

Gouvernance et soutien provincial au district de santé en RD-Congo

Kahindo MJB¹, Schirvel C¹, Karemere H¹, Mitangala P¹, Wodon A¹, Porignon D²

1. Centre Scientifique et Médical de l'Université Libre de Bruxelles (CEMUBAC)

2. Ecole de santé publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique

Med Trop 2011; 71 : 00

RÉSUMÉ • *Introduction.* L'objectif de cette étude est de documenter la contribution du niveau intermédiaire du système sanitaire à impulser les performances du système de santé de district. *Méthodes.* Etude de cas basée sur l'analyse (i) des performances des services curatifs et préventifs de 2000 à 2008 et (ii) des pratiques de management et d'encadrement du district de santé dans la province du Nord Kivu, en République Démocratique du Congo. *Résultats.* Confronté aux troubles sociopolitiques récurrents depuis 1992, le niveau intermédiaire dans la Province du Nord Kivu a renforcé son équipe-cadre, articulante son action autour d'un effort continu d'optimisation de l'allocation des interventions des partenaires et d'intégration des activités des programmes spécialisés, d'harmonisation des approches d'intervention des partenaires, une régularité d'encadrement centrée sur les compétences des équipes des districts et une adaptation provinciale des options stratégiques du ministère de la Santé. Les performances provinciales pour les soins curatifs et préventifs ont dépassé les moyennes nationales depuis 2001. L'utilisation des services curatifs qui a évolué de 0,36 Nouveaux cas/hab/an en 2001 à 0,50 NC/hab/an en 2008. Des résultats positifs ont été notés en termes de couverture en infrastructures, d'approvisionnement en médicaments essentiels, d'information sanitaire, de préparation aux urgences. *Conclusion.* Un niveau intermédiaire structuré soutient le développement des activités sanitaires du district de santé, tout en le protégeant contre certaines interventions déstructurantes des organisations d'urgence et des programmes spécialisés. Par sa gouvernance, il améliore la résilience du district face à la crise et favorise sa contribution aux Objectifs du Millénaire pour le Développement.

MOTS-CLÉS • Niveau intermédiaire. District de santé. Performances. Gouvernance. RD Congo.

IMPACT OF MID-LEVEL MANAGEMENT AND SUPPORT ON THE PERFORMANCE OF A DISTRICT HEALTH SYSTEM IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO

ABSTRACT • *Introduction.* The aim of this study was to assess the contribution of mid-level management and support practices to the overall performance of a district healthcare system. *Methods.* This case study was carried out in the North Kivu Province of the Democratic Republic of the Congo. It was based on analysis of (i) preventive and curative healthcare services and (ii) management and support practices provided from 2000 to 2008. *Results.* In response to recurring sociopolitical unrest since 1992, the mid-level health system (provincial level) in North Kivu has strengthened management and support practices. The main goals have been to optimize allocation of interventions by external emergency organizations and integration of specialized program activities, to harmonize intervention techniques implemented by external partners, to standardize supervision of sanitary districts with regard to care provider skills, and to adapt strategic options defined by the Ministry of Health to the provincial level. Using this comprehensive approach, the performance of the North Kivu Province in terms of curative and preventive care has exceeded the national average since 2001. Between 2001 and 2008, use of curative services progressed from 0.36 to 0.50 new cases/capita/year. Positive results have also been recorded for infrastructure coverage, essential medicine stock, health information system, and emergency preparedness. *Conclusion.* Stronger mid-level management and support practices have improved care activities in the health district while protecting the population from unstructured interventions by emergency organizations or specialized programs. A comprehensive management approach has also improved the resilience of the district and increased its contribution to Millennium Development Goals.

KEY WORDS • Mid-level management. Healthcare district. Performance. Governance. DR Congo.

La décentralisation des systèmes de santé est une dimension essentielle des réformes des systèmes de santé (1, 2). L'objectif poursuivi est d'améliorer les performances des systèmes de santé (1-4). Comprise comme un transfert des compétences du niveau central vers des structures sub centrales, elle peut se traduire en termes d'accroissement d'attributions et d'autonomie vis-à-vis du niveau central (5).

