

Capacités et performances des équipes-cadres des districts sanitaires dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Chuy KD¹, Criel B², Belrhiti Z.³, Mwembo TA⁴, Chenge MF^{4,5}

¹Ecole de Santé Publique, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

²Département de santé publique, Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Royaume de Belgique

³Ecole Nationale de Santé Publique de Rabat, Royaume du Maroc

⁴Départements de gynécologie et de santé publique, Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo

⁵Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo

Résumé

Contexte: La République Démocratique du Congo (RDC) revitalise les districts sanitaires (DS) pour renforcer son système de santé. Chaque DS dispose d'une structure de gestion et de leadership appelée équipe-cadre (EC), responsable du pilotage de son développement en système local de santé intégré et offrant des soins de qualité à la population. Les soins étant mal organisés surtout en milieu urbain, cette étude avait pour objectif d'évaluer les capacités et les performances des EC des DS dans la ville de Lubumbashi, en RDC. Plus spécifiquement, elle a évalué les capacités selon les quatre dimensions de l'OMS de 2007 (nombre des membres, compétences, systèmes de gestion, cadre de travail) et les performances selon les quatre dimensions du modèle EGIPSS de Champagne et al. de 2004 (production des services, maintien des valeurs, adaptation à l'environnement, atteinte des buts) des EC.

Méthodes: Il s'agit d'une étude de cas multiples à méthode mixte que nous avons menée auprès des membres des EC des neuf DS, de juillet à décembre 2018, dans la ville de Lubumbashi, RDC. Les données qualitatives de 27 entretiens semi-structurés menés auprès de 27 membres sélectionnés par choix raisonné comme informateurs-clés des EC, ont été analysées par contenu en thématiques. Les données quantitatives recueillies grâce à un questionnaire administré à un échantillon exhaustif de 67 membres des EC ont été analysées à l'aide des scores et des profils en pourcentages (%) réalisés dans les dimensions des capacités et des performances par les EC. Un niveau de profil supérieur ou égal à 50% réalisé par une EC dans une dimension a été jugé comme "acceptable".

Résultats: Les membres des EC ont déclaré ne pas être formés en gestion et leadership des DS, ne pas avoir d'expertise nécessaire en la matière ni de connaissance des objectifs leur assignés. Ils s'adaptent peu aux besoins d'organisation sanitaire dans la ville. Les capacités et les performances des EC sont encore insuffisantes. La plupart des EC ont des profils des capacités acceptables en nombre, en système de gestion et en cadre de travail (médianes: 50 %, 53,1 % et 60,7 %), mais inacceptables en termes des compétences (médiane: 16,7 %). Les profils des performances des EC sont plutôt acceptables en production et en maintien des valeurs (médianes: 58,3% et 68,7 %), mais inacceptables en adaptation à l'environnement et atteinte des buts (médianes: 25% et 25%). Les profils acceptables des capacités en "nombre des membres", "système de gestion", et "cadre de travail" sont significativement associés à ceux des performances en production des services, maintien des valeurs et atteinte des buts des EC ($p < 0.05$).

Conclusion: Les EC ont des capacités faibles en compétences et des performances faibles en adaptation à l'environnement et en atteinte des buts. Ceci fragilise le pilotage du développement intégré et de l'organisation des soins de qualité dans les DS à Lubumbashi. La division provinciale de la santé devrait instaurer un mode de désignation des membres des EC qui accroît la légitimité et la représentativité des parties prenantes, un système de renforcement des capacités et un monitoring des performances. Cela nécessite une amélioration des cadres de travail, une organisation des formations communes aux membres en gestion et leadership, une assignation des attentes et des objectifs en matière de gestion et de leadership des DS dans la ville de Lubumbashi, RDC.

Mots-clés: Capacités; Performances; Equipes-Cadres; Districts sanitaires; Lubumbashi.

Date of Submission: 11-04-2020

Date of Acceptance: 26-04-2020

I. Introduction

Les districts sanitaires (DS) sont des unités opérationnelles et constituent le niveau local des systèmes de santé en Afrique subsaharienne¹. Leur mission est de mettre en oeuvre les politiques des soins de santé

primaires (SSP)^{1,2}. Un DS correspond à une zone administrative ou géographique délimitée, rurale ou urbaine, comprenant une population de responsabilité définie et un ensemble des structures sanitaires qui coopèrent, et tenue sous la gestion et le leadership d'une équipe-cadre (EC)^{1,3,4,5}. L'exercice de la fonction de gestion et de leadership de l'EC conditionne le développement et la performance des services des soins du DS^{3,4,5,6}. L'EC assure la planification, l'acquisition, la répartition et l'utilisation des ressources, et impulse la prestation des services de santé pour garantir un accès équitable et universel aux services des soins et une protection sanitaire et socio-financière de la population du DS^{5,6,7}.

Les EC jouent un rôle important dans la conduite du changement et l'adaptation contextuelle des politiques sanitaires en mobilisant les ressources nécessaires et en prenant en compte les attentes des parties prenantes pour le bien-être des communautés au niveau local⁸⁻¹⁵. Elles devraient ainsi avoir des capacités nécessaires pour accomplir de manière performante ce rôle qui leur incombe¹²⁻¹⁵. Les capacités des EC correspondent à leur mise en place, à leur système de gestion des ressources, à leur cadre de travail, et à leurs compétences à piloter le développement des DS^{13-15,28}. Les compétences désignent l'intelligence pratique des membres des EC à s'appuyer sur les connaissances pour répondre aux situations qu'ils rencontrent dans leurs DS^{13-15,28}. Les capacités et les performances d'une EC sont à la fois individuelles et collectives d'une part, et liées entre elles d'autre part¹³⁻¹⁵. Les performances des EC contribuent à l'amélioration de celles des DS, notamment en couverture, efficacité, équité, pertinence, qualité et utilisation des services de santé^{4,6,13,14,15,16}.

Le modèle générique d'organisation des DS, appelé aussi modèle du système de santé de district, développé essentiellement en milieu rural, est mis en œuvre de manière 'copiée et collée' et 'importée' de ce modèle rural en milieu urbain²⁴. La gestion et le leadership des EC devraient prendre en compte les spécificités urbaines, notamment l'expansion spatiale, la croissance démographique, le profil épidémiologique, le pluralisme et la logique marchande des prestataires des soins, pour un pilotage adéquat des DS en milieu urbain^{1,5,22-26}.

En République Démocratique du Congo (RDC), le système de santé souffre d'un accès, d'une couverture, d'une qualité, d'une utilisation (moins de 50 nouveaux-cas pour 100 habitants l'an), et d'une satisfaction (80% des ménages insatisfaits) faibles par rapport aux soins de santé¹⁷⁻²⁰. Dans les villes congolaises, y compris celle de Lubumbashi, les districts et les services sanitaires sont encore mal organisés^{24,25}. La commercialisation et les dépenses catastrophiques des soins sévissent la population, reflétant la mauvaise organisation et la logique marchande des prestations des soins de santé^{24,25,26,27}.

A cet égard, le ministère de la santé met en œuvre une stratégie de renforcement du système de santé dont l'axe principal est la rédynamisation des DS, à travers notamment un programme (Encadré 1) de renforcement des capacités en gestion et leadership des EC^{21,22}.

Les performances des EC sont définies en termes de réalisations de leur mission de pilotage des DS pour leur développement en systèmes locaux de santé intégrés et qui offrent des soins de santé de qualité^{21,22,23}. Dans les villes, les performances des EC impliquent des adaptations du pilotage à l'organisation sanitaire urbaine²¹⁻²⁵.

Chaque EC se compose des membres dont les profils dépendent de plusieurs facteurs: la nature des tâches à accomplir, la capacité de les réaliser et de travailler en équipe, l'intérêt à structurer le DS en système de santé intégré, les compétences (qualification, expérience) et les responsabilités des activités des soins et de celles de développement du DS. Sans être pléthorique, une EC devrait être composée des membres qui sont à même de travailler harmonieusement ensemble²².

Les membres d'une EC assurent diverses fonctions: la prestation des soins à l'hôpital, l'élaboration des instructions et stratégies spécifiques, la formation du personnel, la supervision des activités et structures sanitaires. Ils assurent l'audit médical, la gestion des ressources, la recherche opérationnelle, l'assurance-qualité des soins, la revue des dossiers hospitaliers, la coordination, le suivi et l'évaluation sanitaire du DS^{21,22,23}.

Encadré 1. Programme de renforcement des capacités des EC en RDC^{21,22}

1. Désignation des membres des EC des DS,
2. Organisation des formations communes,
3. Définition des responsabilités verticales (programmes spécifiques contre les maladies) et horizontales (activités d'organisation des services de santé),
4. Système de gestion (calendrier de travail et règlement d'ordre intérieur approuvé par le Médecin Provincial,
5. Mise en place d'un système d'incitants (paiement des primes ou salaires ;
6. Promotion d'une culture des résultats et d'un esprit de travail en équipe.

Encadré 2. Composition d'une EC selon les Normes d'organisation et de fonctionnement d'un DS en RDC (22)

1. Médecin chef de district
2. Administrateur gestionnaire,
3. Infirmier superviseur des SSP,
4. Pharmacien,
5. Technicien d'assainissement du DS,
6. Superviseur d'animation communautaire du DS
7. Superviseurs des activités nutritionnelles du DS,
8. Médecin directeur de l'Hôpital Général de Référence
9. Directeur de nursing de l'Hôpital Général de Référence.

Les activités d'une EC sont administratives, cliniques et techniques, et devraient être exécutées de manière programmée et concertée au sein des membres d'une EC²². L'EC a la responsabilité sur tous les prestataires des soins du DS. Elle devrait rendre compte de la gestion à toutes les parties prenantes au sein du DS. Elle devrait aussi faire fonctionner les services sanitaires de manière intégrée, sans chevauchement ni lacune entre eux. Les rôles des membres d'une EC devraient être séparés et interdépendants. La circulation d'information entre les membres devrait être permanente et la tenue des réunions devrait être hebdomadaire^{21,22}.

Les études sur les capacités et les performances en gestion et leadership des EC pour le pilotage des DS en RDC sont encorées¹⁻⁶. Cette étude avait pour objectif d'évaluer les capacités et les performances individuelles et collectives des membres des EC en matière de gestion et de leadership pour le pilotage des DS dans la ville de Lubumbashi, RDC.

II. Méthodes

Type d'étude: Nous avons mené une étude de cas multiples et à méthode mixte (qualitative et quantitative), du 01 Juillet au 31 Décembre 2018.

Définition du cas: Le cas à l'étude porte sur les capacités et les performances des EC des DS à Lubumbashi.

