pour conséquence l'inutilisation des normes des districts sanitaires. Elles n'ont pas été validées, ni vulgarisées. Elles manquent de légitimité dans les districts sanitaires (De Sardan et Ridde, 2014). La divergence de logique « **équité** » versus « **qualité** » dans l'organisation des soins défie l'unanimité de considération envers les normes et la régulation pour l'établissement du système de santé de district (Guillemin et al., 2009; Ridde et al., 2018; Ridde et De Sardan, 2012). La plupart des politiques publiques de santé en Afrique se concentrent sur la qualité que sur l'équité, alors que les deux sont des valeurs fondamentales du système de santé de district (Community of Practice Health Service, 2013; Guillemin et al., 2009; Ridde et De Sardan, 2012). L'opacité, la duplicité, le clientélisme, la connivence, la complicité, l'évitement, et le mépris des services sanitaires de l'Etat parmi les acteurs, entravent l'efficacité d'une normalisation et d'une régulation favorables à l'établissement d'un système de santé de district intégré (Fischer & Strandberg-Larsen, 2016; Ridde, 2011). L'implantation anarchique et la répartition inéquitable des FOSA en sont les conséquences (Community of Practice Health Service, 2013; Ministère de la Santé Publique, 2016; Ridde et De Sardan, 2012). Les populations défavorisées sont exclues des services des soins formels dans les villes et ces dernières cachent d'inacceptables inégalités sanitaires, par défaillance surtout de gouvernance (Batel, 2015; Community of Practice Health Service, 2013; Ridde, 2011; Salem, 2018).

4.6. Une anarchie règne sur l'organisation des districts sanitaires à Lubumbashi

Le pilier « exercice d'autorité et de contrainte » des équipes-cadres pour la politique du système de district a un indice d'effectivité de mise en œuvre de 21,5%, ce qui indique que ce cinquième pilier a la plus faible présence au niveau des équipes-cadres sur le terrain. Ceci signifie qu'il y a une quasi-absence d'autorité et de pouvoir réel de contrainte des équipes-cadres, qui n'ont pas assez de responsabilité et de pouvoir de sanction à l'encontre de ceux qui violent les normes. Les équipes-cadres ont une faible capacité de prise de décision pour aligner les différents prestataires des soins (devenus privés pour la majorité d'entre eux), les partenaires et toutes les parties prenantes de l'offre des services des soins dans les districts sanitaires à Lubumbashi (Chenge, 2013; Guillemin et al., 2009; Ministère de la santé publique., 2010b, 2010a, 2016). Les extraits d'entretiens présentés dans les résultats expriment un réel désordre, une faible coordination, une absence d'unité de commandement parmi les acteurs impliquant tous les niveaux, et un relâchement du pouvoir régalién de l'Etat devant pourtant assumer son rôle de régulateur sur le terrain dans les districts sanitaires (Résultats 3.2.2, point 5). L'autorité et la contrainte en défense du système de santé de district manquent; le ministère de la santé semble ne pas veiller à faire appliquer avec plus de vigueur les règles qu'il édicte lui-même pour un intérêt général (OMS, 2000). La tendance actuelle de fragmentation institutionnelle et

du système sanitaire, et l'incapacité à rassembler les divers aspects de politique publique de santé comme celle du système de santé de district pour une bonne base institutionnelle, font que même si les ressources allouées à la santé abondent, les résultats sanitaires restent sous-optimaux dans la plupart des pays peu développés, y compris la RDC (OMS, 2008). Les lacunes de gouvernance pénalisent l'action sanitaire notamment la politique du système de santé de district, et appellent ainsi au renouvellement des politiques publiques pour la santé et la justice sociale (OMS, 2016).

4.7. Une nécessité d'intervention équilibrant le *Top-down au Bottom-up*

La politique du système de santé de district comme fer de lance du système de santé en RDC nécessite d'être renouvelée via une coopération intersectorielle négociée par les équipes-cadres avec tous les autres acteurs dans les districts sanitaires (Roué-Le-Gall, 2014). Le gouvernement congolais, à travers le ministère de la santé, gagnerait à renforcer l'encadrement législatif et réglementaire sur *les dispositifs et les produits nocifs à la santé*, y compris les FOSA dangereuses, afin d'assurer la protection sanitaire et la promotion du bien-être de la population (OMS, 2016). Il peut aussi mettre en œuvre une politique budgétaire adéquate, qui garantit la couverture sanitaire universelle (OMS, 2016). Il peut en outre soutenir les équipes-cadres de manière à combler les lacunes constatées par cette étude dans la mise en œuvre effective des piliers de la politique du système de santé de district. Comme suggéré par Richard Maitland (1995), la conciliation entre l'ambiguïté conceptuelle et le conflit entre les acteurs sur le terrain en ce qui concerne l'effectivité de mise en œuvre du système de santé de district milite en faveur d'une approche de recherche-action (Matland, 1995; Muller, 2013). Cette approche, par son caractère collaboratif, permettra un ajustement continu du « *Top-down au Bottom-up* », consistant à mettre en adéquation les dispositions qui édictées par les niveaux supérieurs (ministère de la santé, par exemple) et les besoins et priorités du terrain, pour une mise en œuvre et un suivi régulier de la politique du système de santé de district (Matland, 1995; Walt & Gilson, 1994). L'approche des districts sanitaires de démonstration (Zones de Santé d'Apprentissage et de Recherche), évoqués dans la stratégie de renforcement du système de santé en RDC, s'inscrit dans la logique de la recherche-action et constitue une piste pertinente en vue de tester des hypothèses de changement visant l'amélioration de la mise en œuvre effective des piliers de la politique du système de santé de district (Michaux et al., 2003; Ministère de la santé publique., 2010b). Il n'y aura pas couverture sanitaire universelle sans les soins de santé primaires ; il n'y aura pas des soins de santé primaires sans le système de santé de district ; et il n'y aura pas de système de santé de district sans un support politique adéquat dans la ville de Lubumbashi en RDC (Community of Practice Health Service, 2013; WHO, 1987). Sans un tel support politique, le système de santé de district pourrait être amené à disparaître, et la couverture sanitaire universelle restera alors un rêve à réaliser.

