

## Soutien du niveau intermédiaire du système au district de santé : Perceptions des équipes de district de santé du Nord Kivu à l'est de la RDC

### [ Intermediate health system level support to health district: Perceptions of health district teams in North Kivu, eastern DRC ]

Jean-Bosco Kahindo Mbeva<sup>1-2-3-4</sup>, Mitangala Ndeba Prudence<sup>1-2-5</sup>, Edgar Tsongo Musubao<sup>1</sup>, Mahamba Nzanzu<sup>1</sup>, Lévis Kahandukya Nyavanda<sup>4</sup>, Janvier Kubuya Bonane<sup>6</sup>, and Denis Porignon<sup>7</sup>

<sup>1</sup>ULB Coopération, PADISS, Bureau de Goma, RD Congo

<sup>2</sup>Université Officielle de Ruwenzori (UOR), Butembo, RD Congo

<sup>3</sup>Université Catholique du Graben (UCG), Butembo, RD Congo

<sup>4</sup>Université Libre des Pays des Grands Lacs (ULPGL), Goma, Nord-Kivu, RD Congo

<sup>5</sup>Université Catholique de Bukavu (UCB), Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

<sup>6</sup>Division provinciale de la santé du Nord Kivu, Goma, Nord-Kivu, RD Congo

<sup>7</sup>Université de Liège (ULG), Liège, Belgium

Copyright © 2021 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** *Introduction:* In connection with the reform of the intermediate level of the health system in the DRC, this article describes the perceptions of health district teams, regarding to intermediate health level support, in North Kivu province. *Methodology:* This descriptive cross-sectional study conducted a self-administered questionnaire survey of senior staff in 34 health districts in North Kivu. The collected data was encoded and analyzed using SPSS version 26 software. *Results:* More than 85% of health district managers (29/34 districts) view positively the support and coaching at the intermediate level, in terms of the adequacy of the accompanying object, the gradient of the competences of the supervisors, the capacity building, the support for problem-solving and the progress on the path of revitalization of health districts. On the other hand, these perceptions are nuanced about the availability of framers, the frequency of accompanying visits, the juxtaposition of these visits on other activities and the effects on the use of services and the protection of users from financial risks. These perceptions do not vary by gender, age, occupational categories, and seniority in function and within the health district ( $p>0.05$ ). *Discussion and conclusion:* These results show the value of more coherence, proactivity and responsiveness in support and reform of the intermediate level, to strengthen its impact on the performance of health district teams.

**KEYWORDS:** Health system, health district, supervision, intermediate level, Universal health coverage, Democratic Republic of Congo.

**RESUME:** *Introduction:* En lien avec la réforme du niveau intermédiaire du système de santé en RDC, cet article décrit les perceptions des équipes des districts de santé, vis-à-vis du soutien du niveau intermédiaire, dans la province du Nord Kivu. *Méthodologie:* Cette étude transversale descriptive a procédé par une enquête par questionnaire auto-administré auprès des personnels cadres de 34 districts sanitaires du Nord Kivu. Les données collectées ont été encodées et analysées grâce au logiciel

SPSS version 26. *Résultats*: Plus de 85% des cadres de district de santé (29/34 districts) perçoivent positivement le support et l'accompagnement par le niveau intermédiaire, au point de vue de l'adéquation de l'objet d'accompagnement, du gradient des compétences des encadreurs, du renforcement des capacités, du support à la résolution des problèmes et de la progression sur la voie de revitalisation des districts de santé. En revanche, ces perceptions sont nuancées au sujet de la disponibilité des encadreurs, de la fréquence des visites d'accompagnement, de la juxtaposition de ces dernières sur d'autres activités et des effets sur l'utilisation des services et la protection des usagers contre les risques financiers. Ces perceptions ne sont pas variables selon le sexe, l'âge, la catégorie professionnelle et l'ancienneté dans la fonction et au sein du district de santé ( $p>0,05$ ). *Discussion et Conclusion*: Ces résultats, montrent l'intérêt de de plus de cohérence, de proactivité et de réactivité dans le support et la réforme du niveau intermédiaire, pour renforcer son impact sur les performances des équipes des districts de santé.

**MOTS-CLEFS**: Système sanitaire, district de santé, supervision, niveau intermédiaire, Couverture santé universelle, République Démocratique du Congo.

## 1 INTRODUCTION

La réforme du niveau intermédiaire (provincial) du système sanitaire en République démocratique du Congo (RDC) a été entreprise depuis les années 2012 [1]. Elle est menée en lien avec les orientations préconisées par l'OMS en 2008 dans le cadre du renouveau des soins de santé primaires [2], la réforme de l'administration publique en RDC et la vision imprimée par la stratégie de renforcement du système de santé en RDC [3]. Cette réforme met un focus particulier sur le soutien de la revitalisation des districts de santé<sup>1</sup>. Bien avant cette réforme, le niveau intermédiaire du système sanitaire était constitué d'une structure dénommée inspection provinciale de la santé. Cette structure cumulait, bien que de façon différenciée selon les provinces, plus des fonctions relevant du contrôle de l'implémentation des politiques, des normes et des directives édictées par le niveau central du ministère de la santé, que celles relevant du soutien au district de santé [4]. Cette réforme impliquait une mutation de l'ancienne structure du niveau intermédiaire du système sanitaire, en deux nouvelles structures: l'inspection provinciale de la santé (IPS), avec des fonctions axées sur le contrôle, et la Division provinciale de la santé (DPS) avec des fonctions orientées plus vers le support socio technique à la revitalisation et au développement des districts de santé [5]. Ces deux structures réformées du niveau intermédiaire du système sanitaire fonctionnent sous l'autorité du gouvernement provincial, tout en maintenant des liens fonctionnels avec les structures des prestations des soins et d'autres services de santé du niveau provincial et certains liens hiérarchiques avec le niveau central du ministère de la Santé.

Les fonctions orientées vers le support socio technique des districts de santé, font notamment référence à la supervision et l'accompagnement des équipes de districts de santé. L'importance de la supervision et de l'accompagnement des personnels de santé pour améliorer ses performances a été fortement argumentée par l'OMS en 2006 [6] et par bien d'autres auteurs en RDC [7], [8], [5], [9], [10], [11] et hors de la RDC au niveau global [12], [13] et dans certains autres pays disposant des systèmes de santé structurés, comme le Sénégal [14], le Ghana [15], la Tanzanie et le Malawi [16], et le Kenya [17]. L'exercice de cette activité, dont la structuration a été bien documentée depuis les années 1988 par Flahaut et al [12] pour soutenir les prestations des soins au niveau du district de santé, est cruciale surtout dans des contextes de ressources humaines limitées, en termes de renforcement des capacités des personnels de santé [18], de motivation et de soutien à la résolution des problèmes par ces derniers [16].

La plupart d'études consultées dans ce domaine, se sont plus intéressées aux supervisions des équipes cadres des districts vers les personnels œuvrant au sein des services de santé. Peu d'études se sont intéressées aux processus de supervisions et d'accompagnement du niveau intermédiaire (provincial) vers les équipes des districts de santé et plus particulièrement à leurs perceptions du soutien reçu du niveau intermédiaire du système sanitaire.