Contexte d'étude: L'étude a été menée à Lubumbashi, ville située au Sud-Est et chef-lieu de la province du Haut-Katanga, RDC. Cette ville de 747 Km² de superficie dont 140 urbanisés²⁵, a été subdivisée en neuf DS depuis 2003: Kamalondo, Kampemba, Katuba, Kenya, Kisanga, Lubumbashi, Mumbunda, Ruashi, Tshamilemba (Cfr Tableau 1). Chaque DS a une EC, un bureau central du DS, des formations sanitaires et une population de responsabilité définie. Le nombre d'officines pharmaceutiques privées et des tradipraticiens augmente de manière remarquable dans la ville.

Tableau 1. Organisation sanitaire de la ville de Lubumbashi en 2018

Nombre des DS à l'étude	Nombre d'EC des DS étudiés	Nombre des bureaux centraux des DS	Nombre des FOSA d'un DS	Nombre des FOSA étatiques d'un DS	Population de responsabilité d'un DS	Population totale en 2018
9	9	9	60 à 120	1 à 3	50 000 à 500 000 habitants	2 500 000 habitants

Unités d'analyse: Les unités d'analyse sont les 9 EC des DS de la ville de Lubumbashi.

Cadre d'analyse: Nous avons utilisé les cadres d'analyse des capacités de gestion et leadership sanitaire de l'OMS^{13,35} et celui de l'évaluation globale et intégré des performances des services socio-sanitaires de Champagne et ses collaborateurs, aussi appelé cadre multipolaire^{14,15,28-33,36}. L'adaptation a consisté à associer les deux cadres d'analyse et à les opérationnaliser en les déclinant en dimensions et indicateurs des capacités et performances des EC.

Les capacités en gestion et leadership sanitaire des EC comprennent quatre dimensions: 1) nombre et rotation des membres, 2) compétences, 3) systèmes d'appui/gestion; et 4) cadre de travail des membres des EC^{13,35}. Ces dimensions peuvent avoir entre-elles soit des chevauchements (harmonieux ou non).

Les performances globales et intégrées d'une organisation, telle qu'une EC, peuvent être évaluées suivant quatre dimensions centrées toutes sur les besoins locaux de santé et influencées par les transformations contextuelles. Ces dimensions sont: 1) l'adaptation à l'environnement, 2) l'atteinte des buts, 3) la production des services, et 4) le maintien des valeurs, de la motivation et d'une culture organisationnelle positive^{14,15,36}. L'adaptation à l'environnement et l'atteinte des buts sont des dimensions externes, alors que la production des services et le maintien des valeurs dimensions sont internes à l'EC. Les dimensions des performances entretiennent entre elles des interactions sous forme d'alignement/équilibre ou de tension/déséquilibre. Ces interactions peuvent être **stratégiques** (entre adaptation-atteinte des buts), **allocatives** (entre adaptation et production), **opérationnelles** (entre maintien des valeurs et production), **contextuelles** (entre adaptation et maintien des valeurs), **légitimatives** (entre maintien des valeurs et atteinte des buts) et **tactiques** (entre production et atteinte des buts). La figure 1 présente le cadre d'analyse adapté et appliqué à cette étude.

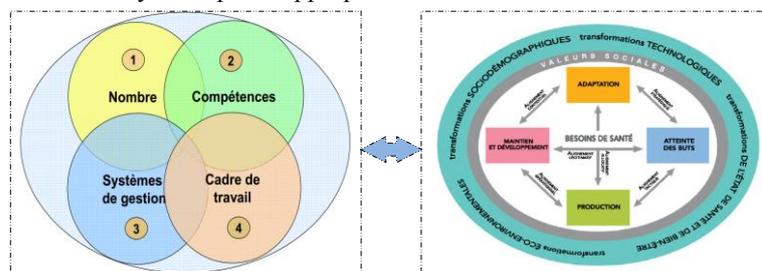


Figure 1. Cadre d'analyse liant les capacités aux performances des EC^{13,14,15}.

Population d'étude: La population à l'étude est l'ensemble des membres des EC des DS de la ville de Lubumbashi. Au total, 9 EC x 9 membres, soit 81 membres ont été attendus.

Conduite de l'étude:

La partie qualitative: Nous avons sélectionné par choix raisonné trois membres comme informateurs-clés dans chaque EC pour participer à l'enquête qualitative. Ces trois membres ont appartenu à des catégories professionnelles diversifiées (infirmiers, médecins, autres). Au total, 9 EC x 3 membres (soit 27 informateurs-clés) ont été retenus, dont 16 hommes et 11 femmes, et tous membres d'EC depuis 4 à 17 ans. Parmi eux il y a eu 8 médecins, 4 pharmaciens, 2 administrateurs-gestionnaires, 2 Licenciés en Santé Publique, 10 infirmiers superviseurs et un technicien d'assainissement (Cfr. Annexe 1).

A l'aide d'un guide d'entretien préalablement testé, nous avons mené des entretiens approfondis, individuels et semi-structurés sur l'organisation et le fonctionnement général, et les capacités et les performances individuelles et collectives des membres des EC (Annexe 2). Ces entretiens ont été manuellement notés en style télégraphique dans un journal de terrain et développés dans l'heure qui suivait en transcrits (ou verbatim). Ils ont été menés avec flexibilité et répétition auprès des mêmes membres des EC pour obtenir des données et des précisions supplémentaires, jusqu'à la saturation (rédundance) d'informations, constatée à partir du 23ème participant³⁹. Nous avons arrêté les entretiens au 27ème répondant⁴⁰. Une analyse de contenu des transcrits par thématique (dimensions d'analyse) a été effectuée³⁹.

La partie quantitative: Sous l'optique d'un échantillonnage exhaustif, nous avons inclus 67 sur les 81 membres des EC des DS attendus, soit 82,7%. Cet échantillon a compris 47 hommes (70%) et 20 femmes (30%), ayant intégré une EC depuis 1 à 19 années (médiane = 5,5 années passées à l'EC), et une médiane de 8 membres ayant participé par EC. Il a compris 24 médecins (35,8%), 20 infirmiers (29,9%), 16 administratifs et techniciens (23,9%), 6 pharmaciens (9%) (Cfr Annexe 3). Les critères d'inclusion dans l'échantillon ont été: être effectivement membre de l'EC, être présent au moment de l'enquête selon un rendez-vous préalablement convenu, accepter de participer à l'enquête, et accepter de répondre entièrement au questionnaire d'enquête.

Un questionnaire préalablement testé et administré à 67 membres des EC a permis de recueillir les données quantitatives (Annexe 4). Il a porté sur les quatre dimensions des capacités et celles des performances individuelles et collectives des EC. Chaque dimension a été opérationnalisée en la déclinant en quatre indicateurs correspondant chacun à un item ou question fermée de collecte d'information. Chaque item/question était binaire et chaque membre d'EC devrait y répondre par *oui* (= 'un' point) ou *non* (= 'zéro' point).

Ainsi, chaque dimension a valu un maximum de 4 points pour les quatre indicateurs (Cfr. Tableau 2). Les indicateurs ont été choisis en recoupant les indicateurs des capacités et des performances des EC contenus dans la stratégie de renforcement du système de santé, le référentiel des compétences et les normes des EC des DS congolais, aux indicateurs d'opérationnalité des EC des DS de l'OMS et ceux d'une revue systématique de littérature sur le management des DS^{13,14,15,35,36,37,38}. Les indicateurs pratiques et à données disponibles ont été retenus en priorité (Annexe 4). Une observation directe et libre a permis de vérifier immédiatement les réponses des membres des EC aux questions.

Tableau 2: Détermination du profil d'une EC à une dimension

Nombre d'indicateurs par dimension	Nombre des questions par dimensions	Nombres total des répondants	Détermination du profil de l'EC		
			Points ou scores obtenus par l'EC (A)	Maximum des points attendus par EC (B)	Profil (% des 'OUI')
4	4	Nombre des membres de l'EC	Nombre des 'OUI' de tous les membres d'EC à tous les 4 items	4 x nombre des membres de l'EC ayant répondu	(A/B) x 100

L'analyse des données a commencé par le dépouillement des données. Il a consisté à codifier, saisir et regrouper les données des questionnaires remplis par dimension des capacités et des performances et par EC dans le logiciel Excel 2010. Deux opérateurs indépendants ont dépouillé les données. Deux vérificateurs indépendants ont validé la base des données.

Nous avons ensuite calculé les scores réalisés par chaque membre et chaque EC à chaque dimension des capacités et des performances. Le 'score des points' d'une EC à une dimension a été la somme des points « 1 » réalisés par tous les membres d'une EC ayant répondu aux quatre items/questions de la dimension considérée⁸. A chaque dimension, le pourcentage du 'score des points' sur le **maximum** des points attendus (= 4 indicateurs x nombre des membres d'EC), a constitué le '**profil**' de l'EC à la dimension considérée. Les profils des EC aux quatre dimensions des capacités et aux quatre dimensions des performances de gestion et leadership des DS ont ainsi été déterminés. Nous avons jugé la réalisation d'un score supérieur ou égal à 50% à une dimension comme faisant un '**profil acceptable**'.

Ainsi, les EC ont été catégorisées en '*EC à profil acceptable*' (≥50%) et en '*EC à profil inacceptable*' (<50%) dans chaque dimension. Des mesures des associations ont été calculées dans le logiciel Epi-info 7 entre les nombres d'EC à profils acceptables des dimensions des capacités d'une part et les nombres d'EC à profils acceptables des dimensions des performances d'autre part.

Aspects éthiques : cette étude fait partie intégrante d'une recherche dont le protocole a été approuvé par le Comité d'Éthique Médicale (CEM) de l'Université de Lubumbashi (N°008/CEM/2017). Le Médecin Chef de Division Provinciale de la santé du Haut-Katanga a autorisé la collecte et l'utilisation scientifique des

données de cette étude. Les participants ont donné chacun un consentement éclairé et libre, écrit ou oral, pour participer à l'étude. La dignité, le respect de l'anonymat, et la confidentialité des participants ont été respectés.

III. Résultats

1°. Capacités des membres des EC des DS

Nombre des membres des EC: Ils viennent, à 64,2% (43/67) "hors des DS", à 7,5% (5/67) directement des études sans expérience professionnelle de terrain, et à 28,4 % (19/67) des mêmes DS où ils sont dans l'EC (Annexe 5). Les membres rapportent qu'ils se trouvent dans les EC soit parce qu'ils sont cités dans la composition d'EC selon le document des normes des DS, soit qu'ils sont désignés localement par le médecin chef de DS sur base des affinités et au détriment de ceux qui devraient en principe être dans l'EC, ou alors soit que le médecin chef les a toujours invités de fait aux réunions qu'il qualifie de réunion d'EC. Presque tous les membres n'ont pas de désignation officielle comme membre d'EC.