5. Conclusion

La mise en œuvre de la politique du système de santé de district est peu optimale dans la ville de Lubumbashi en RDC. Ceci est dû notamment, à la faible effectivité de mise en œuvre des piliers constitutifs de la politique du système de santé de district dans les districts sanitaires de Lubumbashi que conduisent les équipes-cadres. Ces piliers sont notamment la base conceptuelle, formelle et systémique, la coalition d'acteurs, l'existence d'un agenda consensuel et partagé, l'observance des normes, et l'autorité et la contrainte pour la mise en œuvre du système de santé de district. Les lacunes de la mise en œuvre effective de tous ces piliers, constatées par cette étude, devraient être comblées pour permettre un espoir d'une mise en œuvre optimale de la politique du système de santé de district, en vue de disposer des districts sanitaires cohérents, fonctionnels, et performants, qui contribueront à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable liés à la santé en RDC.

Le gouvernement congolais, à travers le ministère de la santé, les autorités administratives, politiques, et sanitaires, et les différents services de l'Etat devraient à cet effet contribuer au soutien et une responsabilisation adéquate des équipes-cadres dans la mise en œuvre optimale de la politique du système de santé de district. Ceci passe entre autres, par la mise en place d'un support politique adéquat, d'un statut juridique bien défini concernant les équipes-cadres et l'organe de coordination intersectorielle locale pour la santé (comité de gestion du district sanitaire), des normes adéquates et obligatoires (*code sanitaire*), et d'un pouvoir réel de contrainte envers les prestations nocives et les prestataires dangereux et mal implantés.

Des études ultérieures pourront aborder la question sous d'autres approches, notamment celle d'intégration de la politique du système de santé de district dans toutes les politiques intra- et extra sectorielle, inscrite dans la vision « *santé dans toutes les politiques publiques* », pour une prise de décision plus cohérente. Ceci permettra de mieux construire le système de santé de district dans les villes congolaises en général et à Lubumbashi en particulier.

Contributions :

Conception de l'étude : Chuy Kalombola Didier, Bart Criel et Faustin Chenge Mukalenge.

Investigateur principal : Chuy Kalombola Didier.

Protocole de recherche : Chuy Kalombola Didier, Mashini Ngongo, Bart Criel, Faustin Chenge.

Présentation du protocole au comité d'éthique : Chuy Kalombola Didier et Faustin Chenge.

Outils de collecte des données : Chuy Kalombola Didier.

Enquêteurs de la partie quantitative : Chuy Kalombola Didier, Vital Ilunga, Trésor Katumbayi, Remy Mbayo, Nene Iragikoya, Jean-Paul Ciyekela, Emmanuel Ponyo, Ben Manama.

Enquêteurs de la partie qualitative : Chuy Kalombola Didier.

Saisie et transcription des données : Elodie Mukanga et Ibrahim Mukinayi.

Analyse des données : Chuy Kalombola Didier.

Gestion des données : Chuy Kalombola Didier.

Rédaction de manuscrit : Chuy Kalombola Didier.

Soutien méthodologique : Chenge Mukalenge Faustin, Mashini Ngongo G., Zakaria Berlhiti.

Révision de manuscrit : Bart Criel, Zakaria Berlhiti, Valeria Campos Da Sylveira, Albert Tambwe Mwembo-A-Nkoy, Abdon Mukalay, et Faustin Chenge Mukalenge.

Management de l'étude : Chuy Kalombola Didier.

Supervision de l'étude : Bart Criel et Faustin Chenge Mukalenge.

Abréviations et sigles

CEM : Comité d’Ethique Médicale
FOSA : Formation sanitaire.
LBBSSD : Lubumbashi, Système de Santé de District.
N° : Numéro
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
QUAL : Phase Qualitative
QUAN : Phase Quantitative
RDC : République Démocratique du Congo.
SSD : Système de santé de district
UN-Habitat : United Nations – Habitat.
UNICEF : United Nations Children’s Fund.
VIH : Virus d’immunodéficience Humaine
WHO : World Health Organization.

Références

Barber R et al. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, **390** (10091), 231–266. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)

Batel L. (2015). Le Defi Des Villes Africaines.

Bétaille J. (2017). Le concept d’effectivité-action. *Los Retos Actuales Del Derecho Administrativo En El Estado Autónomo, Vol. 2* (ISBN 9788494863479, .), 367–383.

Bettencourt et al. (2010). Urban scaling and its deviations: Revealing the structure of wealth, innovation and crime across cities. *PLoS ONE*, **5**(11), 20–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013541>

Banque Mondiale et Organisation mondiale de la santé. (2017). *La couverture santé universelle en Afrique : un cadre pour l’action*.

Bujold M et al. (2018). *Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé. Cahiers scientifiques de l’ACFAS*.

Cadot, E., & Harang, M. (2006). Offre de soins et expansion urbaine, conséquences pour l’accès aux soins. L’exemple de Ouagadougou (Burkina Faso). *Espace Urbain et Santé*, **2**(3) : 329–339. <https://doi.org/10.4000/eps.1739>

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**.

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>

Collins, T. (2005). Health policy analysis : a simple tool for policy makers. *Elsevier.Public Health*, **119**, 192-196. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2004.03.006>

Community of Practice Health Service. (2013). Renewing health districts for advancing universal health coverage in Africa Report of the regional conference " Health districts in Africa : progress and perspectives 25 years after the Harare Declaration " Community of Practice Health Service Delivery. *COP and HHA*, (Dakar, Sénégal.).