Dans le contexte actuel de la RDC qui s'engage sur la voie de la couverture santé universelle (CSU), avec un accent particulier sur l'intégration et la qualité des services de santé essentiels [19], la question posée est de savoir si le support apporté par le

---

<sup>1</sup> En RDC, le district de santé, selon l'acception de l'OMS, correspond à la zone de santé

niveau intermédiaire du système sanitaire, rencontre les attentes des équipes de pilotage des districts de santé, particulièrement dans la province du Nord Kivu, à l'Est de la RDC.

En vue d'apporter quelques éléments de réponse à cette question, cet article décrit les perceptions des équipes de pilotage des districts de santé vis-à-vis du soutien apporté par le niveau intermédiaire du système sanitaire, dans la province du Nord Kivu, à l'Est de la RDC; la finalité étant d'apprécier l'adéquation du processus et du soutien apporté à ces équipes, dans une optique d'une démarche qualité, dans l'exercice de cette fonction essentielle du niveau intermédiaire du système sanitaire en RDC.

## **2 METHODOLOGIE**

Il s'est agi d'une étude quantitative transversale et descriptive, réalisée sous forme d'enquête par questionnaire auto-administré, entre septembre et décembre 2020, auprès des membres des équipes de pilotage de 34 districts de santé que compte la province du Nord Kivu, à l'Est de la RDC.

### **2.1 LIEUX D'ETUDE**

La province du Nord Kivu, à l'Est de la RDC et lieu d'étude, compte d'après les données sanitaires, une population estimée à près de 9,6 millions d'habitants en 2020 [20]. En termes d'effectifs de populations, elle occupe la deuxième province de la RDC après la ville-province de Kinshasa. Elle est confrontée depuis plus de deux décennies à une situation socio-politique et économique critique liée à des groupes armés endémiques locaux et étrangers [21], une situation contrastant avec le dynamisme de sa population.

Cette population est desservie par un système sanitaire, qui comporte au niveau provincial, un ministère provincial en charge de la santé, une division de la santé, un hôpital provincial de référence secondaire, une centrale régionale des médicaments essentiels, un laboratoire provincial et une inspection provinciale de la santé. Au niveau opérationnel, la province, compte 34 districts de santé, au sein desquels fonctionnent une offre de soins constituée de 33 hôpitaux de référence primaire, 106 autres structures hospitalières, 98 centres de santé de référence, 602 centres de santé et 263 postes de santé et dispensaires. Chaque district de santé est géré au quotidien par une équipe cadre de district, comprenant 5 personnes (Médecin chef de district, Médecin directeur de l'hôpital de référence, Administrateur gestionnaire, Infirmier superviseur, Directeur de Nursing de l'hôpital de référence), avec du personnel d'appoint. L'équipe cadre de district, avec le concours du personnel d'appoint, se partage les responsabilités de pilotage du district de santé, de prestations au sein de l'hôpital de district et de soutien des centres de santé.

Les deux dernières années et le début de l'année 2021, le Nord Kivu a fait face à deux épidémies de maladie à Virus Ebola (10<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> épidémies) et à la Covid-19. Contrairement à la dixième épidémie de maladie à virus Ebola, très meurtrière avec 2200 vies fauchées et qui d'après le Groupe d'Etude sur le Congo, fut l'objet d'une gestion parallèle face à un système de santé fragile [22], la douzième épidémie, dont le premier cas a été confirmé au laboratoire le 6 février 2021, a fait l'objet d'une stratégie de riposte qui s'appuie sur le système et les services des districts de santé en place.

### **2.2 STRUCTURATION DU PROCESSUS DE SOUTIEN ET D'ACCOMPAGNEMENT DES ÉQUIPES DE DISTRICT DE SANTE AU NORD KIVU**

D'après les prescrits de la réforme du système sanitaire en RDC [1], [23], la responsabilité première de soutien aux équipes des districts de santé a été confiée à la Division provinciale de la santé. Cette dernière coordonne et exerce cette fonction, en ayant comme interface un bureau d'appui technique, qui dispose en son sein, des encadreurs provinciaux polyvalents (EPP). Le bureau d'appui technique interagit et met en contribution les 5 autres bureaux de la Division provinciale de la Santé et l'hôpital provincial, en fonction des besoins identifiés de support aux districts de santé.

En 2016, un atelier avait été organisé avec l'équipe réformée de la Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu en vue de faire émerger un consensus et structurer le processus de soutien et d'accompagnement des équipes des districts de santé par le niveau intermédiaire (Figure 1). L'option de basculer d'un modèle hiérarchique et normatif de support vers un modèle d'accompagnement visant le renforcement des capacités, l'autonomisation des équipes et le soutien à la résolution des problèmes par ces dernières, avait été levée. Les encadreurs provinciaux polyvalents (EPP) avaient été responsabilisés, en raison d'un encadreur pour 2 à 3 districts de santé, pour coordonner le processus, dans le cadre d'un plan semestriel d'encadrement. Dans cette optique, ils sont tenus à mobiliser, en cas de besoin, des encadreurs spécialisés dans certains domaines comme ceux des prestations cliniques (spécialistes cliniciens de l'hôpital provincial), des programmes spécialisés (Tuberculose, Paludisme, Nutrition, Transfusion sanguine, etc.), de gestion des ressources (humaines, financières,

médicaments, ...), etc... En vue de renforcer la qualité de cet accompagnement, il avait été levé une option visant à systématiser la préparation des visites d'accompagnement, en s'appuyant sur l'exploitation des informations sanitaires et d'autres ressources. Enfin, il avait été décidé de systématiser la tenue des réunions trimestrielles d'évaluation et programmation des missions d'accompagnement et l'organisation, une fois l'an, d'une enquête de satisfaction auprès des équipes de gestion des districts. Les résultats issus de ces enquêtes devraient être partagés et capitalisés, afin d'améliorer le support apporté aux équipes des districts de santé.