Une analyse des expériences de décentralisation des systèmes de santé au travers le monde, a contribué à cerner les rôles habituellement attribués aux instances provinciales (6). Il s'agit des fonctions telles que la planification, la surveillance et évaluation des programmes de santé, la coordination, la gestion du personnel, la supervision, la formation et le support logistique au personnel de santé (6).

Les nombreux défis auxquels font face les systèmes de santé des Etats à faible revenu appellent à un questionnement sur le rôle effectivement joué par les différentes instances du système sanitaire (7). Face à la nécessité d'accélérer l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (8), un intérêt croissant pour la bonne gouvernance du système sanitaire est noté (8, 9). Comprise comme l'exercice responsable d'une autorité politique, économique et administrative dans la gestion des affaires publiques, la bonne gouvernance est considérée comme un facteur essentiel du progrès social (10). Elle constitue un élément clef de la structure dynamique des systèmes de santé (9). Cependant, peu d'études ont documenté la manière dont la gouvernance est exercée au niveau intermédiaire des systèmes sanitaires des Etats confrontés à des contextes critiques récurrents et sa contribution à la performance du système sanitaire. Face à ce contexte, une bonne gouvernance au niveau intermédiaire (provincial) du système sanitaire pourrait constituer un facteur majeur de soutien du district de santé confronté à une situation critique récurrente.

• Correspondance : jbkahindom@gmail.com

• Article reçu le 31/08/2010, définitivement accepté le 9/02/2011

Dans cette optique, une étude de la contribution du niveau intermédiaire (provincial) du système sanitaire à la performance des districts de santé a été menée dans la province du Nord Kivu, en RD Congo. Le but poursuivi est d'explorer comment le niveau intermédiaire influe sur les performances des districts de santé.

méthodologie

Type d'étude

Il s'agit d'une étude de cas qui porte sur le niveau intermédiaire de la province du Nord Kivu. Les études des cas peuvent s'avérer pertinentes, quand la question de recherche est posée en termes de « comment » ou de « pourquoi » (11).

Site de d'étude

L'exploration a été faite dans la province du Nord Kivu pour la période allant de l'an 2000 à 2008. La province du Nord Kivu est l'une de 11 provinces que compte la RD Congo. Depuis 1993, cette province connaît une succession de troubles : conflits inter-ethniques, guerre de libération, rebellions à répétition. Elle comptait en 2008 une population estimée à 5 482 879 habitants, desservie par 24 districts de santé. Les cinq premières causes de morbidité sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée non sanglante, les anémies et les traumatismes dont une part importante est consécutive aux conflits armés (12). Un système d'information sanitaire a été mis en place dans cette province depuis 1995. Les données collectées sont analysées et validées mensuellement au niveau de chaque district de santé puis transmises au niveau intermédiaire.

La structure du niveau intermédiaire est appelée en RD Congo « Inspection Provinciale de la Santé ». Les textes officiels lui attribuent une responsabilité de « traduction en plan-programmes des options politiques et d'appui technique aux zones de santé » (13). La zone de santé en RD Congo est le district de santé selon la dénomination de l'OMS. Son organigramme officiel comporte 13 bureaux. Chaque bureau comporte des cellules en son sein. Des réflexions sont en cours pour faire évoluer cet organigramme.

Collecte et analyse des données : trois techniques ont été utilisées pour la collecte des données : (i) le suivi longitudinal et l'analyse des données de routine collectées par les services curatifs et préventifs dans l'ensemble de la province sur une période allant de 2000 à 2008, (ii) la collecte de données documentaires afin d'analyser les pratiques de leadership et de supervision des districts de santé. Les principales sources sont les rapports des réunions de l'équipe cadre provinciale, les rapports des supervisions, les rapports d'ateliers et les comptes-rendus des réunions des commissions ou de concertation entre les cadres du niveau intermédiaire, les cadres des districts de santé et les partenaires du secteur santé dans la province ; (iii) enfin, les données de 23 interviews semi structurées sur le rôle joué par le niveau intermédiaire vis-à-vis des districts de santé, ont été utilisées dans cette analyse. Ces interviews réalisées de février à avril 2010, ont concerné des cadres du niveau intermédiaire (N=11), des cadres de gestion des districts de santé (N=5), 1 ancien médecin chef de district et des représentants des partenaires (N=6).