Corbière M et Larivière N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*.

Creswell JW. (2011). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. -3rd ed. *SAGE*, 203-225.

De Sardan JP et Ridde V. (2014). Une politique Publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger. *Cahiers d'études Africaines.*, (December).

De Sardan O. et Ridde V. (2012). Une contribution des méthodes mixtes à l' étude des politiques publiques : complémentarités et difficultés. *Cahiers d'études Africaines*.

Fischer, S. E., & Strandberg-Larsen, M. (2016). Power and Agenda-Setting in Tanzanian Health Policy: An Analysis of Stakeholder Perspectives. *International Journal of Health Policy and Management*, **5**(6), 355-363. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.09>

Glaser G and Strauss AL. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New Brunswick and Lond*.

Grodos, D., & Tonglet, R. (2002). Maitriser un espace sanitaire coherent et performant dans les villes d'Afrique subsaharienne: le district de sante a l'epreuve. *Tropical Medicine and International Health*, **7**(11), 977-992. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2002.00925.x>

Guillemin F et al. (2009). Analyse comparative des systèmes de santé, 1-109.

Ham, C. (2003). Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet*, pp. 1978-1980.

Landry, R. (1991). Politiques publiques Yves Meny et Jean-Claude Thoenig Coll. « Thémis » Paris: Presses universitaires de France, 1990, 391 p. Les politiques publiques Pierre Muller Coll. « Que sais-je? » Paris: Presses universitaires de France, 1990, 128 p. Canadian Journa.

Lansang MA, D. R. (2004). Building capacity in health research in the developing world. *Bull. World Health Organ.*, **82**(10), 764-770.

Laurie B et Jaquot S., (2014). *Dictionnaire des politiques publiques. 4ème édition*. Paris. Presses de sciences Po.

Laurie B. et al. (2010). Politiques publiques, leçon 1 Politique publique et analyse des politiques publiques, Université Numérique Juridique Francophone. In *Dictionnaire des politiques publiques*.

Matland R. (1995). Richard E. Matland (1995) "Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation." *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 5, No(April 1995), 145–174. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242>

Meessen B et al. (2014). Non universal health coverage without strong local health systems. *WHO*.

Meny et Thoenig. (1989). *Politiques publiques. Paris Presses universitaires de France 1989 18cm 392p Bibliogr Themis Science politique*.

Michaux G et al. (2003). Développement des Zones de Santé d'Apprentissage et de Recherche en République Démocratique du Congo: enseignements utiles d'une évaluation qualitative des expériences antérieures en Afrique Subsaharienne. *Global Health Promotion*, 23(1757–9759; Vol 0(0): 1–10; 784537). <https://doi.org/10.1177/1757975918784537>

Ministère de la Santé. Politique Nationale de la Santé. (2001). Retrieved from http://familyplanning-drc.net/docs/5_PolitiqueNationaleDeSanteDeLaReproduction_Juillet_2008.pdf.

Ministère de la santé publique. (2006). Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). Kinshasa. Retrieved from http://planificationfamiliale-rdc.net/docs/2_StrategieDeRenforcementDuSystemeDeSante_SRSS_Juin2006.pdf

Ministère de la santé publique. (2010a). Plan national de développement sanitaire PND 2011-2015. Kinshasa. Retrieved from http://www.who.int/pmnch/media/events/2014/drc_pnds.pdf

Ministère de la santé publique. Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). 2ème édition. Kinshasa. (2010b).

Ministère de la santé publique (2012). Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé en République Démocratique du Congo. Deuxième édition. Kinshasa.

Ministère de la Sante Publique, (2016), Plan National de Développement sanitaire 2016-2020: vers la couverture sanitaire universelle. Retrieved from http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/democratic_republic_of_congo/pnds_2016-2020_version_finale_29_avril_2016.pdf

Morestin F., (2012), Un cadre d'analyse de politique publique : guide pratique. Retrieved from http://www.ccnpps.ca/docs/Guide_cadre_d'analyse_politiques_Fr.pdf

- Muller P. (2013). *Les politiques publiques*. (Vol. 26). <https://doi.org/10.7202/017661ar>
- Ntambue MA et al. (2018). Commercialization of obstetric and neonatal care in the Democratic Republic of the Congo: A study of the variability in user fees in Lubumbashi, 2014. *PLoS ONE*, **13**(10), 1–26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205082>
- OMS. (2000). Rapport sur la santé dans le monde 2000: Pour un Systeme de Santé plus performant. Genève.
- OMS. (2008). Rapport sur la santé dans le monde: les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Genève.
- OMS. (2016). Déclaration de Shangai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l' horizon 2030 (Vol. 2).
- Ridde V. (2011). Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso. *Cahiers d'Etudes Africaines*, **51**(1), 115–143.
- Ridde V et al. (2018). Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer. *Cahiers REALISME*, (Numéro 9.).
- Ridde V et De Sardan O. (2012). Étudier les politiques publiques et les politiques de santé en Afrique de l'Ouest. *Afrique Contemporaine*, **243**(3), 98. <https://doi.org/10.3917/afco.243.0098>
- Roué-Le-Gall A. (2014). Agir pour un urbanisme favorable à la santé. *Les Cahiers de l'IAU Idf*, (n°170-171).
- Salem G. (2018). Urbanisation et santé en Afrique : tendances, défis, priorités.
- Sharkey A and O'Connell T. (2013). Reaching Universal Health Coverage through District Health System Strengthening : Using a modified Tanahashi model sub-nationally to attain equitable and effective coverage. *UNICEF*, (Maternal, Newborn and Child Health Working Paper UNICEF Health Section, Program Division).
- Surel M. (2002). *Politiques publiques.Automne*.
- Thoenig JC. (2014). *Dictionnaire des politiques publiques, 4e édition, Presses de Sciences Po, 2014*.
- UN-Habitat. (2014). *Etat des villes africaines 2014. Réinventer la transition urbaine*.
- Walt G, & Gilson L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, **9**(4), 353–370. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>
- Walt G et al. (2008). "Doing" health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, **23**(5), 308–317. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn024>