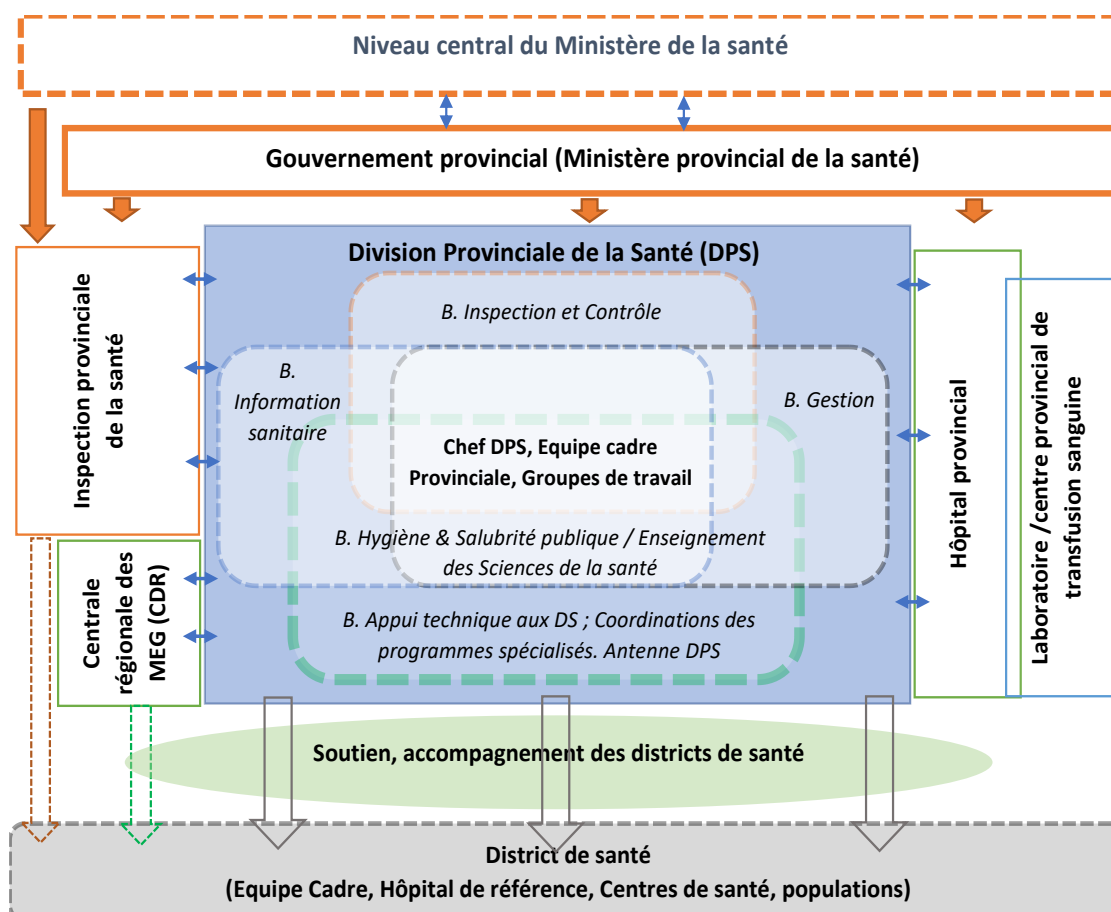


Fig. 1. Modélisation des interactions et du support aux districts de santé au Nord Kivu, RDC, 2016

### 2.3 ECHANTILLONNAGE ET COLLECTE DES DONNEES

Le questionnaire d'enquête avait été préalablement validé au niveau du groupe de travail informations sanitaires de la Division provinciale de la santé du Nord Kivu et son contenu expliqué aux cadres des 34 districts de santé présents au cours de l'atelier de la revue des activités des soins de santé primaires tenu dans la ville de Butembo en septembre 2020.

Il s'est agi d'un échantillonnage exhaustif. Le questionnaire a été adressé à tous les 170 membres des équipes cadres des 34 districts de santé opérationnels au Nord Kivu.

### 2.4 COLLECTE DES DONNEES

Le questionnaire était individuellement auto-administré par chacun des membres de l'équipe cadre de district de santé. Le questionnaire portait sur les cinq thèmes suivants: (i) le profil du répondant, en termes d'âge, sexe, qualifications et prestations; (ii) ses perceptions des processus d'accompagnement; (iii) son niveau d'appréciation sur une échelle allant de 1 à 5 (Médiocre, Assez bien, Bien, très bien, Excellent) des effets du soutien reçu au cours de l'an 2020, sur les 5 domaines de revitalisation du district de santé, ainsi que l'utilisation des services de santé et la réduction des barrières financières dans l'accès aux services de santé; (iv) ses attentes en termes d'aspects à améliorer; (v) enfin, ses perceptions sur le niveau de

progression du district sur la voie revitalisation du district de santé, tel qu'indiqué par la Stratégie de renforcement du système de santé en RDC (SRSS en sigle).

La collecte des données de l'étude avait été réalisée entre septembre et décembre 2020.

## 2.5 ANALYSE DES DONNEES

Les données collectées avaient été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 26. Les comparaisons des proportions avaient été faites avec le test du Chi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher. Pour comparer les moyennes, le test d'analyse de variance (Anova) avait été utilisé. Le seuil de signification considéré était de 0,05.

## 2.6 CONSIDERATIONS ÉTHIQUES

L'étude avait été conduite selon un protocole de recherche et un questionnaire préalablement soumis au groupe de travail informations sanitaires de la Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu. La participation des cadres des districts avait été volontaire et l'anonymat avait été observé tout au long du processus de collecte et d'analyse des données.

## 3 RESULTATS

### 3.1 PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE ET PROFESSIONNEL DES CADRES DES DISTRICTS DE SANTE AYANT PARTICIPE À L'ETUDE

Sur un total de 170 cadres à qui le questionnaire avait été adressé, 152 cadres avaient répondu au questionnaire, soit une proportion de réponses de 89,4%. Le profil socio démographique et professionnel des cadres de districts de santé ayant répondu au questionnaire est repris dans le tableau 1.

**Tableau 1.** Paramètres sociodémographiques et professionnelles des répondants à l'enquête de satisfaction des cadres des zones de santé de la province du Nord Kivu face au soutien reçu de la division provinciale de la santé du Nord Kivu en 2020, RDC

Paramètres	Caractéristiques des paramètres des enquêtés		
	Moyenne (D S)	Médiane (Min – Max)	Proportion (%)
Age en années (n = 145)	44,7 (7,9)		
Sexe (n = 152)			
Féminin			11,8
Professions (n = 148)			
Médecins			34,5
Infirmiers			40,5
Gestionnaires			16,2
Autres			8,8
Prestations régulières			
Au sein de l'équipe cadre (n = 151)			92,3
Au sein de l'hôpital de référence (n = 146)			60,3
Au sein de l'hôpital de référence et de l'équipe cadre (n = 145)			51,7
Ancienneté en années			
Dans le district de santé (n =152)		9,0 (1 – 37)	
Dans la fonction (n = 152)		7,0 (1 – 35)	

Les répondants de sexe féminin avaient un âge plus faible [41,3 ans (7,7) (n = 18)] comparés à ceux de sexe masculin [45,1 ans (7,8) (n = 127)], mais la différence n'était pas statistiquement significative (p=0,052).

Les âges moyens respectifs en années (déviations standard) étaient de 43,5 (6,4) pour les médecins (n = 51), de 46,7 (8,2) pour les infirmiers (n = 58), de 40,7 (6,1) pour les gestionnaires (n = 21) et de 45,0 (11,7) pour les autres professionnels (n = 11). Les gestionnaires avaient un âge significativement inférieur comparés aux infirmiers (p = 0,014).

L'ancienneté [médiane (min - max)] en années des médecins (n = 51) dans le district de santé était de 7 (1 – 37) et significativement plus faible que celles des autres professions (p = 0,006). Pour les autres professions les anciennetés respectives [médiane (min - max)] en années étaient de 14 (1 – 30) pour les infirmiers (n = 60), de 9 (1 – 17) pour les gestionnaires (n=24), et de 10 (4 – 35) pour les autres professions (n = 13).

Il en a été de même pour l'ancienneté dans la fonction. L'ancienneté [médiane (min - max)] en années des médecins (n = 51) dans la fonction était de 5 (1 – 35) et significativement plus faible que celles des autres professions (p = 0,019). Pour les autres professions les anciennetés respectives [médiane (min - max)] en années étaient de 9 (1 – 29) pour les infirmiers (n = 60), de 9 (2 – 19) pour les gestionnaires (n=24), et de 9 (4 – 20) pour les autres professions (n = 13).