Les données documentaires et celles d'interviews ont été exploitées par analyse inductive et croisées aux résultats d'analyse des données de routine.

Résultats

Deux pôles de pratiques ont été identifiés au niveau intermédiaire (provincial) du système sanitaire du Nord Kivu : des pratiques liées à la gouvernance du système sanitaire et des pratiques liées à l'appui au développement des districts de santé dans la province. Des indicateurs de prise en charge de la population au niveau du district sont améliorés.

Les pratiques de gouvernance du système sanitaire au niveau intermédiaire

Les pratiques de gouvernance renvoient à trois finalités complémentaires : (i) le renforcement interne d'équipe, (ii) l'amarrage des principaux acteurs du système sanitaire autour d'objectifs harmonisés, enfin, (iii) l'optimisation de l'allocation des ressources aux districts de santé.

Par rapport au renforcement interne, le niveau intermédiaire a systématisé depuis 2003 des réunions hebdomadaires d'évaluation, de programmation et d'échange d'informations. Pour approfondir des thématiques transversales, les cadres du niveau intermédiaire se sont organisés en petits groupes de travail depuis 2006. En 2007 il en existe cinq, qui ciblent les domaines : (i) de la planification, (ii) du coaching des équipes des districts de santé, (iii) de l'information sanitaire, (iv) de la surveillance épidémiologique, et (v) de l'approvisionnement et la logistique. Les groupes de travail alimentent « les réunions de l'équipe cadre » et inversement. Les groupes de travail, mettent en jeu des compétences diverses. Etant mobilisés en fonction des problèmes à résoudre, ils ont ajouté une dimension ad hoc à l'organigramme officiel. Depuis 2006, un exercice trimestriel d'évaluation et de programmation des activités est réalisé par l'équipe provinciale. La plus value perçue de ces trois pratiques (réunion de l'équipe cadre, groupe de travail et évaluation trimestrielle) est (i) un partage plus large de la vision sur le développement du secteur santé dans la province, (ii) un renforcement mutuel des capacités et (iii) un rapprochement dans la manière dont les activités sont abordées par les membres de l'équipe provinciale.

En externe, le niveau intermédiaire du système sanitaire du Nord Kivu interagit avec de nombreux acteurs, ayant des liens avec les districts de santé. Ces acteurs peuvent être regroupés selon huit catégories : (i) les autorités politiques et administratives provinciales et du niveau national, (ii) les partenaires d'appui au développement du secteur santé, (iii) les acteurs des secteurs connexes à la santé (eau, électricité, fonction publique, plan, presse, ...), (iv) les organisations confessionnelles, (v) les organisations humanitaires, (vi) les organisations onusiennes, (vii) les prestataires du secteur privé du médicament et d'organisation de l'offre de soins et (viii) les cadres et prestataires des districts de santé. Deux premières pratiques ont été mises en place au niveau provincial pour tenter de coordonner les différentes actions : un comité de pilotage provincial de l'action sanitaire et ses commissions techniques. Selon l'importance de leur influence technique et/ou politique dans le développement du secteur santé, les acteurs participent aux travaux soit du comité provincial de pilotage de l'action sanitaire soit aux travaux des commissions, soit aux deux instances. Les commissions traiteront par exemple des stratégies relatives à l'organisation des services, à l'appui aux zones de santé ou à l'allocation des ressources. La commission la plus ancienne est celle traitant de la surveillance épidémiologique et des urgences. Elle a été mise en place en 1995 en vue

de répondre efficacement aux urgences et épidémies ayant fait suite à l'afflux des réfugiés rwandais au Nord Kivu en 1994.