Annexe II. Résultats quantitatifs d'effectivité de mise en œuvre du pilier « coalition des acteurs pour le développement du système de santé de district » à Lubumbashi (Pilier 2)

Pilier	District sanitaire	Kamalondo	Kampemba	Katuba	Kenya	Kisanga	Lubumbashi	Mumbunda	Ruashi	Tshamilemba	Ville de Lubumbashi
	Nombre des membres d'EC ayant répondu (N)	10	10	10	10	9	9	10	9	8	85
	Indicateurs du pilier étudiés par DS (items)										
(2). Coalition des acteurs pour le développement du SSD	- L'autorité politique s'attache à faire respecter le SSD	3	2	1	2	2	0	2	1	1	14
	- Division provinciale de santé appui respect du SSD	4	5	2	2	3	1	1	1	2	21
	- Liste affichée des parties prenantes pour le SSD	1	3	2	1	2	1	1	0	1	12
	- Archivage de l'implication des acteurs au SSD	3	1	1	2	2	1	0	0	0	10
	- Désignation des membres des EC + missions, par DPS	3	4	3	2	4	0	4	0	2	22
	- Approbation par les acteurs du plan de développement	1	4	1	1	1	1	2	1	1	13
- Existe concertation périodique sur création des FOSA	1	5	5	5	5	2	2	1	0	26	
- Signature de partenariat entre EC et acteurs du SSD	3	2	4	3	1	0	1	0	0	14	
<i>Maximum des points attendus pour le Pilier 2 par DS</i>	80	80	80	80	72	72	80	72	64	680	
<i>Total des points (réponses positives) obtenus au pilier 2</i>	19	26	19	18	20	6	13	4	6	131	
<i>Pourcentage des points obtenus au pilier 2</i>	23,8	32,5	23,8	22,5	27,8	8,3	16,3	5,6	9,4	19,3	
<i>Indice d'effectivité de mise en œuvre du pilier 2 (médiane)</i>											22,5

Sigles : DPS= Division Provinciale de la Santé ; DS= District Sanitaire, EC= Equipe-Cadre ; FOSA = Formation Sanitaire ; SSD = Système de Santé de District

Annexe III. Résultats quantitatifs d'effectivité de mise en œuvre du pilier « agenda partagé pour l'implémentation du système de santé de district » à Lubumbashi (Pilier 3)

Pilier	District sanitaire	Kamalondo	Kampemba	Katuba	Kenya	Kisanga	Lubumbashi	Mumbunda	Ruashi	Tshamilemba	Ville de Lubumbashi
	Nombre des membres d'EC ayant répondu (N)	10	10	10	10	9	9	10	9	8	85
	Indicateurs du pilier étudiés par DS (items)										
(3). Agenda d'implémentation du SSD	- Un plan de développement du DS est disponible à l'EC	6	5	8	7	5	7	4	6	3	51
	- Partage du plan de développement du DS aux FOSA	3	1	0	2	2	1	0	0	0	9
	- L'avis d'EC est requis pour créer/implanter une FOSA	2	3	0	2	3	4	1	5	3	23
	- Approbation par l'EC, des paquets des soins des FOSA	1	5	0	1	2	2	0	3	3	17
	- Pouvoir réel d'EC à réguler les FOSA pour établir SSD	2	7	1	1	4	0	0	4	1	20
	- Respect du rôle de l'EC par acteurs d'autres secteurs	3	2	1	2	4	0	0	5	2	19
- Consensus des acteurs sur plan d'implantation/FOSA	2	3	1	0	2	1	1	2	0	12	
- Calendrier de travail intersectoriel des acteurs dans DS	3	1	2	1	2	1	0	1	1	12	
<i>Maximum des points attendus pour le Pilier 3 par DS</i>	80	80	80	80	72	72	80	72	64	680	
<i>Total des points (réponses positives) obtenus au pilier 3</i>	22	27	13	16	24	16	6	26	13	163	
<i>Pourcentage des points obtenus au pilier 3</i>	27,5	33,8	16,3	20,0	33,3	22,2	7,5	36,1	20,3	24	
<i>Indice d'effectivité de mise en œuvre du pilier 3 (médiane)</i>											22,2

Sigles : DPS= Division Provinciale de la Santé ; DS= District Sanitaire, EC= Equipe-Cadre ; FOSA = Formation Sanitaire ; SSD = Système de Santé de District

Annexe IV. Résultats quantitatifs d'effectivité de mise en œuvre du pilier « existence et observance des normes du système de santé de district » à Lubumbashi (Pilier 4)

Pilier	District sanitaire	Kamalondo	Kampemba	Katuba	Kenya	Kisanga	Lubumbashi	Mumbunda	Ruashi	Tshamilemba	Ville de Lubumbashi
		Nombre des membres d'EC ayant répondu (N)	10	10	10	10	9	9	10	9	8
	Indicateurs du pilier étudiés par DS (items)										
(4). Observance des normes d'organisation du SSD	- Savoir qu'il existe des normes d'organisation du DS	9	10	5	8	7	8	5	9	8	69
	- Le document des normes de DS est disponible à l'EC	4	4	7	2	4	2	0	6	2	31
	- Les normes sont utilisées par l'EC dans ses activités	5	3	5	2	4	5	0	4	1	29
	- Etre d'avis que les normes sont respectées dans le DS	5	3	3	1	4	2	3	1	3	25
	- FOSA respectent les normes de leur plateau technique	1	3	2	1	2	2	0	0	0	11
	- Existe rappels à l'ordre aux FOSA non conformes	3	4	5	2	6	2	4	3	2	31
- Existe une vulgarisation des normes au niveau du DS	2	5	2	0	3	1	2	2	0	17	
- Existe calendrier d'inspection-contrôle des FOSA	2	3	3	5	2	2	1	3	2	23	
	Maximum des points attendus pour le Pilier 4 par DS	80	80	80	80	72	72	80	72	64	680
	Total des points (réponses positives) obtenus au pilier 4	31	35	32	21	32	24	15	28	18	236
	Pourcentage des points obtenus au pilier 4	38,8	43,8	40	26,3	44,4	33,3	18,8	38,9	28,1	34,7
	Indice d'effectivité de mise en œuvre du pilier 4 (médiane)										
		38,8									