Les prestations régulières à l'hôpital de référence du district et au sein de l'équipe-cadre de district à la fois, étaient significativement plus fréquentes parmi les médecins 75,5% (n=49) comparés aux infirmiers 44% (n = 56), aux gestionnaires 30,4% (n = 23) et aux autres professions 30,8 (n=13) (p < 0,001).

### 3.2 PERCEPTIONS DES CADRES DES DISTRICTS DE SANTE SUR LE PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT DES DISTRICTS DE SANTE PAR LE NIVEAU INTERMEDIAIRE DU SYSTEME SANITAIRE DANS LA PROVINCE DU NORD KIVU

Le processus d'accompagnement avait été globalement moins bien perçu par les cadres des districts de santé, en termes de fréquence des visites, de disponibilité des encadreurs et de superposition avec des visites du niveau intermédiaire au niveau des districts de santé. En revanche et pour plus de 85% des cadres des districts, le soutien apporté par le niveau intermédiaire avait été perçu positivement, au point de vue du gradient des compétences de l'encadreur, de l'adéquation de l'accompagnement par rapport aux besoins, du renforcement effectif des capacités des bénéficiaires, du soutien effectif à la résolution des problèmes auxquels les équipes sont confrontées et de l'utilité réelle du support apporté par les encadreurs du niveau intermédiaire.

Le tableau 2 donne les détails sur les perceptions des cadres des districts de santé.

**Tableau 2.** *Perceptions des cadres des districts de santé face au processus de soutien reçu du niveau intermédiaire du système sanitaire en 2020, Province du Nord Kivu, RDC*

Dimensions de perceptions des processus d'accompagnement et de supervision des personnels des districts de santé par le niveau intermédiaire	Proportions des cadres des avec des perceptions en faveur (Oui) (%)
Fréquence suffisante des visites d'accompagnement des districts de santé (n = 146)	53,4
Absence de télescopage des visites sur terrain dans les districts de santé (n = 145)	47,6
Disponibilité de l'encadreur à la demande (n = 147)	66,7
Adéquation de l'objet d'accompagnement avec les attentes des cadres et personnels des districts de santé (n = 146)	91,1
Reconnaissance par les cadres des districts de santé du gradient de compétences de l'encadreur (n = 144)	93,1
Renforcement effectif des capacités des cadres de santé en leadership et gouvernance de district de santé (n = 145)	89,0
Renforcement effectif des capacités d'organisation des prestations des services de santé (n = 147)	90,5
Renforcement effectif des capacités d'analyse des données sanitaires et de résolution problèmes au sein du district de santé (n = 144)	85,4
Pertinence du feed-back formulé par l'encadreur (n = 144)	91,7
Utilité globale des visites d'accompagnement des districts de santé (n = 146)	93,8

Rapporté aux districts de santé, l'utilité globale du support reçu, avait perçue positivement pour 29 des 34 districts de santé du Nord Kivu.

### 3.3 PERCEPTIONS DES EFFETS DU PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN SUR LES PERFORMANCES DES DISTRICTS DE SANTE

La perception des effets du support du niveau intermédiaire sur les performances des districts de santé avait été globalement satisfaisante. En effet dans plus de 90% des cas, la plus-value du support et de l'accompagnement du niveau intermédiaire sur le renforcement des performances des districts de santé avait été perçue, au minimum, bonne. Les détails sur les niveaux de perceptions sont détaillés dans le tableau 3.

**Tableau 3.** Niveaux de perceptions des effets de l'accompagnement et soutien des cadres du niveau intermédiaire sur les performances des districts de santé en 2020, Province du Nord Kivu, RDC

Domaines d'appréciation des effets du soutien et accompagnement	Niveaux de perceptions des effets du soutien du niveau intermédiaire aux équipes de district de santé (proportions) (%)				
	Médiocre	Assez bon	Bon	Très bon	Excellent
Renforcement du leadership et de la gouvernance du district de santé (n = 148)	3,4	7,4	47,3	38,5	3,4
Amélioration de la Couverture sanitaire du district de santé (n = 150)	8,7	23,3	46,0	21,3	0,7
Rationalisation des services de santé du district (n = 149)	7,4	16,1	55,0	20,1	1,3
Amélioration de la qualité des prestations des soins (n = 150)	4,0	8,7	53,3	31,3	2,7
Amélioration de la participation communautaire (n = 148)	2,7	16,2	54,7	24,3	2,0
Accroissement de l'utilisation des services (n = 150)	5,3	10,0	56,0	28,0	0,7
Renforcement de la protection financière des usagers (n = 149)	14,8	29,5	37,6	17,4	0,7
<b>Globalement (n = 144)</b>	<b>1,4</b>	<b>6,3</b>	<b>47,2</b>	<b>42,4</b>	<b>2,8</b>

Aucune différence statistiquement significative de niveau global de perception des effets d'accompagnement n'avait été observée, selon le sexe, l'âge, la catégorie professionnelle, l'ancienneté dans le district de santé, l'ancienneté dans la fonction et le fait que le sujet preste régulièrement au sein de l'équipe cadre ou de l'hôpital de référence (tableau 4).

**Tableau 4.** Niveaux globaux de perceptions des effets de l'accompagnement et soutien des cadres du niveau intermédiaire sur les performances des districts de santé selon les caractéristiques des répondants en 2020, Province du Nord Kivu, RDC

Caractéristiques des répondants	Niveau de perception globale (%)					p
	Médiocre	Assez bon	Bon	Très bon	Excellent	
<b>Sexe du répondant</b>						
Féminin (n = 16)	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,89*
Masculin (n= 128)	1,6	7,0	46,9	41,4	3,1	
<b>Prestations régulières à l'ECZS</b>						
Oui (n = 131)	0,8	6,9	45,8	43,5	3,1	0,18*
Non (n = 12)	8,3	0,0	66,7	25,0	0,0	
<b>Prestations régulières à l'HGR</b>						
Oui (n = 88)	1,1	2,3	48,9	44,3	3,4	0,10*
Non (n = 51)	2,0	13,7	43,1	39,2	2,0	
<b>Prestations régulières à l'HGR et à l'ECZS</b>						
Oui (n = 75)	0,0	2,7	46,7	46,7	4,0	0,10*
Non (n = 63)	3,2	11,1	47,6	36,5	1,6	
<b>Catégorie professionnelle</b>						
Médecin (n=50)	2,0	4,0	50,0	42,0	2,0	0,10*
Infirmier (n = 58)	1,7	5,2	48,3	43,1	1,7	
Gestionnaire (n = 23)	0,0	4,3	34,8	52,2	8,7	
Autre (n = 9)	0,0	22,2	55,6	22,2	0,0	
<b>Ancienneté dans la zone de santé</b>						
> 5 ans (n = 104)	0,0	4,8	51,9	40,4	2,9	0,07*
≤ 5 ans (n = 40)	5,0	10,0	35,0	47,5	2,5	
<b>Ancienneté dans la fonction</b>						
> 5 ans (n = 83)	0,0	7,2	53,0	36,1	3,6	0,15*
≤ 5 ans (n = 61)	3,3	4,9	39,3	50,8	1,6	
* Test exact de Fisher						

### 3.4 PERCEPTIONS DE LA PROGRESSION DES DISTRICTS DE SANTE SUR LA VOIE DE LA REVITALISATION INDIQUEE PAR LA STRATEGIE DE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE EN RDC (SRSS)

Dans plus de 90% des cas, la perception par les cadres des districts de santé de la progression des districts sur la voie indiquée par la SRSS avait été, au minimum, bonne.