"C'est le médecin chef qui m'a proposé comme membre de l'EC depuis 2006" (EC01). "Je devrais être dans l'EC. Etant donné qu'il n'y a pas de document administratif qui me désigne en tant que tel et que le médecin chef m'a toujours évité en m'excluant. Il choisit lui seul ceux qui garantissent mieux ses intérêts personnels comme membres de l'EC" (EC09). "Le bureau central est une structure permanente de centralisation et de gestion quotidienne du DS. L'EC est un organe consultatif qui pilote le DS. Le médecin chef de DS confond les deux structures. Il tient des réunions élargies des agents du bureau central et les considère comme réunions de l'EC" (EC18).

Compétences des membres des EC: Les membres des EC rapportent leur manque d'expertise, de formation adéquate, et de compétences en gestion et leadership des DS. Ils rapportent aussi l'ambiguïté et l'imprécision qu'ils ont par rapport à leur mission et aux attentes des parties prenantes, et l'absence d'un programme de renforcement de leurs capacités en pilotage des DS.

"Selon moi ? ... Une EC est un cadre pour développer la santé" (EC02). "La mission d'une EC est d'aider le DS à évoluer et de développer la santé... Moi, je n'ai pas d'expertise nécessaire pour accomplir les tâches de membre de l'EC... Nous sommes désignés sans être formés à remplir ces fonctions. Il n'y a pas eu de programme de formation ni de renforcement de nos compétences en notre qualité de membres d'EC" (EC10). "Au sein de notre EC, nous n'avons jamais reçu de formation commune et structurée en gestion et leadership du DS. Les formations que nous avons suivies sont surtout celles de lutte contre le paludisme, contre la tuberculose et contre l'infection à VIH/SIDA" (EC19).

Système d'appui/gestion des EC: Les membres des EC rapportent la non intégration des activités de chacun dans le plan d'action opérationnel du DS et le manque conséquent de budgétisation et de financement de leurs activités, la méfiance et les conflits qui existent entre eux suite à l'opacité surtout financière, et la faible communication.

"Mes activités de membre de l'EC ne sont ni contenues ni budgétisées dans le plan d'action opérationnel du DS. Elles ne sont pas financées selon ce plan d'action opérationnel du DS. Le médecin chef a élaboré seul le plan d'action opérationnel du DS" (EC03). "Les dépenses du DS sont effectuées au niveau de l'EC par le médecin chef et l'administrateur-gestionnaire, à l'insu de nous tous les autres membres de l'EC. Ils en jouissent et gèrent dans l'opacité. Les médicaments essentiels sont moins approvisionnés au DS, sauf les antipaludéens, les antiretroviraux et les tuberculostatiques" (EC11). "L'EC n'a aucun financement des activités de pilotage et d'organisation des soins de qualité dans le DS... La plupart de mes collègues membres de l'EC, comme moi-même, n'avons ni salaire ni numéro matricule, ni attributions ou rôles clairement définis dans l'EC" (EC20).

Cadre de travail des membres de l'EC: Les membres de l'EC rapportent un leadership autocratique des médecins chefs des DS, une insuffisance d'accès aux technologies d'information (internet) et de tenue des réunions des EC, et une quasi inexistence d'incitants, d'amélioration du cadre de travail, de contrôle, et de redevabilité des EC.

"Nous travaillons sous une dictature du médecin chef de DS. Personne ne se sent redevable à personne. Il n'y a pas d'incitant, ni d'internet, ni de Lap Top pour le travail. Pour avoir quelque chose (argent), il faut être en bons termes avec le médecin chef de DS" (EC04). "Il n'y a pas de contrôle de gestion ni de monitoring des performances de notre EC... Le médecin fait ce qui passe par sa tête, sans rendre des comptes à personne" (EC12). "Nous ne sommes pas appuyés ni bien encadrés par les autorités judiciaires, politiques et sanitaires en matière

de gestion du DS. Le manque de statut juridique limite aussi nos marges de manœuvre comme EC pour influencer les autres secteurs''(EC21).

Les données qualitatives montrent les faiblesses des capacités en gestion et leadership des EC. La plupart des membres sont en réalité "désignés" par les médecins chefs dans les DS, non formés pour les fonctions de pilotage des DS. Les systèmes de gestion des EC sont opaques et à la base d'une méfiance. Les cadres de travail sont moins favorables au travail d'équipe.

Le tableau 3 (données quantitatives) présente les profils des capacités des EC en gestion et leadership des DS. La plupart des EC ont des profils des capacités acceptables en nombre (médiane: 53,1%; variation: 42,8%-78,1%), système d'appui ou de gestion (médiane: 60,7%; variation: 25,0%-90,6%), et cadre de travail (médiane: 50,0 %; variation: 0,3%-85,7%), mais inacceptables en matière de compétences (médiane: 16,7%; variation: 0,3%-28,3%) concernant le pilotage du développement et de l'organisation des soins des DS.

Table 3: Profils des capacités des EC à Lubumbashi

EC des DS		Profils des capacités des EC des DS à Lubumbashi									Synthèse des profils des EC		
		Kamamoto	Kampemba	Katuba	Kenya	Kisanga	Lubumbashi	Mumbunda	Ruashi	Tshamilemba	Profil inférieur	Profil supérieur	Profil médian
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Dimensions des capacités	Nombre des membres	42,8	54,1	53,1	78,1	75,0	60,7	46,8	42,8	46,8	42,8	78,1	53,1
	Compétences des membres	14,2	16,7	18,8	28,1	15,6	28,5	25	0,3	28,1	0,3	28,5	16,7
	Système de gestion	60,7	70,8	56,2	90,6	37,5	92,8	71,8	25,0	37,5	25,0	90,6	60,7
	Environnement de travail	50,0	58,3	31,2	71,8	40,6	85,7	65,6	0,3	25,0	0,3	85,7	50,0

2°. Performances des membres des EC des DS

Production des services des EC: Les membres des EC rapportent leur participation aux revues mensuelles, une tenue irrégulière des réunions, une absence de suivi des activités, des prises et d'exécution des décisions, et une insuffisance de production des instructions de développement et à l'organisation des services des soins de qualité, qui sont surtout liés aux compétences disponibles.

"Nos activités au sein de l'EC sont essentiellement la participation aux revues mensuelles, au monitoring et aux supervisions des FOSA. La plupart de ces activités sont menées sans la moindre expertise. C'est chacun qui fait ce qu'il pense selon lui-même bien faire. Il n'y a pas de censure" (EC05). "Nous exécutons les instructions de la hiérarchie sanitaire... En tout cas, nos activités, nos décisions, nos réunions, et nos résultats de l'EC n'ont pas des courbes ni de graphiques de suivi qui soient affichés." (EC13). "Je ne me rappelle pas que nous avons produit une seule instruction pour le développement ou l'organisation des services des soins, comme par exemple sur la répartition, la catégorisation, la référence ni les tarifs des soins des FOSA, dans notre DS" (EC23).

Maintien de culture, motivation et valeurs: Les membres des EC rapportent l'existence des camps ('partisans' et 'opposants' du médecin chef) créant des sous-cultures (sous-groupes) surtout à une méfiance dans le système de gestion. Ils ont aussi rapporté l'existence d'une culture clanique des médecins chefs, des captures des équipements et des fonds (détournements), et une communication, une intégration et une motivation faibles dans les EC.

"Des camps des 'pours' ou des 'contres' par rapport au médecin chef existent dans notre EC et entravent la coordination et l'union qui devraient faire notre force de travail" (EC06). "L'un des grands problèmes que nous avons est que le médecin chef s'accapare des équipements et des fonds destinés au fonctionnement du DS, des FOSA et des organes communautaires du DS. Il en jouit seul, soutenu par des collaborateurs de son camp et parfois même par nos chefs de la hiérarchie." (EC14). « La communication n'est pas franche au sein de notre EC. Il y a une forte méfiance entre nous et une faible transparence entre nous membres de l'EC. Nous faisons semblant de travailler ensemble... Certains ne savent même pas c'est quoi être membre d'EC" (EC24).

Adaptation et interaction avec l'environnement: Les membres des EC rapportent la faiblesse de collaboration intersectorielle et de l'implication des communautés, des formations sanitaires, du monde académique, et d'autres secteurs. Ils ont rapporté une faible implication des parties prenantes au diagnostic situationnel, à la définition des priorités et des objectifs sanitaires, et une insuffisante mobilisation des ressources locales par les membres des EC.

'Il y a plusieurs structures sanitaires que celles qui sont reprises dans les listes affichées. D'autres ne sont pas déclarées car elles ne rapportent pas, ou qu'elles ne sont pas affiliées, intégrées ou passées nous voir dans le DS. Les autorités locales ne nous financent pas et ont peu de volonté à le faire' (EC09). 'La mobilisation locale des fonds par l'EC est encore faible au niveau du DS. Nous n'avons pas assez des compétences en cette matière, comme par exemple en matière de plaidoyer, de projet, etc. Une formation en cette matière est utile'. (EC017). 'Les efforts de l'EC à organiser la participation communautaire sont pénibles surtout face à la société qui est multiculturelle en ville où chacun vit pour soi et où les alliances sont difficiles à construire. Les relais communautaires nous aident surtout aux campagnes des masses et demandent d'être payés' (EC27).

Atteinte des buts et objectifs: Les membres des EC rapportent une prolifération rapide des FOSA en majorité privées, la limitation de leurs marges de manoeuvres, l'absence d'assignation des objectifs propres aux activités des EC et l'inexistence d'un système d'évaluations des EC, qui caractérisent leur mode de travail.

« Notre EC n'a presque pas de mainmise sur les 120 FOSA de notre DS, 99% sont privées... Au premier semestre le médecin chef nous a communiqué des cibles et des objectifs des activités qu'il a définis sans nous avoir consultés » (EC07). « Nos objectifs sont d'atteindre entre autres 90% de couverture en troisième dose du vaccin pentavalent, 80% de taux d'accouchements assistés et 60% de taux d'utilisation des consultations curatives dans le DS » (EC18). « Le médecin chef a retenu 40 activités de l'EC au premier semestre... Or, nous sommes huit membres. Chacun aura ainsi une moyenne de 5 activités à réaliser aux six premiers mois de l'année, soit une activité par mois. Euh... Avec 120 FOSA du DS, que représentent ces activités mensuelles des membres de l'EC? C'est peu significatif! » (EC25).

Les données qualitatives montrent les faiblesses des performances du pilotage des EC dans les DS. La production des services (formations des prestataires, réunions, supervisions, etc.) et le maintien des valeurs positives sont faibles. Des sous-cultures, des captures avec faible traçabilité des fonds, et un faible esprit d'équipe limitent les performances des EC. L'adaptation et l'interaction de l'EC à l'environnement, et la poursuite des buts et des objectifs, sont aussi faibles.