Sigles : DPS= Division Provinciale de la Santé ; DS= District Sanitaire, EC= Equipe-Cadre ; FOSA = Formation Sanitaire ; SSD = Système de Santé de District

Annexe V. Résultats quantitatifs de l'opérationnalisation du pilier « Autorité et contrainte pour le développement du système de santé de district » à Lubumbashi (pilier 5).

Pilier	District sanitaire	Kamalondo	Kampemba	Katuba	Kenya	Kisanga	Lubumbashi	Mumbunda	Ruashi	Tshamilemba	Ville de Lubumbashi	
		Nombre des membres d'EC ayant répondu (N)	10	10	10	10	9	9	10	9	8	85
	Indicateurs du pilier étudiés par DS (items)											
(5). Autorité et contrainte pour le développement du SSD	- Les FOSA, obligées d'avoir permis d'ouverture d'EC	4	4	3	4	3	1	0	4	2	25	
	- FOSA obligées au contrat d'intégration pour le SSD	4	5	2	3	3	1	2	5	3	28	
	- FOSA obligées des rétrocessions financières à l'EC	2	5	3	4	4	3	3	5	2	31	
	- Encadrement technique obligatoire d'EC aux FOSA	2	4	2	4	3	2	2	4	2	25	
	- EC propose fermeture de FOSA dangereuse+ succès	3	6	1	3	2	1	1	5	0	21	
	- Appui de la justice à réprimer FOSA dangereuses	2	5	1	3	3	1	1	2	0	18	
	- Système d'accréditation/certification des FOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	- Octroi des prix d'excellence aux FOSA excellentes	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	
		Maximum des points attendus pour le Pilier 5 par DS	80	80	80	80	72	72	80	72	64	680
		Total des points (réponses positives) obtenus au pilier 5	17	30	12	22	18	9	9	25	9	150
	Pourcentage des points obtenus au pilier 5	21,3	37,5	15,0	32,5	25,0	12,5	11,3	34,7	14,1	22,1	
	Indice d'effectivité de mise en œuvre du pilier 5 (médiane)											
		21,3										

Sigles : DPS= Division Provinciale de la Santé ; DS= District Sanitaire, EC= Equipe-Cadre ; FOSA = Formation Sanitaire ; SSD = Système de Santé de District

Annexe VI. Guide d'observation

Fiche d'observation.

N°...../TDCKD/AOUT.2017

Site enquêté (ZS) :

Date de l'enquête :

Lieu du déroulement de l'enquête :

Heure de début :

Heure de clôture :

Code du dossier :

ITEMS A OBSERVER N°...../CKD/2017

Item	VÉRIFIER SI L'ÉLÉMENT CI-APRÈS EST PRESENT AU NIVEAU DE L'ÉQUIPE CADRE (BUREAU CENTRAL) DU DISTRICT SANITAIRE.	PRÉSENCE	
		OUI	NON
001	Le document de la politique nationale de la santé		
002	Le document de la stratégie de renforcement du système de santé		
003	La loi portant sur l'organisation du SSD		
004	Une instruction portant organisation et fonctionnement du SSD		
005	Une subvention financière allouée à l'organisation du SSD		
006	Une circulaire d'organisation des plateaux des soins des FOSA/DS		
007	Une carte sanitaire affichée au Bureau Central du DS		
008	Pluralisme des prestataires (publics, privés, confessionnels) dans le DS		
009	Existence des comptes rendus des réunions d'information Promoteurs sur le SSD		
010	Existence des comptes rendus des réunions des acteurs intersectorielles sur le SSD		
011	Copie du plan national de développement sanitaire 2016-2020.		
012	Plan d'action opérationnel du DS en 2017		
013	Plans de couverture sanitaire du DS 2017		
014	Convention, mémorandum, ou charte de collaboration pour le SSD		
015	Calendrier d'activités de concertation intersectorielle à développer le SSD		
016	Liste des acteurs clés et leur domaine d'intérêt et intervention pour le SSD		
017	Rapport des réunions avec les organes de PARTICOM sur le SSD		
018	Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des DS		
019	Directives de mise en œuvre des dites normes des DS		
020	Affichage des objectifs de développement du SSD		
021	Prévision de l'implantation des FOSA 2017		
022	Copie du rapport faite à la hiérarchie sur les FOSA dangereuses dans DS		
023	Copie d'instruction de la DPS/IPS pour fermeture des FOSA dangereuses		
024	Code des sanctions envers les FOSA non conformes		
025	Rapport d'inspection/du contrôle de viabilité des FOSA/ DISTRICT SANITAIRE		
026	Liste des FOSA Viables/conformes et Non viables/non conformes)		
027	Liste des FOSA Accréditées/ ou certifiées conformes aux normes		
028	Liste des FOSA frappées de fermeture pour non-conformité aux normes de DS		
029	Liste des FOSA proclamées excellentes dans le DS en 2016, ou en 2017		
030	Liste des FOSA autorisées à fonctionner/ouvrir en 2017		

Sigles : DPS= Division Provinciale de la Santé ; DS= District Sanitaire, EC= Equipe-Cadre; FOSA = Formation Sanitaire; PARTICOM= Participation Communautaire; SSD = Système de Santé de District

Merci de votre participation !