Deux autres pratiques font intervenir des acteurs des districts de santé dans le processus : les revues des activités des soins de santé primaires et les conseils d'administration des districts de santé. La revue des activités est organisée deux fois par an au niveau de la province. Elle permet aux acteurs (i) d'analyser et évaluer les actions de santé menées au cours du semestre ou de l'année dans la province, de (ii) réunir un consensus sur les priorités d'action pour le semestre ou l'année suivante et (iii) d'assurer un partage large sur les grandes stratégies de renforcement des soins de santé primaires. Ces revues sont organisées depuis le début des années 2000.

Les conseils d'administration des districts de santé, sont organisés au minimum une fois l'an dans chaque district de santé sous la direction systématique du niveau intermédiaire. Leur rôle est d'évaluer l'action menée au niveau d'un district de santé pendant un exercice annuel, d'examiner et approuver le plan d'action annuel et de traiter de toute question qui touche au fonctionnement du district de santé. Les conseils d'administration regroupent les cadres du district de santé, des représentants des partenaires, des délégués de la population, des prestataires des soins et des autorités politico administratives.

Les quatre pratiques de la deuxième catégorie (comité de pilotage, commissions, revues des soins de santé primaires et conseils d'administration) offrent une plus value en termes (i) d'échange d'informations, (ii) d'harmonisation sur les stratégies et les priorités d'action entre le niveau intermédiaire du système sanitaire et les acteurs du secteur santé dans la province. Par ailleurs, les cadres du niveau intermédiaire et les gestionnaires des districts de santé sont emmenés à rendre compte de leurs prestations auprès des représentants de la population. En revanche, dans le cadre de ce dialogue, les représentants de la population s'engagent à une plus grande participation dans la co-gestion et le financement des services de santé. La troisième catégorie des pratiques de gouvernance vise une optimisation d'allocation des ressources destinées aux districts de santé. Elle comprend : (i) la négociation des conventions d'appui des partenaires techniques et financiers au secteur santé, (ii) la mise en place d'une cellule de gestion, en vue d'améliorer la lisibilité et l'articulation des financements provenant des partenaires financiers, (iii) le suivi périodique par les membres de l'équipe provinciale, des interventions des partenaires au niveau des districts de santé.

Les pratiques d'appui au développement des districts de santé

Les pratiques d'appui au développement des districts de santé renvoient à deux finalités : (i) le renforcement des compétences du personnel de santé, (ii) le renforcement du cadre de travail. Ces pratiques ont connu plusieurs évolutions en termes d'acteurs et d'approches. La responsabilité de supervision des districts de santé était, avant l'année 2000, principalement assurée par des partenaires d'appui au secteur santé. Dès 2003, le niveau intermédiaire a récupéré cette responsabilité.

Depuis 2006, la province dispose de « superviseurs polyvalents » ayant des compétences larges et susceptibles d'aborder de manière globale les problèmes posés au niveau des districts de santé. Chaque superviseur a en charge l'encadrement de 1 à 3 districts de santé. En fonction des problèmes identifiés dans un district de santé, il mobilise d'autres cadres disposant des compétences nécessaires pour la résolution des problèmes rencontrés. Le taux de réalisation des supervisions est passé de moins d'une supervision par district

de santé par an en 2000 à 3 supervisions par district de santé en 2008. L'identification des besoins et la préparation des supervisions sont alimentés par les résultats d'analyse des données sanitaires. Les résultats d'analyse sont transmis aux équipes de gestion des districts de santé sous forme de rétro information. En 2008, un total de 71 rétro-informations a été produit et transmis aux équipes de gestion des districts de santé.