Le tableau 4 (données quantitatives) présente les profils des performances des EC en matière de pilotage des DS. Les profils des performances de la plupart des EC sont acceptables en *production des services* (de 31,2% à 90,6%, médiane: 68,7%) et *maintien des valeurs* (de 25,0% à 83,3%, médiane: 58,3%), et inacceptables en *atteinte des buts* (de 0,0% à 100 %, médiane: 25,0%) et *adaptation à l'environnement* (de 12,5 à 53,1%, médiane: 25,0%).

Table 4: Profils des performances des EC à Lubumbashi

EC des DS		Profils des performances des EC des DS à Lubumbashi									Synthèse des profils des EC		
		Kamalondo	Kampemba	Katuba	Kenya	Kisanga	Lubumbashi	Mumbunda	Ruashi	Tshamilemba	Profil inférieur	Profil supérieur	Profil médian
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Dimensions des Performances	Production	53,6	70,8	40,6	90,6	68,7	71,4	84,3	35,7	31,2	31,1	90,6	68,7
	Maintien	53,6	58,3	25	84,3	75	71,4	62,5	28,5	34,3	25,0	83,3	58,3
	Adaptation	17,9	12,5	25	53,1	18,8	35,7	34,3	39,2	25,0	12,5	53,1	25,0
	Atteinte buts	100	50,0	25,0	50,0	25,0	25,0	50,0	25,0	0,0	0,0	100	25,0

3°. EC à profils acceptables en capacités et performances de pilotage des DS

Le tableau 5 dégage en quantité, seules les EC à profil acceptable ($\geq 50\%$) pour les dimensions des capacités et des performances en matière de pilotage des DS à Lubumbashi. Le reste des EC ont des profils inacceptables ($< 50\%$).

Table 5: Les EC à profils des capacités et des performances acceptables dans les DS à Lubumbashi.

Catégorisation des EC		EC à profils acceptables sur les 9 EC (EC à profil $\geq 50\%$)	
Paramètre	Dimensions	Nombre	% sur les 9 EC des DS
Capacités	Nombre des membres	5	55,6
	Compétences	0	0
	Système de gestion	6	66,7
	Environnement de travail	5	55,6
Performances	Production des services	6	66,7
	Maintien des valeurs	6	66,7
	Adaptation à l'environnement	1	11,1
	Atteinte des buts et objectifs	4	44,4

4°. Association entre EC ayant des profils des capacités et ceux des performances acceptables

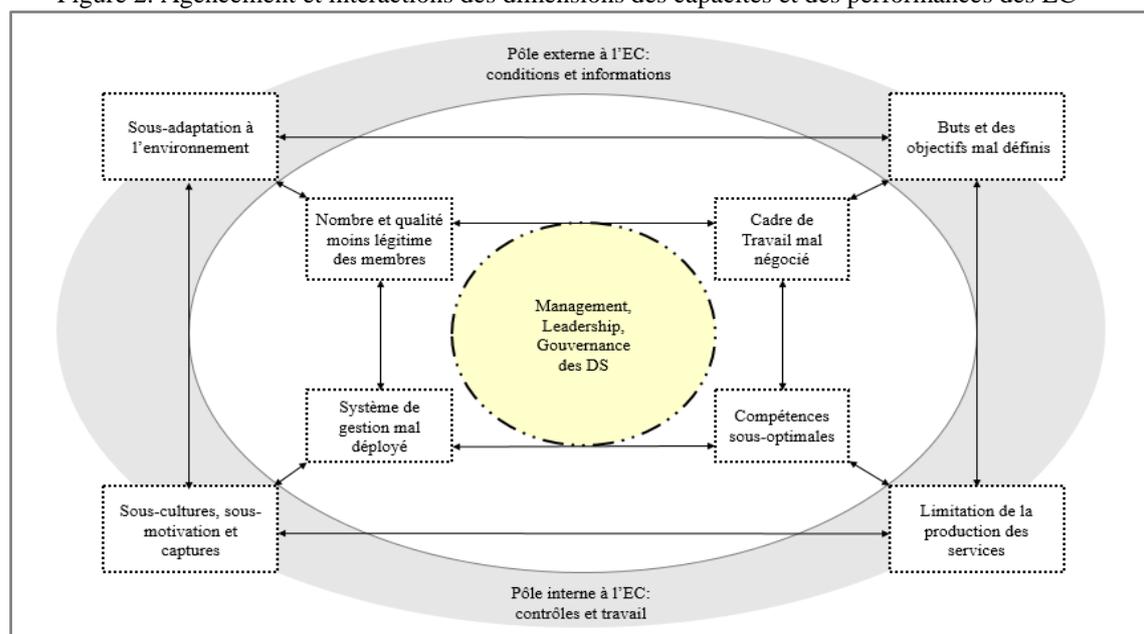
Le tableau 6 montre que toutes les EC à profils des capacités acceptables en *nombre des membres* (5EC), en *système de gestion* (6EC) et en *cadre de travail* (5EC), sont associées de manière significative ($p < 0,05$) à une probabilité de présenter des profils des performances acceptables en *production des services* (5EC) et en *maintien des valeurs* (6EC). La plupart (80%) d'EC à profils des capacités acceptables en *nombre des membres* (4EC) et en *cadre de travail* (4EC) ont plus de chance d'avoir des profils des performances acceptables en *atteinte des buts* (4EC) ($p=0,0397$). Les compétences (0EC acceptables) ne sont pas associées à l'adaptation à l'environnement (1 EC acceptable), autant que le système de gestion n'est associé à l'atteinte des buts/objectifs.

Table 6: Associations entre capacités et performances des EC des DS à Lubumbashi.

Association entre dimensions des capacités et celles des performances des EC	EC avec dimensions des capacités et des performances ACCEPTABLES	EC avec dimensions des performances acceptables			
		Production des services	Maintien des valeurs	Adaptation à l'environnement	Attente des buts et des objectifs
EC avec dimensions des capacités acceptables	Nombre des membres des EC	5	5	1	4
	- % par ligne	100%	100%	20%	80%
	- % par colonne	83,3%	83,3%	100%	100%
	- Khi carré corrigé (Yates)	2,756	2,756	0,0141	2,976
	- Valeur p (Ficher exact)	0,0476	0,0476	0,556	0,0397
	Compétences des membres des EC	NA	NA	NA	NA
	Système de gestion des EC	6	6	1	4
	- % par ligne	100%	100%	16,7%	66,7%
	- % par colonne	83,3%	83,3%	100%	100%
	- Khi carré corrigé (Yates)	5,0625	5,0625	0,014	1,406
	- Valeur p (Ficher exact)	0,012	0,012	0,667	0,119
	Cadre de travail des EC	5	5	1	4
- % par ligne	100%	100%	20%	80%	
- % par colonne	83,3%	83,3%	100%	100%	
- Khi carré corrigé (Yates)	2,756	2,756	0,0141	2,976	
- Valeur p (Ficher exact)	0,0476	0,0476	0,556	0,0397	

La figure 2 montre des interactions entre les capacités et les performances qui forment deux sous-systèmes imbriqués et interdépendants d'évaluation des EC. Les capacités sont le noyau profond et les performances en sont l'expression extérieure. Deux pôles de regard se dégagent de cette imbrication des capacités et des performances. Le pôle externe concerne les conditions et les informations. Les dimensions qui le forment sont le nombre des membres et le cadre des travail concernant les capacités, influençant l'adaptation à l'environnement et l'atteinte des buts concernant les performances des EC. Le pôle interne concerne les contrôles et l'énergie (incitants ou facteurs motivants), et comprend le système de gestion et les compétences pour les capacités, qui influencent respectivement le maintien des valeurs et la production des services pour les performances des EC.

Figure 2. Agencement et interactions des dimensions des capacités et des performances des EC



IV. Discussion

Cette étude vient de montrer les faiblesses qui émaillent les capacités et les performances des EC en matière de gestion et leadership des DS, dans la ville de Lubumbashi. Les faiblesses des capacités sont surtout liées aux faibles compétences des membres des EC. Les membres des EC sont désignés de fait par les médecins chefs au niveau local. Ils se méfient du système de gestion en place et manquent de cadre de travail favorable à l'accomplissement de leur mission de développement intégré des DS. Les faiblesses des performances concernent surtout l'adaptation/interaction à l'environnement et l'atteinte des buts et objectifs des EC. Le nombre des membres des EC, le système de gestion et le cadre de travail influencent la production des services, le maintien de la culture et des valeurs et l'atteinte des buts. Les capacités en 'compétences' et les performances en 'adaptation et interaction à l'environnement' sont toutes inacceptables et non associées aux autres dimensions, ce qui laisse suggérer une association implicite entre les deux dimensions. La seule EC du plus petit DS de la ville (DS Kamalondo) a une atteinte optimale (100%) des buts et objectifs qu'elle s'est fixés, suggérant que qu'une taille assez réduite du DS semble en faveur de l'efficacité d'une EC.

Nos résultats corroborent ceux de l'OMS sur l'évaluation des capacités et des performances en gestion et leadership des DS dans trois pays en Afrique (Afrique du Sud, Ouganda et Togo)^{7,40} et soutiennent une influence réciproque entre les capacités et les performances des EC^{17,28-35,40}.

4.1. Capacités des EC des DS

Les profils des EC aux dimensions des capacités sont similaires à ceux des EC évalués par l'OMS en Afrique du Sud, en Ouganda et au Tchad¹⁷.

Le nombre des membres des EC: La désignation, la légitimité et le nombre des membres influencent les capacités des EC en matière de gestion et de pilotage des DS^{24,25,41}. La forte concentration de pouvoir par les médecins chefs de DS et la faible attention accordée à l'organisation des DS sont des raisons pouvant expliquer que les membres des EC soient surtout désignés au niveau local^{1,17}.

Les compétences des membres des EC: Des compétences faibles ont été aussi observées chez les EC des DS au Ghana⁴⁵. Elles rendent peu efficaces les activités des EC^{17,45}. Le manque de formation des membres des EC en gestion et leadership des DS, aussi noté au Ghana, limite les compétences en pilotage des DS^{45,46}. Ceci entrave aussi leur maturation managériale et leur succès à introduire des changements, notamment le renforcement des DS⁴⁶⁻⁵¹.

Le système de gestion des EC: Un système de gestion faiblement aligné aux buts et objectifs des activités des membres des EC, aussi noté en Afrique du Sud, en Ouganda et au Tchad. Il limite les capacités de pilotage des DS^{13,17,52}.

Le cadre de travail des EC: Les problèmes relatifs au cadre de travail des EC ont été aussi notés au Ghana. Ils sont à la base d'un soutien non équitable au pilotage des DS^{7,45}. Les faiblesses notées dans les dimensions des capacités des EC ont des chevauchements et des interdépendances mutuelles^{13,35}.