Annexe VII. Guide d'entretien de l'enquête pour l'étude 1.

N°...../TDCKD/AOUT.2017

Site enquêté (ZS):

Date de l'enquête:

Lieu du déroulement de l'enquête:

Heure de début:

Heure de clôture:

Code du dossier:

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT PAR L'ENQUÊTE

Nous collectons des données en vue de fournir une « Contribution à l'organisation du stewardship pour une fonctionnalité optimale des districts sanitaires dans la ville de Lubumbashi en RD Congo ». Nous (enquêteurs) vous garantissons le respect de votre personne, de votre dignité, de celle des personnes qui seront citées, et votre confidentialité. Nous précisons que nous venons apprendre de vous sur les réalités que vous vivez concrètement sur le terrain à propos des matières que nous aborderons, et espérons que vous ne nous cachez rien. Soyez à l'aise car nous respecterons votre anonymat et qu'aucun élément de votre identité ne pourra être dévoilé.

Nous ne vous demanderons rien de manière imposée pour participer à cette étude. Donc, vous êtes, libre de vous engager ou vous désengager à n'importe quel moment et quand vous le décidez. Vous pouvez poser toute autre question de précision.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de bien vouloir signer ci-dessous l'acte de votre consentement libre et éclairé.

"Je m'engage de plein gré et sans aucune pression extérieure à exprimer mes opinions librement sur le thème de cette recherche scientifique. J'ai le droit d'obtenir le feedback de l'analyse des données de cette enquête afin d'améliorer la pratique de gestion et la vision sur le pilotage du système de santé dans les Zones (districts) Sanitaires dans la ville de Lubumbashi en RD Congo.

Ma participation à l'étude est volontaire et il n'y a donc pas de bénéfice direct relatif à cette participation. Je suis libre de renoncer à cette participation, à tout moment, de plein gré et sans aucune conséquence future sur moi ou sur mes fonctions".

Initiales du nom et numéro téléphonique (si possible)

Date :/...../20..... Numéro d'enregistrement :

Signature du répondant.....Durée de l'entretien (minutes) :.....

NB : une traduction en Swahili, en Lingala, ou en une autre langue parlée par l'enquêté (e) sera faite pour les enquêtés qui le souhaitent.

QUESTIONS D'ENTRETIEN N°...../CKD/2017

1. Que connaissez-vous de ce qu'on appelle « Soins de Santé Primaires » ?
2. Que connaissez-vous de ce qu'on appelle « Services de Santé » ?
3. Que connaissez-vous ce qu'on appelle « Zone de Santé » ?
4. Que connaissez-vous d'un système de santé intégré ?
5. Voulez-vous me parler concernant les actes/documents juridiques et administratifs, du budget et des discours des autorités, qui se rapportent à soutenir l'organisation et le fonctionnement de votre Zone de Santé en un système de santé intégré (SSD) ?
6. Comment les différents acteurs (communauté, promoteurs, prestataires publics et privés, EC, ONG, partenaires, autorités politico-administratives, services de l'état, églises, etc.) sont-ils engagés, interagissent-ils, et sont-ils solidaires pour le succès et la cohérence dans l'implantation, l'organisation, la catégorisation et le fonctionnement des structures sanitaires dans votre DS ?
7. Quel est l'agenda ou le programme que votre EC dispose pour le développement de votre ZS en système de santé intégré ? Cet agenda ou programme est-t-il connu, partagé et suivi par tous les autres acteurs œuvrant sous l'angle sanitaire dans votre Zone de Santé ?
8. Voulez-vous me parler à propos de l'existence, du respect et de l'observance des normes d'organisation et de fonctionnement des structures des soins sont-elles respectées dans votre ZS ? (les problèmes rencontrés, défis, suggestions, ...).
9. Parlez-moi concernant l'existence de l'autorité qu'a votre Equipe-Cadre dans l'exercice de contrainte de tous les acteurs du DS au respect du développement de votre ZS en tant qu'un système de santé intégré. Est-ce que cette autorité est bien effective ? Est-elle bien respectée par tous les autres acteurs dans le DS ? Quels

sont les problèmes rencontrés par votre EC ?

10. Que connaissez-vous de ce qu'on appelle "modèle du système de santé de district" ou "modèle de district sanitaire" ou encore "stratégie de district sanitaire" ou "modèle d'organisation d'une Zone de Santé" ?

11. Quel peut-être votre mot de la fin au terme de cet entretien ?

Merci pour votre participation !

Annexe VIII. Questionnaire d'enquête.

N°.../TDCKD/AOUT.2017

Site enquêté (ZS):

Date de l'enquête:

Lieu du déroulement de l'enquête:

Heure de début:

Heure de clôture:

Code du dossier:

DÉCADRELARATION DE CONSENTEMENT PAR L'ÉQUIPE

Nous collectons des données en vue de fournir une « Contribution à l'organisation du Stewardship pour une fonctionnalité optimale des districts sanitaires dans la ville de Lubumbashi en RD Congo ». Nous (enquêteurs) vous garantissons le respect de votre personne, de votre dignité, de celle des personnes qui seront citées, et votre confidentialité. Nous précisons que nous venons apprendre de vous sur les réalités que vous vivez concrètement sur le terrain à propos des matières que nous aborderons, et espérons que vous ne nous cacherez rien. Soyez à l'aise car nous respecterons votre anonymat et qu'aucun élément de votre identité ne pourra être dévoilé.