Les problèmes rencontrés et les succès obtenus sont partagés au cours d'un atelier trimestriel des cadres du niveau intermédiaire consacré à la supervision des districts de santé. L'harmonisation sur la supervision des districts de santé et le renforcement du lien avec la formation continue du personnel, sont analysés au niveau de la commission encadrement. Deux structures au niveau provincial contribuent au soutien des districts de santé : (i) une Centrale d'approvisionnement en médicaments essentiels mise en place depuis 1997 et (ii) un laboratoire de surveillance épidémiologique et de soutien technique aux prestations de laboratoire des hôpitaux de référence au niveau des districts, mis en place en 1997. Les responsables techniques de ces deux structures participent aux réflexions menées au niveau des commissions. Le soutien financier apporté à la structure du niveau intermédiaire pour les années 2003 et 2004 au Nord Kivu est de l'ordre de 300 000 Usd par an, soit 0,06 usd /habitant/an.

Les performances de la province pour les indicateurs de prise en charge des populations

Les indicateurs relatifs à la couverture sanitaire et à l'utilisation des services au niveau des districts de santé se sont améliorés de 2000 à 2008 dans la province.

L'offre de soins en termes de centres de santé offrant les services curatifs, préventifs et promotionnels a évolué de 80 % en 2000 à 92 % en 2008. Avec cette couverture, 75 % de la population du Nord Kivu était au maximum à une heure de marche d'un centre de santé.

Depuis l'an 2000, tous les centres de santé et hôpitaux sont couverts par un système d'approvisionnement en médicaments essentiels. Ce système comprend une Centrale provinciale d'achat et de distribution des médicaments essentiels et un réseau de pharmacies centrales pour chacun des 24 districts de santé de la province.

Depuis 2004, les urgences et épidémies sont desservies par un stock stratégique d'urgence de riposte situé dans la Centrale des médicaments.

Pour les indicateurs d'utilisation des services, les performances du système de santé dans la province du Nord Kivu dépassent les moyennes nationales depuis 2001. Comme le montre la

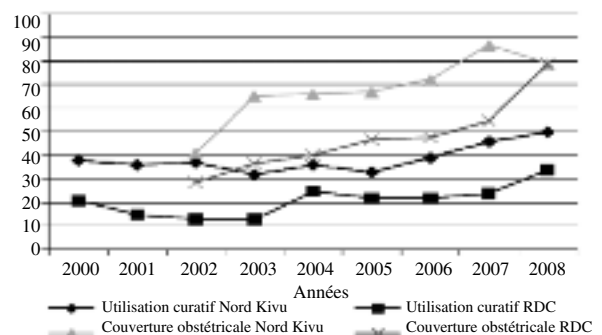


Figure 1. Evolution de l'utilisation des services du curatif et de la couverture obstétricale au Nord Kivu et en RDC de 2000 à 2008

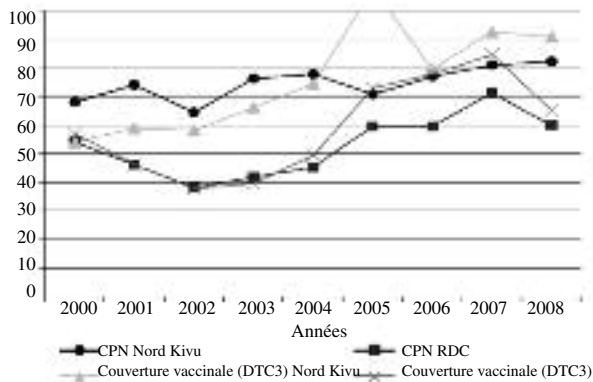


Figure 2. Evolution de l'utilisation des services de la consultation prénatale et de la vaccination (DTC3) au Nord Kivu et en RDC de 2000 à 2008.

figure 1, le taux d'utilisation des services curatifs a évolué de 0,36 NC/hab/an en 2001 à 0,46 NC/hab/an en 2007 et à 0,50 NC/hab/an en 2008.

La couverture obstétricale a atteint 87 % en 2007 alors que la moyenne nationale était de 54,7 %. Le taux de vaccination pour le DTC3 est de 92,6 % *versus* une moyenne nationale de 84,7 % en 2007 (figure 2).