Les médecins chefs des DS apparaissent comme étant des véritables « cerveaux » des EC. La plupart d'entre eux ont obtenu leur diplôme de maîtrise en santé publique (MPH) en cours de leur 'carrière' de

médecin chef et ce, alors qu'ils ont déjà pris des habitudes de travail peu alignés aux buts, aux objectifs et aux valeurs de santé publique. Avoir une maîtrise en santé publique pour espérer accéder au poste de médecin chef n'est pas un fait courant à Lubumbashi. Les critères de désignation à ce poste par la division provinciale de la santé sont moins connus des professionnels et du public général. L'expérience ou la qualification sont releguées hors des critères prioritaires pour être désigné à ce poste. Le cursus de formation des médecins à la faculté de médecine n'intègre pas un programme authentiquement structuré de préparation aux fonctions de gestion et de leadership pour le pilotage des organisations sanitaires comme le DS. Ceux qui étudient la gestion des institutions de santé et ceux qui étudient la santé publique n'ont pas non plus reçu une telle formation. Ils découvrent à peine 'ce qu'est le DS' à l'occasion d'un stage par exemple.

La logique de travail des médecins chefs des DS est essentiellement celle de « se servir » et non de « servir »^{1,2,3,25,26}. Développer le DS, organiser des services des soins de qualité, partager les incitantants et les informations avec les autres membres au sein d'une EC, ne sont pas une préoccupation essentielle des médecins chefs des districts, dont les pratiques « de gaze absorbante des fonds » ou « des capteurs des ressources - surtout financières » - destinées aux formations sanitaires ou à la santé des populations sont une réelle barrière au développement des DS en systèmes locaux de santé intégrés. Ceux qui désignent les médecins aux postes des médecins chefs des DS sont aussi passés par le même système et ont tendance à l'entretenir.

4.2. Performances des EC des DS

Les profils des EC aux dimensions des performances se rapprochent aussi de ceux de l'étude de l'OMS en Afrique du Sud, en Ouganda et au Tchad¹⁷.

La production des services des EC: Les performances des EC étudiées souffrent de la disponibilité et l'alignement des ressources aux besoins de développement intégré et d'organisation des soins de qualité qui sont faibles⁴⁵. Des valeurs compétitives suite à l'existence de sous-cultures au sein des EC fragilise le maintien des valeurs communes et positives de développement intégré des DS^{52,56}.

Le maintien des valeurs dans les EC: Le faible maintien de culture et valeurs organisationnelles positives telles que l'esprit d'équipe, la motivation, le sens de mission et les principes de fonctionnement des EC, entrave l'alignement optimal des membres des EC à la poursuite des objectifs communs dans les DS^{7,19-23,56}.

L'adaptation à l'environnement des EC: La faible adaptation à l'environnement des EC caractérise un leadership plutôt bureaucratique, basé faiblement sur l'évidence et l'information sanitaire locale^{8,57}. Cette faible adaptation entrave l'interaction et la réactivité des EC aux changements contextuels tels que le pluralisme et la privatisation des prestataires et l'urbanisation galopante^{7,36}. Elle peut aussi traduire le manque de vision, d'influence sur les autres secteurs, d'alliances, de collaboration intersectorielles, de gouvernance, d'implication communautaire, d'orientation du système sanitaire aux besoins locaux de santé et de régulation des prestataires des soins^{14,15,36}. Elle exprime aussi une faible reddition des comptes des EC aux parties prenantes dans le DS^{36,58}.

L'atteinte des buts et objectifs des EC: L'atteinte des buts est faible. Elle peut être liée à leur définition par seules les EC, sans implication des autres parties prenantes pour un suivi efficace⁵⁸. L'absence de monitoring des ressources, des activités et des résultats propres aux EC limite aussi l'efficacité et l'efficience des EC^{37,38}. L'ambiguïté des rôles entre les différents niveaux du système sanitaire est aussi un facteur qui entrave l'atteinte des buts dans le DS^{19,37,38}.

Les performances des EC sont aussi fragilisées par des tensions entre les dimensions. Ces tensions sont opérationnelles (maintien des valeurs - production des services), contextuelles (maintien des valeurs - adaptation à l'environnement), stratégiques (adaptation à l'environnement - atteinte des buts), tactiques (atteinte des buts - production des services), allocatives (adaptation à l'environnement - production des services) et légitimatives (maintien des valeurs - atteinte des buts), affaiblissant les performances des EC^{14,15,36}.

4.3. Associations entre capacités et performances

Le nombre des membres et le cadre de travail font partie des capacités des EC et sont respectivement en étroite interdépendance avec l'adaptation à l'environnement et l'atteinte des buts et objectifs pour les performances des EC. Une tension stratégique se note à ce pôle externe du travail des EC dans les DS^{25,41,36,58}.

Le système de gestion et les compétences des membres font aussi partie des capacités des EC et sont respectivement en étroite interdépendance avec le maintien des valeurs et la production des services pour les performances des EC. Une tension opérationnelle est notée à ce pôle interne du travail des EC des DS^{45,46,51,52,56}.

Les capacités en nombre des membres et système de gestion des EC d'une part, et les performances en adaptation à l'environnement et maintien des valeurs d'autres part, sont le pôle des tensions contextuelles vécues par les EC^{25,41,36,58}. Par contre, les capacités cadre de travail et en compétences des membres des EC d'une part, et les performances en atteintes des buts et en production des services d'autres part, forment le pôle des tensions tactiques aussi vécues par les EC^{45,46,51,52,56}.

Un renforcement des capacités couplé à un monitoring d'amélioration des performances des EC sont plus nécessaires.

La désignation des membres des EC: Les capacités des EC peuvent être renforcées à travers un mode de désignation qui améliorera la légitimité et la représentativité des parties prenantes au sein des EC des DS. Un "système d'élection des membres à partir des candidats retenus sur base des critères et d'un mode définis par consensus peut être une piste à tester"⁴². Une taille de neuf à dix membres pour une EC, avec des 'rôles en équipe' bien définis et complémentaires est aussi à tester^{43,44}. Les membres peuvent correspondre à des individus ou des représentants des organisations désignés pour un mandat en vue de jouer un rôle bien identifié dans l'EC du DS.

Le renforcement des compétences des membres des EC: Il peut se faire notamment par une formation structurée et commune à tous les membres d'une EC, pour leur apprendre la fonction de pilotage des DS^{20-23, 45-51}. Des cursus, des expériences, des modèles et des programmes de telles formations existent et peuvent être contextualisés^{46,53-55}. Une sensibilisation des médecins chefs des DS peut favoriser leur engagement à la mise à disposition et la redevabilité des fonds et permettre aux membres des EC d'assumer pleinement leur responsabilité de pilotage des DS pour une offre des soins de qualité dans les DS^{7,16}. Un bon renforcement des compétences mérite d'être structuré en quatre niveaux: individuel, collectif, stratégique et environnemental, au sein des membres de l'EC et dans le DS^{50,60,69}. Il fait évoluer les membres des EC d'un style bureaucratique à un style plutôt participative de gestion et de leadership des DS⁵⁰. Il devrait aussi viser à professionnaliser la fonction de membre d'une EC des DS^{60-63,76,78}. Le succès de la professionnalisation va dépendre du contexte, de la considération nationale de la fonction de membre d'EC des DS comme profession, de la définition des standards de gestion et du suivi de l'adhérence des EC à ces standards, d'une formation accréditée pour cette fonction, d'un accompagnement des cadres formés et d'une mise en place de leur association de métier^{62,63}. La professionnalisation devrait faire acquérir des compétences en gestion d'équipe, des opérations et de proximité^{23,64-69}. Elle devrait aussi former les membres des EC selon la vision des SSP et d'adaptation aux besoins sanitaires des populations des DS^{70,71}. L'apprentissage en service et l'accompagnement des membres des EC peuvent aussi améliorer les capacités de gestion et de leadership des EC^{46,71-76}.

L'amélioration du système de gestion des EC: Le système de gestion nécessite aussi d'être orienté pour aligner les membres des EC à assurer un pilotage optimal des DS¹.

Le cadre de travail des membres des EC: L'information et la transmission en temps réel des orientations sanitaires définies au niveau national et la mise en place des incitants tels qu'un système de certification des membres et d'accréditation des EC peuvent être testés pour booster le travail des EC^{1-3,76}.

Une action guidée par le monitoring des performances des EC: La démarche d'amélioration continue de la performance, comme celle de la recherche-action, est essentielle pour renforcer le pilotage des DS^{54,60,61,62,72}. La recherche-action devrait se fonder sur l'analyse de la situation, le recours aux modèles conceptuels et aux évidences et leçons existants, une prise des décisions empiriques qui sont des hypothèses dynamiques de changement, leur mise en oeuvre suivie d'une évaluation dans les DS⁷². Elle peut partir d'une hypothèse selon laquelle "le renforcement des capacités (nombre, compétences, système de gestion, cadre de travail) contribuerait à l'amélioration (suivie par monitoring) des performances des EC et des DS"^{61,72}. Des formations communes pour les membres des EC en gestion et leadership des DS devront être le fer de lance de cette recherche-action⁷³⁻⁷⁷. Le monitoring trimestriel des performances peut porter sur l'adaptation à l'environnement, l'atteinte des buts, le maintien des valeurs et la production des services des EC^{25,26,78-80}. Les membres des EC qui n'améliorent pas leur performance au bout d'un temps défini par consensus (deux à trois ans) devront aussi être écartés⁷². La taille des DS peut aider à améliorer l'efficacité et la pertinence du pilotage des EC^{60,71}. L'exemple de l'EC du DS Kamalondo dans cette étude peut servir d'illustration.

Les performances sont à considérer comme une *expression extérieure* du travail fondé sur des capacités adéquates (aptitudes, processus) des membres des dites EC. Les dimensions des capacités sont ainsi les sources profondes à partir desquelles les membres d'EC fonctionnent pour produire un changement émergent^{59,76-80}.

Les facteurs de succès d'une telle recherche-action pour le renforcement des capacités et des performances des EC peuvent être le partage des objectifs, un accompagnement et une facilitation adéquate, une sécurité psychologique des membres, une intégration des activités au sein des procédures et des supports d'organisation, et un appui externe en monitoring⁸⁵. Les barrières au succès de la recherche-action peuvent aussi être l'absence de formation en gestion, des ressources inadéquates, l'ambiguïté des attributions/responsabilités, l'ambiguïté des mécanismes budgétaires et financiers, l'instabilité des positions managériales, des changements des membres formés, des interférences politiques dans les décisions techniques, des approches trop cliniciennes, un défaut d'avancement/gestion de carrière, une bureaucratie inutile au sein des relations inter-organisationnelles, et une faible législation⁸⁷. Les EC sont appelées à aller au-delà de la simple gestion des données, des ateliers de formation sporadique du personnel, des finances et de logistique, des déplacements moins efficaces, et de rester comme des simples exécutants des ordres venant de la hiérarchie, des gouvernants et des partenaires, pour aller vers la coordination intersectorielle, la planification, l'opérationnalisation, l'implication des acteurs aux décisions et le suivi des activités contextualisées aux besoins du DS^{75,81,82,88}.