Nous ne vous demanderons rien de manière imposée pour participer à cette étude. Donc, vous êtes, libre de vous engager ou vous désengager à n'importe quel moment et quand vous le décidez. Vous pouvez poser toute autre question de précision.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de bien vouloir signer ci-dessous l'acte de votre consentement libre et éclairé.

"Je m'engage de plein gré et sans aucune pression extérieure à exprimer mes opinions librement sur le thème de cette recherche scientifique. J'ai le droit d'obtenir le feedback de l'analyse des données de cette enquête afin d'améliorer la pratique de gestion et la vision sur le pilotage du système de santé dans les Zones (districts) Sanitaires dans la ville de Lubumbashi en RD Congo.

Ma participation à l'étude est volontaire et il n'y a donc pas de bénéfice direct relatif à cette participation. Je suis libre de renoncer à cette participation, à tout moment, de plein gré et sans aucune conséquence future sur moi ou sur mes fonctions".

Initiales du nom et numéro téléphonique (si possible)

Date :/...../20..... Numéro d'enregistrement :

SIGNATURE : Durée du questionnaire (minutes) :.....

NB : une traduction en Swahili, en Lingala, ou en une autre langue parlée par l'enquêté (e) sera faite pour les enquêtés qui le souhaitent.

QUESTIONS

12. Connaissez-vous ce qu'on appelle « Soins de Santé Primaires » ? Qu'est-ce ?
13. Connaissez-vous ce qu'on appelle « Services de Santé » ? Qu'est-ce ?
14. Connaissez-vous ce qu'on appelle « Zone de Santé » ? Qu'est-ce ?
15. Etes-vous d'accord qu'il existe des principes, des règles des normes à respecter en matière d'organisation et de fonctionnement d'un DS en République Démocratique du Congo ?
16. Quels sont ces principes ou ces normes qui sont à respecter en ce qui concerne l'organisation des services sanitaires dans une Zone de Santé ?
17. Ces principes ou normes d'organisation des services des soins d'une zone de santé sont-ils tous bien respectés au sein de la zone de santé dans laquelle vous travaillez ?
Existe-t-il de l'ordre dans l'application et le respect des normes d'organisation des services sanitaires, concernant l'implantation et l'organisation des structures de santé dans votre ZS ?
18. Connaissez-vous ce qu'on appelle "modèle du système de santé de district" ou "modèle de district sanitaire" ou encore " stratégie de district sanitaire" ou "modèle d'organisation d'une Zone de Santé" ? (oui ou non ?). Qu'est-ce ?
19. Par rapport à la mise en œuvre des principes (normes) d'organisation des services sanitaires d'une Zone de Santé en RDC, veuillez répondre aux questions suivantes par OUI ou NON, sur base de l'expérience ou de la réalité vécue dans la ZS au sein de laquelle vous travaillez. Et vous pouvez placer un bref commentaire s'il y a lieu. (l'enquêteur explicite les questions pour leur bonne compréhension).

N°	Enoncé de la sous-question	REPONSE (ICI)	COMMENTAIRE ICI, S'IL Y A LIEU
1°	Dans les différentes réunions et les différents échanges qui ont lieu entre les membres de l'Equipe-Cadre (EC) de votre ZS, vous rendez-vous compte que tous ces membres connaissent et maîtrisent l'ensemble des principes d'organisation des services d'une ZS ?		
2°	Existe-t-il une loi ou un texte de loi (juridique) qui règlemente la distribution et l'organisation des services sanitaire, disponible dans votre ZS ?		
3°	Les autorités politiques et administratives de la commune où se trouvent votre ZS, soutiennent-elles l'application et le respect des principes ou des normes de distribution et d'organisation des structures sanitaires dans votre ZS (dans leur discours ou attitudes) ?		
4°	Les autorités sanitaires (Autorités du Ministère, de l'Inspection, ou de la Division provinciale de la Santé) soutiennent-elles l'application et le respect des principes ou des normes de distribution et d'organisation des structures sanitaires dans votre ZS ?		
5°	Existe-il un effectif des agents de santé disponible et qui peut être déployé facilement sur toute l'étendue de votre ZS pour un bon développement et une bonne organisation des services sanitaires ? Le personnel disponible est-il insuffisant par rapport au nombre ? Le personnel disponible est-il insuffisant par rapport aux compétences ? Le personnel disponible est-il excessif par rapport au nombre ? Le personnel disponible est-il excessif par rapport aux compétences ?		
6°	Existe-il l'implication des services de justice appuyant l'EC dans l'application des principes et normes d'organisation des structures sanitaires dans votre ZS; Notamment par exemple pour le cas de la création ou de l'implantation des structures de santé ? Les structures s'implantent-elles sur base d'un avis favorable préalable de l'EC ? Commentent-elles à fonctionner après avoir reçu un avis favorable d'EC ? L'EC a-t-elle un pouvoir effectif de fermer les structures sanitaires non conformes ? L'EC est-t-elle respectée par les autres services de l'état en ce qui concerne la création, l'implantation et l'ouverture des structures sanitaires dans la ZS ?		
7°	Existe-il un financement de votre EC pour la création des structures sanitaires, en vue d'appuyer le développement de votre ZS pour répondre aux principes et règles d'organisation d'une de ZS ?		