**Tableau 5.** Perceptions des effets de l'accompagnement et soutien des cadres du niveau intermédiaire sur progression des districts de santé sur la voie indiquée par la SRSS en 2020, Province du Nord Kivu, RDC

Perception de la progression des districts de santé sur la voie de la SRSS	Fréquences	Proportions (%)
Médiocre	0	0
Assez bon	9	7,5
Bon	64	53,3
Très bon	44	36,7
Excellent	3	2,5
Total	120	100,0

Comme le montre le tableau 6, le niveau de perception de la progression des districts de santé sur la voie indiquée par la SRSS avait été variable selon le niveau de perception de la plus-value de l'accompagnement du niveau intermédiaire sur les performances des districts de santé.



**Tableau 6.** Niveau de perceptions de la progression des districts de santé sur la voie indiquée par la SRSS selon le niveau global d'appréciation du soutien du niveau intermédiaire aux districts de santé en 2020 Province du Nord Kivu, RDC

Perception de la progression sur la voie de la SRSS	Niveau global de perception de l'accompagnement /support des districts de santé par le niveau intermédiaire					p
	Médiocre	% Assez bon	Bon	Très bon	Excellent	
Assez bon (n = 8)	0,0	37,5	50,0	12,5	0,0	< 0,001
Bon (n = 61)	0,0	6,6	65,6	26,2	1,6	
Très bon (n = 43)	0,0	0,0	23,3	76,7	0,0	
Excellent (n = 3)	0,0	0,0	0,0	33,3	66,7	

\* Test exact de Fisher

### 3.5 LES AMELIORATIONS ATTENDUES DU PROCESSUS DE SOUTIEN ET D'ACCOMPAGNEMENT DES DISTRICTS DE SANTE PAR LE NIVEAU INTERMEDIAIRE

Dans plus de 80% des cas, le souhait d'intégrer davantage l'accompagnement plus ciblé sur les programmes spécialisés dans l'accompagnement global, et une plus grande mobilisation du support orientée sur les aspects cliniques avait été formulé. En revanche, dans moins de 20% des cas, des attentes en termes de changement d'encadreurs, par ceux plus disponibles pour plus compétents avaient été formulées (tableau 7).

**Tableau 7.** Attentes des cadres des districts en vue de l'amélioration du soutien du niveau intermédiaire aux districts de santé en 2020, Province du Nord Kivu, RDC

Attentes en vue d'amélioration du soutien du niveau intermédiaire aux districts de santé	Proportions (%)
Intégrer davantage l'accompagnement ciblé sur les aspects cliniques (n = 140)	85,7
Mieux articuler l'accompagnement global avec les supervisions ciblées sur les programmes spécialisés (n = 145)	82,1
Changer l'encadreur actuel par un encadreur plus compétent (n = 144)	11,1
Changer l'encadreur actuel par un encadreur plus disponible (n = 143)	18,2

## 4 DISCUSSION

Notre étude avait pour objectif de décrire les perceptions des cadres des districts de santé de la province du Nord Kivu, à l'Est de la RDC, vis-à-vis du soutien et de l'accompagnement dont ils ont été bénéficiaires de la part du niveau intermédiaire du système sanitaire au cours de l'an 2020. Les résultats de cette étude mettent en évidence des perceptions globalement positives des cadres des districts de santé vis-à-vis des processus de soutien et d'accompagnement par le niveau intermédiaire du système sanitaire en 2020 ainsi que de leurs effets sur le renforcement des capacités des équipes et des performances dans la gestion et les prestations au sein des districts de santé.

Avant de discuter les principaux résultats de cette étude, il importe d'aborder les quelques limites de cette étude. La première limite tient à un possible biais de désirabilité. En effet, dans un contexte où la hiérarchie est très respectée, il se pourrait que dans certains cas, les cadres des districts aient nuancé leurs perceptions vis-à-vis du support du niveau intermédiaire. Cette limite pourrait avoir été amenuisée, par le fait que cette étude s'inscrit dans une pratique datant de quatre ans. L'utilité en termes d'amélioration de la qualité d'accompagnement avait été expliquée aux participants à l'étude. En outre, la longévité des répondants dans leurs fonctions et au sein des districts de santé, permet d'espérer une plus pertinence de perceptions formulées. La deuxième limite possible concerne le ciblage des cadres de gestion des districts. Toutefois, comme l'indiquent les résultats de l'étude, dans plus de 60% des cas, ces enquêtés étaient en même temps des prestataires réguliers des hôpitaux des districts de santé.

En dépit de ces limites, notre étude le mérite de s'intéresser aux perceptions des bénéficiaires d'un soutien au sein du système de santé. A notre connaissance, elle est l'une des rares études qui se sont intéressées à la perception des personnes supervisées par un niveau supérieur particulièrement en RDC.

Les résultats de cette étude fournissent des indications intéressantes qu'il importe de discuter, au sujet du profil des cadres des districts de santé et de leurs prestations hospitalières, de la régularité dans le processus d'accompagnement, et de la

progression sur la voie de restructuration des districts de santé selon la stratégie sectorielle en RDC. Ces éléments sont discutés, au regard des fonctions attribuées au niveau intermédiaire du système sanitaire dans le cadre de la réforme et de la volonté de la RDC de progresser vers la couverture santé universelle (CSU).

Le profil des cadres de districts montre un âge moyen de 44,7 ans, une ancienneté médiane de 9 ans au sein du district et de 7 dans la fonction, une minorité féminine, une prépondérance des médecins et infirmiers. Des prestations régulières au sein de l'hôpital de référence sont notées. Dans le contexte de la RDC, pays dont l'espérance de vie est évaluée à 60,5 ans en 2016 [24], ce niveau d'âge moyen pose question. Un processus de renouvellement, qui prend en compte les valeurs sous-jacentes aux soins de santé primaires, devrait être planifié et engagé. La minorité féminine traduit partiellement les inégalités des genres subsistantes en RDC au point de vue de l'accès à l'enseignement en RDC et à l'emploi à des postes dans des districts de santé ruraux du Nord Kivu. Ces districts de santé ruraux du Nord Kivu, pour la plupart, côtoient l'insécurité au quotidien. Dans cette région de l'Est de la RDC où les conflits ont été les plus meurtriers depuis la seconde guerre mondiale, les femmes sont les grandes victimes [25]. La persistance de cette situation d'insécurité depuis près de 20 ans dans la province pourrait répugner les prestataires de sexe féminin à œuvrer dans ce milieu. La proportion des cadres de districts prestant régulièrement au sein des hôpitaux de district de santé, bien non encore suffisante, s'inscrit dans les orientations formulées dans la stratégie sectorielle de renforcement du système de santé en RDC [3].