L'amélioration des capacités et les performances des EC dépend aussi de la capacité organisationnelle à changer des dites EC et de celle de leurs niveaux supérieurs au sein du système de santé congolais⁸⁵. Elle a comme plus value, sa contribution à l'amélioration des performances des DS⁸⁰⁻⁹⁰.

4.4. Limites de l'étude

Une limite conceptuelle a été de considérer les EC comme fonctionnant dans des DS 'standards', avec faible prise en compte des spécificités urbaines dans l'organisation des services sanitaires²⁵. A Lubumbashi, par exemple, il existe des DS qui n'ont pas d'hôpital et où l'on ne trouverait pas de médecin directeur ni de directeur de nursing de l'hôpital au sein de l'EC. Les EC ont intégré d'autres membres à la place. Des hôpitaux tertiaires existent et l'intégration de leurs représentants n'est pas notée alors que ces hôpitaux jouent un rôle utile de prise en charge des malades qui nécessitent un plateau technique supérieur à celui des FOSA du DS²⁵.

Trois limites méthodologiques sont à mentionner concernant cette étude. Nous n'avons pas fait une comparaison des données inter-villes ni entre le milieu urbain et le milieu rural. L'analyse des données s'est aussi effectuée sur base d'une appréciation binaire (1 versus 0, **oui** ou **non**, acceptable ou inacceptable). Cette dichotomisation n'a considéré que des situations extrêmes, mettant de côté les situations intermédiaires. Le contraste entre les EC à profils 'acceptables' et 'inacceptables' n'a pas aussi été discuté.

V. Conclusion

Les capacités et les performances des EC des DS sont encore moins satisfaisantes dans la ville de Lubumbashi. Elles souffrent surtout des faiblesses en matière des compétences, d'adaptation à l'environnement et en atteinte des buts/objectifs. Elles forment deux sous-systèmes imbriqués et interdépendants d'évaluation des EC. Les capacités sont ainsi un noyau profond dont les performances sont l'expression extérieure. Deux pôles de regard sur les capacités et les performances sont à reconnaître: le pôle externe des conditions et informations du travail d'une EC et le pôle interne des contrôles et énergie (incitants) du travail d'une EC. Le renforcement des capacités et des performances implique ainsi un concours d'interventions 'extérieures' et 'intérieures'. Ces interventions devraient porter sur les deux pôles.

Un renforcement des compétences et un monitoring de l'amélioration de l'adaptation à l'environnement et de l'atteinte des buts et des objectifs des EC sont recommandés. La division provinciale de la santé peut organiser des formations communes et concomitantes pour tous les membres, instaurer un système d'accréditation des EC et certification des membres des EC, un monitoring des activités et des réalisations, et une exclusion des membres et des EC qui ne s'améliorent pas. Elle a aussi la charge d'apporter un encadrement et un soutien administratif, logistique, psycho-social et technique aux EC, pour renforcer les capacités et les performances EC en gestion et leadership des EC en vue d'améliorer le pilotage des DS dans la ville de Lubumbashi. La division provinciale de la santé peut envisager de tester des pistes de recherche-action sur le terrain parmi les interventions identifiées dans cette étude.

Des recherches futures peuvent notamment évaluer les capacités et les performances des EC en prenant en compte les spécificités urbaines et les différences intraurbaines des EC, et en comparant les situations entre les villes d'une part et entre les milieux urbains et ruraux d'autre part, en RDC.

Abbreviations et sigles:

DS: District Sanitaire

EC: équipe cadre

ECDS: Équipe-Cadre de/des District Sanitaire

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

SSP: Soins de Santé Primaires

Conflits d'intérêts: aucun

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

Contributions: Auteur principal, concepteur et réalisateur: Chuy Kalombola Didier.

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

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

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

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

Références

- [1]. Gorgén H, Kirsch-Woik T., Schmidt-Ehry B., (2004), Le système de santé de district: Expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'intention des professionnels de la santé Publique. Wiesbaden, 2ème édition.
- [2]. Tumusiime P, Kwamie A, Akogun OB, et al., (2019), Towards universal health coverage: reforming the neglected district health system in Africa. *BMJ Global Health*. 4: e001498. doi:10.1136/bmjgh-2019-001498
- [3]. Tarimo E., (1991), Pour une meilleure santé au niveau du district: Comment organiser et gérer des systèmes de santé de district fondés sur les soins de santé primaires. Organisation Mondiale de la Santé. Genève.
- [4]. Bradley EH, Taylor LA, Cuellar CJ., (2015), Management matters: a leverage point for health systems strengthening in global health. *Int J Health Policy Manag.*;4(7):411–415. doi:10.15171/ijhpm.2015.101.
- [5]. Communauté de Pratique Prestation des services de santé, (2013), Rapport de la Conférence Régionale « Les districts sanitaires en Afrique: Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare », Renouveler la stratégie du district sanitaire pour faire avancer la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique. Dakar, Sénégal.
- [6]. Fetene N, Canavan ME, MegenttaA, Linnander E, Tan AX, Nadew K, et al. (2019), District-level health management and health system performance. *PLoS ONE* 14(2): e0210624. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210624>
- [7]. Van Olmen J., Criel B., Van Damme W., Marchal B., Van Belle S., Van Dormael M. et al., (2012), *Analysing Health System Dynamics A framework, Studies in Health Services Organization & Policy*, 28, 2nd edition.
- [8]. WHO. (2008), Stewardship/Governance of health systems in the WHO European Region? Regional Committee for Europe Fifty-eighth session. Tbilisi, Georgia. EUR/RC58/9 +EUR/RC58/Conf.Doc./4.
- [9]. Marchal B., (2014), Stewardship today and tomorrow: From fragmented service delivery to responsive and accountable local health systems. *Public Health Research*. SOFI.
- [10]. Van der Veken K, Richard F, Marchal B, Witter S, Dossou JP, Essolbi A et al., (2014), POEM – Policy Effect Mapping A framework to assess the effects of a targeted policy on the local health system.
- [11]. Davis, J.H., Schoorman, F.D., & Donaldson, L., (1997), Towards a stewardship theory of management. *Academy of Management Review*, 22, (1) 20–47.
- [12]. Daire J, Gilson L and Cleary S., (2016), Developing leadership and management competencies in low and middle-income country health systems: a review of the literature. Working Paper 4. RESYST. Health Economics Unit, University of Cape Town. South Africa.
- [13]. OMS, (2007a), Améliorer le leadership et la gestion sanitaires: rapport d'une consultation internationale sur le renforcement du leadership et de la gestion dans les pays à faible revenu.
- [14]. Champagne F, Contandriopoulos AP, Picot-Touché J, Béland F. et Nguyen H, (2005), Un cadre global et intégré d'évaluation de la performance. GRIS. Québec. Canada.
- [15]. Champagne F, Contandriopoulos AP, Ste-Marie, (2013), L'évaluation de la performance des organisations et systèmes de santé: quelles leçons tirer du développement et de l'application d'un modèle global et intégré? Le Modèle EGIPS. GRIS. Montréal. Canada.
- [16]. Guillemin F, Kohler F, Lejeune C, Monnet E, Quantin C, Tabutiaux A, (2009), Analyse comparative des systèmes de santé. Aunège.
- [17]. 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)
- [18]. Lozano R et al. (2016), Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 391: 2236–71. Published Online May 23, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2).
- [19]. Ministère de la santé – RDC, (2016), Plan national de développement sanitaire. 4ème édition. Kinshasa.
- [20]. Ministère de la santé – RDC, (2018), Plan national de développement sanitaire. 4ème édition. Kinshasa.
- [21]. Ministère de la santé – RDC, (2010a), Stratégie de renforcement du système de santé, 2ème édition, Kinshasa.
- [22]. Ministère de la santé – RDC, (2012), Normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé. 2ème édition, Kinshasa.
- [23]. Ministère de la santé – RDC, (2010b), Référentiel de compétences intégré de l'équipe cadre de la zone de santé pour les situations professionnelles relatives au management de la zone de santé en RDC, Un cadre de référence pour la formation et l'action, Kinshasa.
- [24]. Chengé 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>.
- [25]. Chengé 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.
- [26]. Ntambue AM, Malonga FK, DramaixWilmet M, Ilunga TM, Musau AN, Matungulu CM, 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): e0205082. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205082>.
- [27]. Ntambue et al., (2019), Incidence of catastrophic expenditures linked to obstetric and neonatal care at 92 facilities in Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo, 2015. *BMC Public Health*. 19:948.
- [28]. St-Amant G et Renard L, (2003), Aspects théoriques d'un cadre de développement des capacités organisationnelles. Management et systèmes d'information, Département de Management et Technologie, École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, CP. 6192, Succursale Centre-Ville, Montréal, QC, H3C 4R2.
- [29]. Renard L et St-Amant G, (2003), Capacité, capacité organisationnelle et capacité dynamique: une proposition de définitions. Management et systèmes d'information, Département de Management et Technologie, École des sciences de la gestion, Université du Québec à Montréal, CP. 6192, Succursale Centre-Ville, Montréal, QC, H3C 4R2.
- [30]. Bourgeois, I., and Cousins, J.B. (2013). Understanding dimensions of organizational evaluation capacity. *American Journal of Evaluation*, 34 (3), 299–319.
- [31]. Labin, S., Duffy, J. L., Meyers, D. C., Wandersman, A., & Lesesne, C. A. (2012). A research synthesis of the evaluation capacity building literature. *American Journal of Evaluation*, 33, 307–338.
- [32]. Preskill, H., & Boyle, S. (2008). A multidisciplinary model of evaluation capacity building. *American Journal of Evaluation*, 29 (4), 443–459.
- [33]. Bourgeois, I., Toews, E., Whynot, J., and Lamarche, M. K., (2013). Measuring organizational evaluation capacity in the Canadian federal government. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 28 (2), 1–19.