8°	Votre EC reçoit-elle (ou a-t-elle déjà reçu) des Informations, des instructions ou des formations concernant les règles d'organisation d'une ZS en vue de leur application au sein de votre ZS ?		
9°	Votre EC reçoit-elle (ou a-t-elle déjà reçu) des équipements et infrastructures pouvant lui permettre de créer des structures sanitaires en vue d'étendre la couverture sanitaire pour se conformer aux règles et principes d'organisation d'une ZS dans votre ZS?		
10°	Votre EC reçoit-elle (ou a-t-elle déjà reçu) des STOCKS en Médicaments essentiels et génériques pouvant lui permettre de créer et approvisionner des structures sanitaires en vue d'étendre la couverture sanitaire pour se conformer aux règles et principes d'organisation d'une ZS dans votre ZS?		
11°	Existe-il un texte ministériel actualisé des normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires d'une ZS, disponible au niveau de l'EC de votre ZS ?		
12°	Le texte ministériel des normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires qui est disponible au niveau de l'EC de votre ZS, est-il utilisé par les membres de celle-ci en vue de veiller à faire appliquer lesdites normes pour le respect des principes et des règles d'organisation d'une ZS en RDC ?		
13°	<p>A. D'après la création et l'implantation des structures sanitaires dans votre ZS, Avez-vous l'impression que les normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires sont bien respectées dans la situation que vous vivez de 2006 jusqu'à maintenant ?</p> <p>B. Avez-vous l'impression que les acteurs ci-après sont impliqués/concourent dans l'autorisation d'ouverture ou la délivrance d'un avis relatif à l'ouverture, la création et/ou l'implantation des structures sanitaires dans votre ZS (répondez par OUI ou NON en regard de chaque acteur)</p> <p>a. Service de la commune</p> <p>b. Service d'environnement</p> <p>c. Service des petites et moyennes entreprises (IPMEA)</p> <p>d. Direction générale des impôts (DGI)</p> <p>e. DGRAD</p> <p>f. Services de budget</p> <p>g. Service d'urbanisme et habitat</p> <p>h. Services des affaires économiques</p> <p>i. Agence Nationale des Renseignement</p> <p>j. Equipe Cadre de la Zone (district) de santé</p> <p>k. Division provinciale de santé</p> <p>l. Inspection Provinciale de la Santé</p> <p>m. Ministère Provincial de la santé</p> <p>n. Ministère National de la Santé</p> <p>o. Les Députés provinciaux/Nationaux</p> <p>p. Promoteurs privés non professionnels de santé</p> <p>q. Professionnels sanitaires qui ouvrent leur propre structure sanitaire à titre privé</p> <p>r. OPJ ou Magistrats</p> <p>s. Officiers Militaires ou Policiers.</p> <p>2. Existe-il un programme commun, initié et partagé par votre EC avec l'ensemble des services de l'Etat et les Promoteurs, et qui est en rapport avec la création et l'implantation des structures sanitaires de manière conforme aux normes d'organisation d'une de ZS ?</p>		
14°	L'EC est-elle le seul acteur habilité à donner l'avis décisif de création, d'implantation, ou d'autorisation de fonctionnement des structures sanitaires dans votre ZS ?		
	a. Au cas où il existe plusieurs acteurs impliqués en tant que "parapluie" ou "autorité morale" pour favoriser la création ou l'ouverture des structures sanitaires dans votre ZS, y a-t-il un cadre de leur concertation avec l'EC		
	b. Prennent-ils des Décisions d'ouverture des structures sanitaires dans votre ZS, de manière consensuelle avec l'EC.		
	c. Ont-ils un Programme de travail d'ensemble concernant l'inspection de l'implantation des structures sanitaires dans la ZS ?		
	d. Existe-t-il un plan ou programme de couverture de la ZS élaboré par l'EC et dont la mise en œuvre est en train d'être suivi et évaluée chaque année depuis 2006 jusqu'à maintenant ?		
15°	Existe-il Document des règles obligatoires de création et d'implantation des structures sanitaires dans votre ZS ? Existe-t-il des permis d'ouverture des structures sanitaires auprès de l'EC de votre ZS ?		

16°	A. Votre EC possède-t-elle une autorité réelle à contraindre ou exercer une coercition sur les structures sanitaires (p.ex. délocaliser ou fermer la structure) en vue de faire respecter ou de faire appliquer les normes de création et d'implantation ?		
	B. Votre EC possède-t-elle un pouvoir efficace pour contraindre ou exercer une coercition sur les structures sanitaires (p.ex. délocaliser ou fermer la structure) en vue de faire respecter ou de faire appliquer les normes de création et d'implantation ?		
	C. Votre EC prend-t-elle des mesures pour contraindre ou exercer une coercition sur une structure non mal implantée (ex. délocaliser ou fermer la structure) en vue de faire respecter ou de faire appliquer les normes d'ouverture et d'implantation ?		
	D. Votre EC est-elle à son tour poussée de manière contraignante pour créer ou ouvrir des nouvelles structures des soins en vue d'étendre la couverture sanitaire de votre ZS selon le plan de couverture ?		
	E. L'EC de votre ZS emploie-t-elle des stratégies pour inciter ou pousser les différents acteurs qui interviennent dans la création des structures sanitaires (les promoteurs et les services de l'Etat) à connaître et tenir compte du respect et des normes d'organisation d'une ZS en RDC ?		
	F. L'EC de votre ZS utilise-t-elle un système d'accréditation ou de certification pour les structures sanitaires qui se conforment aux normes d'organisation et de fonctionnement établies par le ministère de la santé publique en RDC ?		
17°.	Les membres de l'EC de votre ZS travaillent-ils en harmonie pour faire appliquer et faire respecter les normes d'organisation d'une ZS de la RD Congo?		
18°	L'EC lance-t-elle des initiatives pour impliquer, collaborer et coopérer avec les autres services de l'état, qui sont impliqués dans l'ouverture et l'implantation des structures sanitaires, en vue de permettre à votre ZS d'être organisée et développée de manière conforme aux normes d'une ZS de la RDC ?		
Quel est votre mot de la fin à l'issue du présent questionnaire ?			

Merci pour votre participation.

Cahiers REALISME
Numéro 17, Juin 2019

Comité éditorial:

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Lara Gautier
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection:

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
cahiers-realisme@equitesante.org

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Numéro 17, Juin 2019

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/