L'accompagnement et le support du niveau intermédiaire aux personnels des districts de santé en RDC constituent la principale fonction dévolue au niveau intermédiaire par la réforme du système de santé en RDC [3], [26]. Cette fonction, dont la finalité est de tirer le meilleur parti des personnels de santé, en vue de leurs performances [6], requiert une régularité dans son exercice. Dans notre étude, pour environ un cas sur deux, les perceptions des cadres des districts montrent une fréquence insuffisante des visites d'accompagnement, une disponibilité limitée de l'encadreur à la demande et un télescopage des précieux moments d'accompagnement avec d'autres activités. Ces perceptions semblent indiquer un éloignement des pratiques d'accompagnement avec la régularité et la continuité souhaitées. Les fréquences limitées des visites d'accompagnement et la disponibilité limitée des encadreurs pourraient s'expliquer par l'effectif réduit de l'équipe réformée du niveau provincial, notamment les encadreurs des districts, qui de fait, se sont occupées, en 2020 de 3 à 4 districts de santé à la fois, alors que le contexte de la Covid-19 nécessitait un appui plus soutenu des districts de santé par le niveau intermédiaire du système sanitaire. Le phénomène de chevauchement avec d'autres activités, pourrait s'expliquer par le niveau non encore suffisant d'intégration des financements et des actions des programmes spécialisés au niveau intermédiaire. Ces deux difficultés posent question par rapport aux rôles de régulation et d'appui effectif du niveau central du ministère de la santé et des autorités provinciales vis-à-vis du niveau intermédiaire du système sanitaire. En effet, c'est d'eux que dépendent la mise en place effective des ressources humaines et l'intégration des programmes spécialisés au niveau provincial du système sanitaire dans le cadre de la réforme, dont le processus semble inachevé sur ces deux points.

En dépit des écueils abordés dans la précédente section, l'accompagnement et le support des équipes de districts par le niveau intermédiaire sont globalement perçus positivement par les cadres des districts de santé, au point de vue du renforcement de leurs capacités et leurs performances. Ces résultats rejoignent ceux d'une étude menée en Tanzanie [27]. Cette étude a montré combien les supervisions formatives renforçaient la gestion des ressources humaines, et en particulier la motivation et les performances du personnel de santé. Comme l'ont indiqué deux études, l'une menée au Rwanda sur les perceptions des personnels de santé sur les fonctions évaluatives et formatives de leurs superviseurs [28], et l'autre au Botswana sur les pratiques de supervisions [29], les personnels de santé du niveau opérationnel sont plus demandeurs de soutien et de renforcement de leurs capacités, que d'évaluation de leurs performances. Pour le cas du Nord Kivu, les résultats de cette étude montrent une plus grande adéquation de l'accompagnement avec les attentes réelles des équipes de district, le renforcement effectif de leurs capacités et le support à la résolution des problèmes. Ces perceptions, semblent indiquer un changement de paradigme d'encadrement, qui passe d'un modèle administratif et normatif vers un modèle formatif et de soutien des équipes. Comme l'ont décrit Marquez et Kean [30], le paradigme formatif de l'accompagnement met un accent particulier sur l'identification et la résolution des problèmes en équipe et sur l'optimisation de l'allocation des ressources dans la résolution des problèmes identifiés. Ce paradigme qui s'inscrit dans une approche systémique, implique, pour l'encadreur, de mobiliser à bon escient, certains principes et stratégies de formation et d'apprentissage des adultes, tels que décrits par Faulx et Danse [31].

La perception par les cadres de district du gradient de compétences chez les encadreurs, semble traduire la reconnaissance des efforts fournis en amont par les encadreurs, tel que formalisé dans le document de conceptualisation du processus d'accompagnement [32]. En effet, les indications méthodologiques dudit document, prévoient que l'encadreur assure une préparation structurée des visites d'accompagnement, moyennant l'exploitation des données sanitaires du district de santé, la formulation des hypothèses par rapport aux problèmes pré identifiés, l'exploitation des ressources documentaires et autres,

pour anticiper sur l'appui et le renforcement des capacités des équipes du district de santé dans la résolution des problèmes pré identifiés.

Au-delà de la préparation des activités d'accompagnement, la qualité de l'interaction entre l'encadreur et l'équipe de district, revêt une dimension essentielle dans ce modèle. Cette interaction est très complexe, dans la mesure où le personnel de district de santé encadré, se trouve confronté à plusieurs paradoxes: (i) le besoin d'être soutenu, versus celui d'autonomie, (ii) le besoin d'être reconnu, versus le risque de voir ses limites en termes de savoirs d'aptitudes dévoilés, et par ce fait la peur du regard des autres. Face à ces paradoxes et ces craintes, il appartient à l'encadreur d'adopter une posture qui rassure les personnels encadrés, sans renoncer à soutenir ces derniers, dans le questionnement des contextes, des processus et de leurs accomplissements. Face à ces paradoxes, l'encadreur adopterait de manière alternée ou simultanée les postures de « pair » et d'« expert », telles que proposées par Faulx et Danse, dans les pédagogies des adultes [31]. Comme pair, l'encadreur reconnaît aux personnels de districts, leur meilleure connaissance de leurs contextes de travail ainsi que les savoirs et les compétences des personnels encadrés par rapport à leurs métiers; Comme expert, il les soutient, dans le processus de questionnement de leurs pratiques et la mise en route des changements qu'imposent la résolution des problèmes identifiés. Pour réussir cette fonction d'accompagnateur du changement, l'encadreur se doit disposer de réelles capacités d'écoute, pour capter les besoins et ainsi contribuer à renforcer la motivation et l'action des personnels encadrés.

Notons que cette interaction, déjà bien complexe, entre encadreur et personnels encadrés, est modulée par plusieurs variables contextuelles.

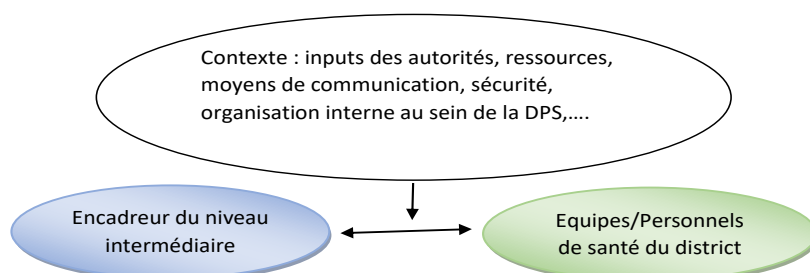


Fig. 2. Interactions entre encadreurs et équipes des districts

La perception nuancée d'effets positifs du soutien apporté par le niveau intermédiaire, sur la protection financière des populations contre les risques financiers liés au paiement des soins, est révélatrice de certaines limites d'un processus d'encadrement, tant que certaines stratégies plus globales ne sont développées en amont. Pour le cas présent, une réelle protection financière requiert la mise en place au niveau national, voire provincial des systèmes solidaires et de prépaiement des soins, tel que préconisé dans le plan stratégique pour la couverture santé universelle en RDC [19]. Tel n'est pas encore le cas en RDC en général et dans la province du Nord Kivu en particulier. En effet le mécanisme d'assurance maladie reste limité à quelques initiatives de micro-assurance (mutuelles de santé) [33], [34]. Leur couverture reste à deçà de 5% pour la RDC et à moins de 1% pour la province du Nord Kivu, avec 1% des dépenses communes de santé dédiées au système solidaire de prépaiement des soins en 2018 [35] et sans effets notables sur la qualité des services de santé [36], et leur l'accessibilité par les populations [34].