- [34]. Salgado M, (2013), La performance: une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations. <hal-00842219>
- [35]. OMS, (2007b), renforcement des capacités de gestion sanitaire dans les pays à faible revenu: que savons-nous?
- [36]. Marchal B et al, (2014), Building on the EGIPS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service orientend health care organization, *BMC Public Health*, 14:378.
- [37]. Tabrizi JS, Gholipour K, Iezadi S, Farahbakhsh M and Ghiasi A, (2018), A framework to assess management performance in district health systems: a qualitative and quantitative case study in Iran; *Cad. Saúde Pública*; 34(4): e00071717
- [38]. Sambo L.G., Chatora R.R. and Goosen E.S.M., (2003), Tools for Assessing the Operability of District Health Systems: guideline. World Health Organization Regional Office for Africa Brazzaville.
- [39]. Corbin, J., & Strauss, A. (2008). Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (3rd ed.). Los Angeles, CA: Sage Publications.
- [40]. Kokku SB, (2009), Capacity building programs for DHMTs: A case study of Simanjiro district, Tanzania.
- [41]. Chuy KD, Criel B, Belrhiti Z, Campos DSV, Mwembo T, Mukalay MA et Chenge MF, (2019), La Politique Publique du système de santé de district: une étude mixte d'évaluation dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo, *Cahiers REALISME*, Numéro 17.
- [42]. Petit V. et Mari I., (2009), La légitimité des équipes dirigeantes: une dimension négligée de la gouvernance d'entreprise. Premier volet: constat, définition et cadre d'analyse. EDHEC.
- [43]. Belbin MR, (2010), Team roles at work. Second edition. Elsevier.
- [44]. Parand A, Dopson S, Renz A, et al. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2014;4:e005055. Doi:10.1136/bmjopen-2014005055.
- [45]. Bonenberger M, Aikins M, Akweongo P, Wyss K, (2016), Factors influencing the work efficiency of district health managers in low-resource settings: a qualitative study in Ghana. *BMC Health Services Research* (2016) 16:12 DOI 10.1186/s12913-016-1271-3.
- [46]. Tabrizi SJ, Gholipour K, Bakhsh MF, Jahanbin H, Karamzadeh M, (2016), Developing management capacity building package for district health manager in northwest of Iran: A sequential mixed method study. *JPM* 66:1385.
- [47]. Coulet, J.-C. (2016). Les notions de compétence et de compétences clés: l'éclairage d'un modèle théorique fondé sur l'analyse de l'activité. *Activités*(13-1).
- [48]. Caillas E et Jaquet S, (sd), Comment travailler en 2020? Des compétences aux capacités: pour une nouvelle approche du travail en management. Veilleurs CREG Versailles.
- [49]. Dianne B, Love M, et Ayadi F, (2015), Redefining the Core Competencies of Future Healthcare Executives under Healthcare Reform, *Administrative Issues Journal: Connecting Education, Practice, and Research* (Winter 2015), Vol. 5, No. 2: 3-16, DOI: 10.5929.2015.5.2.1.
- [50]. Bonnet R et Bonnet J, (2008), Postures managériales et évolution des compétences d'encadrement et de direction, *Communication et organisation* [En ligne], 33 | 2008, mis en ligne le 01 juin 2011, consulté le 01 mai 2019. URL: <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/498>; DOI: 10.4000/communicationorganisation.498.
- [51]. Mostefaoui R, (2007), Les compétences managériales, principale condition de succès de changement. *Revue Internationale sur le travail et la société*. Volume 5, Numéro 1, ISSN 1705-66#6.
- [52]. Morais LF and Graça LM, (2013), A glance at the competing values framework of Quinn and the Miles & Snow strategic models: case study in health organizations. *Rev. port saúde pública*.2013;31(2):129-144.
- [53]. Michaux G, Mwembo-TA, Belrhiti Z, Monet M et Criel B, (2018), Développement des Zones de Santé d'Apprentissage et de Recherche en République Démocratique du Congo: enseignements utiles d'une évaluation qualitative des expériences antérieures en Afrique Subsaharienne. *Global Health Promotion* 1757-9759; Vol 0(0): 1 -10; 784537.
- [54]. Martineau T, Raven J, Aikins M, et al., (2018) Strengthening health district management competencies in Ghana, Tanzania and Uganda lessons from using action research to improve health workforce performance. *BMJ Glob Health*;3:e000619. doi:10.1136/bmjgh-2017-000619.
- [55]. Gholipour K, Tabrizi JS, Farahbakhsh M, et al., (2018), Evaluation of the district health management fellowship training programme: a case study in Iran. *BMJ Open*;8: e020603. doi:10.1136/bmjopen-2017-020603.
- [56]. Gershon RRM, Stone PW, Bakken S, Larson E, (2004), Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare, *JONA* • Vol. 34, No. 1.
- [57]. Chevallier J, (sd), L'administration Face au public. Université d'Amiens.
- [58]. Chan BTB et al, (2019), Stewardship of quality of care in health system: core functions, common pitfalls, and potential solutions, *Public Admin Dev*. 39:34-46.
- [59]. Otto Scharmer, (2012), Théorie U, Pearson Education, France.
- [60]. Salgado M, (2013), La performance: une dimension fondamentale pour l'évaluation des entreprises et des organisations. <hal-00842219>
- [61]. WHO. (1987). Report of the International Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health care. Harare. Zimbabwe. WHO/SHS/DHS/87, 13 Rev.
- [62]. Linnander EL, Mantopoulos JM, Allen N, Nembhard IM, Bradley EH, (2017), Professionalizing healthcare management: a descriptive case study. *Int J Health Policy Manag*. 2017;6(10):555-560. doi:10.15171/ijhpm.2017.40.
- [63]. Le Boterf G, (2016), Professionnaliser Construire des parcours personnalisés de professionnalisation. Collections Ressources Humaines, Eyrolles. Editions d'organisations.
- [64]. American College of Healthcare Executives, (2009), Healthcare Executive Competencies Assessment Tool.
- [65]. Chokshi H, Mishra R, Sethi H, and Jorgensen A, (2014), Health Systems Strengthening and Effective Management for Jharkhand Family Planning. Manual for District and Block Managers. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
- [66]. Management sciences for health, (2012), Chap 52. Designing and implementing training programs. Tanzania.
- [67]. Ramond P, (2004), Le management opérationnel, direction et animation des équipes. 3ème édition. Maxima.
- [68]. Dusehu B, (2017), Le manager de proximité: le management opérationnel au Coeur de la performance des entreprises. 4ème édition. Gereso.
- [69]. Loufrani-Fedida S, (2008), Les quatre niveaux du management des compétences: individuel, collectif, stratégique et environnemental.
- [70]. Gilson et al, (2014), Advancing the application of systems thinking in health: South African examples of a leadership of sensemaking for primary healthcare. *Health Research Policy and Systems* 2014, 12:30 <http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/30>.

- [71]. Rice J and Bjork D, (2016), Leadership Competencies for the Next Generation of Healthcare Executives. Becker's Hospital Review | Webinar.
- [72]. Lê G, Huss R, Mshelia C, Mirzoev T (2015) "How to use Action Research to Strengthen District Health Management: A Handbook" Leeds: PERFORM Consortium.
- [73]. Muchekeza M, Chimusoro A, Gombe NT, Tshimanga M, Shambira G, (2012), District health executives in Midlands province, Zimbabwe: are they performing as expected? BMC Health Services Research. 12:335.
- [74]. Doherty T et al., (2018), Role of district health management teams in child health strategies, Strategic review of child health;362:k2823 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.k2823>.
- [75]. Conn C, Jenkins p, Touray SO, (1996), strengthening health management: experience of district teams in The Gambia. Health Policy and Planning; 11(1): 64-71.
- [76]. Bellagio District Public Health Workshop Participants, (2016), Public Health Performance Strengthening at Districts: Rationale and Blueprint for Action." www.who.int/alliance-hpsr/bellagiowhitepaper.pdf.
- [77]. Mutale W, Vardoy-Mutale A-T, Kachemba A, Mukendi R, Clarke K, Mulenga D, (2017), Leadership and management training as a catalyst to health system strengthening in low-income settings: Evidence from implementation of the Zambia Management and Leadership course for district health managers in Zambia. PLoS ONE 12 (7): e0174536.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174536>. Editor: SaravanaKumar, University.
- [78]. Witter S, Palmer N, Balabanova D, Mounier-Jack S, Martineau T, | Klicpera A et al, (2019), Health system strengthening—Reflections on its meaning, assessment, and our state of knowledge. Int J Health Plann Mgmt. 2019; 1–10.
- [79]. Diana ML, Yeager VA and Hotchkiss DR, (2017), Health systems strengthening: A literature review. MEASURE.
- [80]. HeerdegenACS, Aikins M, Amon S, AgyemangS, Wyss K, (2020), Managerial capacity among district health managersand its association with district performance: A comparative descriptive study of six districts in the Eastern Region of Ghana. PLoS ONE 15(1): e0227974. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227974>.
- [81]. WHO, (2018), Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurementstrategies?World Health Organization. ISBN 978 92 4 156405 2 (NLM classification: W 84).
- [82]. OMS, (2009), Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé, édité par Don de Savigny et Taghreed Adam. ISBN 978 92 4 256389 4 (NLM classification: W 84).
- [83]. Brinkerhoff DW, Cross HE, Sharma S, Williamson T, (2019), Stewardship and health systems strengthening: an overview. Public Admin Dev. 2019; 39:4–10.
- [84]. West, M., Armit, K., Loewenthal, L., Eckert, R., West, T. and Lee, A. (2015) Leadership and Leadership Development in Healthcare: The Evidence Base. London, Faculty of Medical Leadership and Management.
- [85]. Tetui M, Zulu JM, Hurtig AK, Kiracho EE, Kiwanuka SN and Coe AB, (2018), Elements for harnessing participatory action research to strengthen health managers'capacity: a critical interpretative synthesis. Health Research Policy and Systems (2018), 16:33.
- [86]. Turnel G, (2014), Évolution de la capacité organisationnelle à changer: le développement d'un modèle de maturité, Montréal.
- [87]. Tabrizi JS, Gholipour K, Farahbakhsh K, Hasanzadeh A, (2017), ManagerialbarriersandchallengesinIranpublichealthsystem:EastAzerbaijan healthmanagers'perspective. JPMA 67: 409.
- [88]. BonenbergerM,AikinsM,AkweongoP, Bosch-CapblanchX,WyssK, (2015), WhatDoDistrict HealthManagersinGhanaUseTheirWorkingTime for? A CaseStudyofThreeDistricts.PLoSONE 10(6): e0130633.[doi:10.1371/journal.pone.0130633](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130633).
- [89]. Hou Y, Moyinihan DP, Ingraham PW, (2003), Capacity, management, and performance: exploring the Links. American review of public administration, Vol. 33 No. 3, September 2003 295-315 DOI: 10.1177/0275074003251651
- [90]. HeerdegenACS, Aikins M, Amon S, AgyemangS, Wyss K, (2020), Managerial capacity among district health managersand its association with district performance: A comparative descriptive study of six districts in the Eastern Region of Ghana. PLoS ONE 15(1): e0227974. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227974>

ANNEXES

Annexes 1: Membres des EC ayant participé à la partie qualitative

Fonctions des membres d'EC	Qualification	Nombre total	Sexe		Ancienneté (années)
			Masculin	Féminin	
Médecins Chefs des DS	Docteur en Médecine	3	3	0	5, 7 et 15 ans
Médecins Superviseurs des DS	Docteur en Médecine	4	3	1	5, 5, 8 et 11 ans
Médecins directeurs d'hôpital	Docteur en Médecine	1	0	1	7 ans
Administrateurs-gestionnaires des DS	Admin.-gestionnaire	1	0	1	11 ans
Administrateur-gestionnaire d'hôpital	Admin.-gestionnaire	1	0	1	14 ans
Pharmaciens des DS	Pharmacien	4	1	3	4, 6, 12 et 12 ans
Superviseurs des Soins de Santé Primaires/DS	Infirmiers	4	4	0	4, 7, 8 et 16 ans
Superviseurs de l'animation communautaire du DS	Licencié en SP*	2	2	0	7 et 7 ans
Superviseurs des activités Lèpre et Tuberculose du DS	Infirmiers	1	0	1	12 ans
Superviseurs des activités Assainissement du DS	Techniciens	1	1	0	15 ans
Directeur de nursing de l'Hôpital	Infirmiers	3	2	1	4, 9 et 17 ans
Directrice d'une école infirmières	Infirmiers	1	0	1	5 ans
Infirmier titulaire d'un Centre de Santé de Référence	Infirmiers	1	0	1	6 ans
Total	-	27	16	11	-

Légende: **SP***: Santé Publique; **Admin.**: administrateur; **DS**: district sanitaire.

Annexe 2. Guide d’entretien de l’enquête qualitative

Bonjour Monsieur/Madame

1. Je voudrai que vous me parliez de l’organisation et du fonctionnement de votre district sanitaire?
2. Comment se présente la situation sanitaire du district sanitaire?
3. Quels ont été les problèmes prioritaires de santé (maladies, états, phénomènes, etc) de votre DS en 2018?
4. Quels ont été les problèmes prioritaires de développement et d’organisation des services des soins de santé en 2018 dans votre DS?
5. Quelles sont les structures de gestion, de leadership et de pilotage pouvant traiter de ces problèmes de développement et d’organisation des services des soins de santé dans votre DS?
6. Existe-t-il une équipe-cadre dans le DS? (si non, pourquoi?)
(Si oui) Quel est sa mission ou son rôle principal dans le DS?
Qui en sont les membres? Comment les membres sont-ils désignés pour faire partie de l’EC? Pourquoi ce mode de désignation des membres de l’EC? Quels sont les problèmes d’un tel mode désignation? Comment sont-ils organisés au sein de l’EC? Comment les membres sont-ils préparés pour entrer en fonction au sein de l’EC? Comment a fonctionné l’EC en 2018? Quelle opinion avez-vous concernant le fonctionnement de l’EC? A quoi les membres de l’EC ont-t-ils hebdomadairement consacré leurs temps, individuellement et collectivement, en tant que membres d’EC en 2018?
Quelles sont les activités réalisées individuellement et collectivement par les membres de l’EC en 2018?(Approfondir concernant chaque activité que le répondant a cité: Qui? A fait quoi? Où? Quand? Comment? Combien des fois? Pourquoi? Pour quel budget? A qui a-t-il rendu les comptes? Pour quel Feedback?)
7. Comment (et pour chaque aspect savoir le pourquoi) se présentent les capacités (les aptitudes) de votre EC en gestion et leadership du développement et d’organisation de la qualité des soins du DS? (explorer l’appréciation du répondant en ce qui concernant les aspects: nombre et la rotation, les compétences, le système de gestion, le cadre de travail, des membres de l’EC)?
8. Comment (et pour chaque aspect savoir le pourquoi) se présentent les performances (réalisations, résultats) de votre EC en matière de gestion et de leadership dans le DS? (explorer l’appréciation du répondant en ce qui concernant les aspects: production/prestation des services; maintien de la culture- de la motivation- des valeurs positives; adaptation/ ionreaction avec l’environnement ou le contexte local; l’assignation et l’atteinte des buts et des objectifs des membres de l’EC).
9. Que suggériez-vous pour améliorer les choses en rapport avec les capacités et les performances de l’EC dans l’accomplissement de sa mission de gestion, de leadership et de pilotage de votre DS?
10. Quel peut être votre mot de la fin de notre présent entretien?
Je vous remercie!

Annexe 3:Caractéristiques de l’échantillon des membres d’ECà la partie quantitative

N°	EC étudiées	Qualification des membres des EC				Sexe		Années révolues dans l’EC			Total des membres d’EC
		Admini stratifs	Infirmi ers	Médecins	Pharma cien	Femme s	Hommes	Mini mum	Maxi mum	Médiane	
01	EC Kamalondo	2	2	3	0	2	5	2	19	9	7
02	EC Kampemba	3	1	1	0	2	4	2	14	6	6
03	EC Katuba	2	2	3	1	2	6	0	12	3	8
04	EC Kenya	3	3	2	0	2	6	2	16	6,5	8
05	EC Kisanga	0	3	4	1	2	6	1	17	3	8
06	EC Lubumbashi	2	1	3	1	2	5	4	12	6	7
07	EC Mumbunda	1	4	2	1	3	5	0	15	2	8
08	EC Ruashi	1	2	3	1	3	4	2	11	4	7
09	EC Tshamilemba	2	2	3	1	2	6	3	16	5,5	8
10	Total (%)	16	20	24	6	20	47	NA	NA	NA	67

Annexe 4:Grille d'indicateurs (items du questionnaire) de la partie quantitative

Grandeur à évaluer	N°	Dimensions	Indicateur des capacités à vérifier l'existence auprès de chaque membre d'EC	Non	Oui
Capacités	1	Nombre et rotation	Avoir sa désignation de la division provinciale de la santé comme membre d'EC	0	1
			Avoir-vous une définition des tâches des responsabilités verticales au sein du DS	0	1
			Reconnaitre l'existence de la définition des responsabilités horizontales dans le DS	0	1
			Se reconnaître comme effectivement un des décideurs stratégiques pour le DS	0	1
			Sous-total (1)	0	4
	2	Compétences	Connaitre de façon claire et précise la mission d'une EC dans un DS	0	1
			Avoir reçu une formation en management des soins de santé primaires ou du DS	0	1
			Connaitre les compétences requises pour les membres d'EC du Référentiel ad hoc	0	1
			Connaitre qu'il existe un programme de renforcement continu des EC	0	1
			Sous-Total (2)	0	4
	3	Système d'appui ou de gestion	Attester que ses activités comme membre d'EC sont reprises dans plan d'action/DS	0	1
			Avoir reçu des outils de gestion, des équipements et des fournitures de travail	0	1
			Etre satisfait des relations entre le membre et les gestionnaires financiers de l'EC	0	1
			Attester que ses activités de membre d'EC ont été monitorées au premier semestre	0	1
			Sous-total (3)	0	4
	4	Environnement de travail	Avoir fait la reddition des comptes de ses actions aux autres membres d'EC	0	1
Avoir une couverture/statut juridique de protection dans la conduite des actions			0	1	
Avoir utilisés manuels ou guides des procédures de gestion et leadership du DS			0	1	
Avoir reçu au moins une supervision trimestrielle de l'EC par le niveau provincial			0	1	
Sous-total (4)			0	4	
Performances	1	Production des services	Avoir participé à l'élaboration du plan d'action opérationnel du DS	0	1
			Avoir participé à l'élaboration d'au moins une décision/une instruction	0	1
			Avoir participé à au moins deux réunions de l'EC au premier semestre 2018	0	1
			Attester qu'il y a eu au moins une session de monitoring des activités de l'EC	0	1
			Sous-total (5)	0	4
	2	Maintien des valeurs	Etre satisfait de la manière dont il est motivé pour son travail dans EC	0	1
			Etre satisfait de la manière dont les membres d'EC se réfèrent à son expertise	0	1
			Etre satisfait de l'esprit, des rôles et du travail en équipe au sein de l'EC	0	1
			Etre satisfait du climat, du consensus et de l'ambiance de travail dans l'EC	0	1
			Sous-Total (6)	0	4
	3	Adaptation au contexte environnement	Défini les priorités dans ses attributions avec tous les autres membres de l'EC	0	1
			Participé aux activités mobilisatrices des fonds de développement du DS	0	1
			Effectuer au moins une visite d'inspection de la viabilité des FOSA dans DS	0	1
			Participé à la validation des plateaux et prix des soins des FOSA dans le DS	0	1
			Sous-total (7)	0	4
	4	Atteinte des buts	Attester que la couverture sanitaire de la population en FOSA $\geq 75\%$	0	1
Attester que le taux d'utilisation des services curatifs du DS ≥ 50 NC/100NC			0	1	
Attester que le taux de référence entre les deux échelons des soins du DS $\geq 5\%$			0	1	
Attester que le taux de réalisation d'activités et décisions d'EC prévues $\geq 75\%$			0	1	
Sous-total (8)			0	4	

Note: Dans le temps, la période de référence des indicateurs (questions) est celle du premier semestre 2018. Les éléments visés sont spécifiquement ceux liés au rôle joué comme membre de l'EC du DS.

Annexe 5: Statut des membres de l'échantillon par rapport à leur entrée au sein des EC des neuf DS

N°	EC DES DS ETUDIÉES	Ancien du même DS		Venus hors du DS				TOTAL DES MEMBRES	
		BCDS	Hors BCDS	Venu d'un DS rural		Venu d'un DS urbain			Venu des ETUDES
				Venu d'EC	Hors EC	Venu d'EC	Hors EC		
01	EC Kamalondo	1	3	1	1	0	0	1	7
02	EC Kampemba	0	3	0	1	1	1	0	6
03	EC Katuba	0	1	1	0	4	2	0	8
04	EC Kenya	2	1	1	0	0	3	1	8
05	EC Kisanga	1	4	1	1	1	0	0	8
06	EC Lubumbashi	1	2	0	2	1	1	0	7
07	EC Mumbunda	1	0	0	0	2	3	2	8
08	EC Ruashi	0	3	0	2	1	1	0	7
09	EC Tshamilemba	0	1	1	1	2	2	1	8
10	Total (%)	6 (8,9%)	18 (26,8%)	5 (7,4%)	8 (11,9%)	12 (17,9%)	13 (19,4%)	5 (7,4%)	67

Chuy KD, et al. "Capacités et performances des équipes-cadres des districts sanitaires dans la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo." *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 9(2), 2020, pp. 44-60.