Les attentes des cadres des districts de santé, dans plus de 80 % des cas vont dans le sens d'une plus grande mobilisation des encadreurs cliniciens et d'une meilleure articulation des supervisions ciblées sur les programmes spécialisés sur l'encadrement global. La première attente rejoint l'intérêt du renforcement de la qualité des soins dans le cadre de la marche vers la couverture santé universelle [37], [38] et tel que préconisé par la stratégie sectorielle [3] et le plan national de développement sanitaire de la RDC [39]. En général, nombreux encadreurs provinciaux polyvalents en RDC se sont éloignés, pendant des années, des prestations cliniques quotidiennes. Le recours à des encadreurs cliniciens, issus de l'hôpital provincial, permettrait de compenser ce manque, en apportant l'expertise clinique dans l'accompagnement de la prise en charge des patients au niveau des hôpitaux de districts de santé. Les superviseurs spécialistes cliniciens et ceux des programmes spécialisés, souvent portés par une logique de maximalisation, ont tendance de privilégier la prise en charge de la maladie en lieu et place de la prise en charge de la personne. Dans ce contexte, une meilleure articulation des supervisions cliniques et des programmes spécialisés, avec l'accompagnement global d'un district de santé, devrait être coordonnée par l'encadreur provincial polyvalent dudit district de santé; ce qui permettrait de basculer réellement de la prise en charge de la maladie vers

la prise en charge du patient au sein des hôpitaux des districts. Ce basculement s'inscrit dans le rationnel des soins centrés sur la personne, tel que préconisé dans le cadre du renouveau des soins de santé primaires [2].

La couverture de la population par des services de santé essentiels et le renforcement de leur qualité constituent des volets essentiels de la couverture santé universelle et un impératif mondial [37], [38]. Comme l'a bien indiqué la feuille de route nationale sur la CSU en RDC, ces deux volets essentiels relèvent de la responsabilité première du ministère de la santé. Les districts de santé y jouent un rôle essentiel d'opérationnalisation, avec le soutien du niveau intermédiaire. Pour la RDC, la voie à suivre a été contextualisée et balisée au travers la stratégie de renforcement du système sanitaire en RDC (SRSS) [3]. Les perceptions des cadres des districts de santé du Nord Kivu par rapport à la progression sur cette voie sont globalement positives. Ces perceptions sont corrélées avec le niveau de perceptions du support reçu du niveau intermédiaire. Ce lien semble montrer l'importance du niveau intermédiaire du système de santé dans le processus de revitalisation des districts de santé tel que conceptualisé par la SRSS en RDC. Toutefois, ces perceptions pourraient être nuancées, au regard d'importants défis qui subsistent dans la province du Nord Kivu, en rapport avec le niveau d'intégration des services de santé essentiels et de leur qualité [20], [40].

## **5 CONCLUSION**

Les perceptions des cadres des districts de santé par rapport au support et à l'accompagnement du niveau intermédiaire du système sanitaire dans la province du Nord Kivu sont globalement satisfaisantes. Elles traduisent le passage progressif d'un modèle administratif et de contrôle vers un modèle formatif et de support aux équipes des districts de santé. Ce passage devrait être consolidé en puisant sur les principes et les stratégies des pédagogies d'adultes.

Les aspects nuancés par rapport à ces perceptions (régularité des visites d'accompagnement, disponibilité des encadreurs à la demande et la juxtaposition des visites d'accompagnement avec d'autres activités) mettent en évidence le caractère inachevé de la réforme du niveau intermédiaire du système sanitaire en RDC, au point de vue de l'intégration des programmes spécialisés et de la régulation des ressources humaines.

Pour progresser sur la voie de la couverture santé universelle, pour les volets de couverture sanitaire, d'intégration et de qualité des services de santé essentiels au niveau des districts de santé et tirer le meilleur parti des personnels de santé du niveau intermédiaire dans ce processus, plus de cohérence, de proactivité et de réactivité, sont requis dans le soutien à la réforme du niveau intermédiaire du système sanitaire, tel qu'indiquée dans la réforme sectorielle en RDC.

## **CONFLIT D'INTERET**

« Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas de relation financière ni personnelle qui pouvait les avoir influencés de manière inappropriée en rédigeant cet article »

## **CONTRIBUTION DES AUTEURS**

Conception du protocole de l'étude: Jean-Bosco Kahindo Mbeva

Collecte des données: Jean-Bosco Kahindo, Edgar Musubao

Analyse des données: Mitangala Ndeba Prudence, Jean-Bosco Kahindo Mbeva

Rédaction de l'article: Jean-Bosco Kahindo Mbeva.

Relecture et production de la version finale de l'article: Jean-Bosco Kahindo Mbeva, Mitangala Ndeba Prudence, Edgar Tsongo Musubao, Mahamba Nzanzu, Lévis Kahandukya Nyavanda, Janvier Kubuya Bonane et Denis Porignon.

## **REMERCIEMENTS**

Les auteurs remercient l'Union Européenne et le Gouvernement Belge (DGD) pour le financement du PADISS (projet d'appui au développement intégré du système de santé au Nord-Kivu), projet dans le cadre duquel cette étude a été réalisée. Ils remercient également le Dr Guy Mutombo pour son implication dans la collecte des données ainsi que les cadres des districts de santé du Nord Kivu pour avoir participé à l'étude.

## REFERENCES

- [1] Ministère de la santé publique de la RDC, Secrétariat Général. Cadre et structures organiques. Vers la couverture sanitaire universelle. Kinshasa, Ministère de la santé publique de la RDC, 2012.
- [2] OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2008: les soins de santé primaires -maintenant plus que jamais. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
- [3] Ministère de la santé publique de la RDC, Stratégie de renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo. Kinshasa, Ministère de la Santé publique de la RDC, 2006.
- [4] M.J.B. Kahindo, "Structures intermédiaires de santé: concepts et conditions d'émergence en RDC," *Revue Acta Europeana Systemica*, no. 1 (ISSN 2225-9635) - <http://aes.ues-eus.eu/>.
- [5] M.J.B. Kahindo, C. Schirvel, E. Godelet, A. Wodon, D. Porignon, M. Bonami, "Réforme des structures intermédiaires de santé en République démocratique du Congo", *Revue Santé Publique*, vol. 26, no.6, pp. 849-853, 2014.
- [6] OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.
- [7] M.J.B. Kahindo, C. Schirvel, H. Karemere, N.P. Mitangala, A. Wodon A, D. Porignon, "Gouvernance et soutien provincial au district de santé en RD-Congo", *Med Trop*, vol.71, pp. 147-151, 2011.
- [8] M.J.B. Kahindo, C. Schirvel, H. Karemere, D. Porignon, "Soutien du niveau intermédiaire au district sanitaire urbain à Kinshasa (1995-2005), RD Congo", *Revue Santé Publique*, 2012/HS, vol. 24, pp. 9-22, 2012.
- [9] H. Karemere, "Renforcer la supervision des équipes cadres des zones de santé: Cas de la province du Haut-Uélé en République Démocratique du Congo". *International Journal of Innovation and Applied Studies* ISSN 2028-9324, vol. 17, no. 1, pp. 129-135, 2016.
- [10] J.L. Mopene, C. Molima, M.J.B. Kahindo, S. Makali, H. Karemere, "Réforme et performance de l'Inspection de la santé et de la Division de la santé au Sud-Kivu en République Démocratique du Congo", *Afr J Prm Health Care Fam Med*, vol.12, no.1, 2020. a2534. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2534>.
- [11] K.D. Chuy, B.Criel, Z. Belhiti, T.A. Mwembo, and M.F.Chenge, "Soutien du niveau intermédiaire du système de santé aux équipes-cadres des districts sanitaires: le cas de la ville de Lubumbashi, République Démocratique du Congo", *Int. J. Adv. Res.* vol.8, no.3, pp.1114-1139, 2020.
- [12] A. Flahault, M. Piot, A. Franklin, *La supervision des personnels de santé au niveau du district*. Genève, Organisation Mondiale de la santé, 1988.
- [13] X. Bosch-Capblanch, and P. Garner, "Primary health care supervision in developing countries", *Tropical medicine & international health*, vol.13, no. 3, pp. 369-383, 2008.
- [14] S. Suh, P. Moreira, and M. Ly, "Improving quality of reproductive health care in Senegal through formative supervision: results from four districts", *Human resources for health*, vol.5, no.1, pp. 1-12, 2007.
- [15] Frimpong, J.A., et al., "Does supervision improve health worker productivity? Evidence from the Upper East Region of Ghana", *Tropical Medicine & International Health*, vol.16, no.10, p. 1225-1233, 2011.
- [16] S. Bradley, F Kamwendo, H. Masanja, H. de Pinho, R. Waxman, C. Boostrom, and E. McAuliffe, "District health managers' perceptions of supervision in Malawi and Tanzania". *Hum Resour Health*, vol. 11, no.1, pp. 2-11,2013.
- [17] Frimpong, J.A., et al., "Does supervision improve health worker productivity? Evidence from the Upper East Region of Ghana", *Tropical Medicine & International Health*, vol. 16, no.10, p. 1225-1233, 2011.
- [18] O.O. Agoro, B.O. Osuga2, M. Adoyo, "Supportive supervision for medicines management in government health facilities in Kiambu County, Kenya: a health workers' perspective", *Pan African Medical Journal*, vol.20, no. 237, 2015. doi: 10.11604/pamj.2015.20.237.5872.
- [19] F. Parent, M. Ndiaye, Y. Coppieters, S. Deme, O. Sarr, C. Lejeune, D. Lemenu et JM. De Ketele, "Utilisation originale de l'approche par compétences en supervision formative en Afrique subsaharienne", *Pédagogie médicale*, vol.8, no.3, pp. 156-176, 2007.
- [20] République Démocratique du Congo, Présidence de la République, Plan stratégique national pour la Couverture Santé Universelle en République Démocratique du Congo. Kinshasa, République Démocratique du Congo, Présidence de la République, 2020.
- [21] Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu, "Principaux indicateurs de la province au regard des cibles." *Bulletin du Système d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique BUSISE semestriel 2020*. Goma, Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu, 2020.
- [22] T.L. Bahama, "Conflits Armés Et Fragilité De L'autorité Étatique Au Nord-Kivu En République Démocratique Du Congo", *European Scientific Journal*, vol.13, no.5, pp.457-480, 2017.
- [23] Groupe d'étude sur le Congo (GEC), Ebola en RDC: système de santé parallèle, effets pervers de la réponse. New York, Center on International Cooperation, 2020.

- [24] Ministère de la santé publique de la RDC, Secrétariat Général, Référentiel des emplois du Ministère de la santé publique. Kinshasa, Ministère de la santé publique de la RDC, 2014.
- [25] World Health Organization, World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, World Health Organization, 2020.
- [26] S. Rubuye Mer, N. Flicourt, "Femmes victimes de violences sexuelles dans des conflits armés en République démocratique du Congo", *Sexologies*, vol. 24, no. 3, pp.55-58, 2015.
- [27] Ministère de la santé publique de la RDC, Stratégie de renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo. Deuxième édition. Kinshasa, Ministère de la Santé publique de la RDC, 2010.
- [28] M. Purity, M. Eilish, U. Ogenna, M. Honorati and M. Henry, "The Impact of Supportive Supervision on the Implementation of HRM processes; A Mixed Methods study in Tanzania", *Health Systems and Policy Research*, vol. 4, no. 47, pp.1-9, 2017.
- [29] M. Schriver, V. K. Cubaka, S. Itangishaka, L. Nyirazinyoye, P. Kallestrup. "Perceptions on evaluative and formative functions of external supervision of Rwandan primary healthcare facilities: A qualitative study. Perceptions on evaluative and formative functions of external supervision of Rwandan primary healthcare facilities: A qualitative study". *PLoS ONE* 13 (2): e0189844. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189844>.
- [30] O. Nkomazana, R. Mash, S. Wojczewski, R. Kutalek and N. Phaladze, "How to create more supportive supervision for primary healthcare: lessons from Ngamiland district of Botswana: co-operative inquiry group", *Global Health Action*, 9: 1, 31263, 2016. DOI: 10.3402/gha.v9.31263.
- [31] L. Marquez, L. Kean, "Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems". MAQ Paper No. 4. Maximizing Access and Quality (MAQ) Initiative. Washington, DC; 2002. <http://www.k4health.org/system/files/Making%20supervision%20supportive%20and%20sustainable.pdf>.
- [32] D. Faulx, C. Danse, Comment favoriser l'apprentissage et la formations des adultes ? 1ère édition. Louvain-La-Neuve, De Boek Supérieur, 2015.
- [33] M.JB. Kahindo, Accompagnement des équipes des zones de santé par le niveau intermédiaire. Basculer de la supervision au coaching intégrant le paradigme d'apprentissage. Note d'assistance technique à la Division provinciale de la santé du Nord Kivu. Goma, ULB Coopération, 2016.
- [34] W. Soors, MP. Waelkens and B.Criel, "La micro-assurance santé en Afrique subsaharienne: une opportunité pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence ? " *Studies in HSO&P, IMT-Anvers*, vol.25, pp. 165-182, 2008.
- [35] F. Mutabunga bin Lubula, F.M. Chenge, B. Criel, A. MukalaY, O. Luboya and H.M Tshamba, "Micro assurance santé comme levier financier à l'accès aux services de santé de qualité en RD Congo: Défis, Pistes des Solutions et Perspectives", *Int. J. of Multidisciplinary and Current research*, vol.5, pp. 618-633, 2017.
- [36] Ministère de la santé publique de la RDC, Rapport sur les comptes de la santé de la RDC 2018. Kinshasa, Ministère de la Santé publique de la RDC, Juin 2020.
- [37] B. Criel, M-P. Waelkens, F.N. Kwilu, Y. Coppieters, S. Laokri, "Can mutual health organisations influence the quality and the affordability of healthcare provision? The case of the Democratic Republic of Congo", *PLoS ONE* 15, vol.4, 2020; e0231660. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231660>.
- [38] Organisation mondiale de la Santé et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale, Rapport mondial de suivi 2017: la couverture-santé universelle. Genève, Organisation Mondiale de la santé, 2018.
- [39] Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Économiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/ La Banque mondiale, La qualité des services de santé: un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.
- [40] Ministère de la santé publique de la RDC, Plan de développement sanitaire 2019-2022. Vers la couverture santé universelle. Kinshasa, Ministère de la Santé publique de la RDC, 2019.
- [41] Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu, Rapport annuel 2020. Goma, Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu, 2020.