Discussion

Cette étude met en évidence, au niveau intermédiaire, deux pôles de pratiques s'alimentant mutuellement : un pôle gouvernance et un pôle soutien des équipes des districts de santé. L'amélioration, par la suite, des indicateurs de couverture sanitaire et de prise en charge des populations au niveau des districts de santé dans la province va dans le sens de l'hypothèse de départ, qui stipulait qu'une bonne gouvernance au niveau intermédiaire du système sanitaire pourrait constituer un facteur majeur de soutien du district de santé confronté à une situation critique récurrente.

Cependant, le lien entre les pratiques identifiées au niveau intermédiaire et l'amélioration des indicateurs sanitaires requiert d'être explicité. Les pratiques mises en œuvre au niveau intermédiaire ont permis d'agir positivement sur quatre leviers : la disponibilité, la compétence, la réactivité et la productivité du personnel œuvrant au niveau des districts de santé. Ces leviers sont considérés comme des dimensions essentielles de la performance du personnel de santé (14). En effet, les supervisions plus fréquentes ont permis de soutenir les équipes de district, de manière continue, dans la résolution des problèmes sociotechniques rencontrés, mais sans se substituer à elles. A travers ces supervisions et des formations ciblées, les compétences du personnel se sont progressivement améliorées. Les conventions négociées ont contribué à répondre aux besoins d'amélioration de la rémunération du personnel et du cadre de travail (dotation des équipements, amélioration des infrastructures, approvisionnement en médicaments essentiels et autres intrants médicaux). Enfin, les revues des soins de santé primaires et les réunions des conseils d'administration, du fait des engagements pris, ont contribué à renforcer la redevabilité des équipes des districts vis-à-vis des populations.

Bien que les responsabilités attribuées au niveau intermédiaire du système sanitaire en RD Congo, relèvent plus du soutien au district de santé, le pôle « gouvernance » semble important dans un contexte complexifié. En RD Congo en général et dans la province du Nord Kivu en particulier, la complexité du contexte dans

lequel évolue le district de santé est caractérisée par la multiplicité d'acteurs, chacun avec des logiques propres. Les acteurs humanitaires, sont plus intéressés par la célérité de leurs interventions et les programmes verticaux, plus préoccupés par l'efficacité de leurs interventions sur les cibles. Ces deux derniers groupes n'ont souvent qu'une vision partielle du système. Les acteurs politiques sont préoccupés plus par les retombées politiques des actions envisagées dans le secteur. Les prestataires du secteur privé et du médicament, peu régulés s'intéressent plus aux équilibres financiers et aux bénéfices qu'à la qualité de leur travail. La maîtrise de tous ces éléments de contexte requiert des compétences spécifiques et une légitimité aux yeux des acteurs, qui ne sont pas nécessairement disponibles au niveau des équipes de gestion des districts de santé. Les pratiques mises en place au Nord Kivu et qui relèvent du « pôle gouvernance » constituent une réponse partielle à cette complexité à laquelle se trouve confronté le district de santé. Le consensus de plus en plus important entre acteurs, sur une vision, des priorités et des stratégies de plus en plus partagées sur le développement du secteur santé, engendrent un espace de protection des districts de santé, voire du système de santé lui-même, contre des interventions destructurantes de certains acteurs. Cette espace de protection offre l'opportunité d'articuler et de moduler de manière plus cohérente les interventions des acteurs sur les besoins des districts de santé, en prenant mieux en compte les particularités contextuelles. Ainsi par exemple, la mise en place progressive des nouveaux districts de santé au Nord Kivu, en privilégiant l'offre de soins à la mise en place des équipes de gestion, a été considérée par le Ministère de la santé de la RD Congo comme une bonne pratique (15). Cette dynamique de dialogue et d'une plus grande participation des acteurs au niveau provincial en vue des consensus, rejoint les principes au cœur de la réforme du leadership, préconisées par l'OMS, en vue du renouveau des soins de santé primaires (16). Cette dynamique a mobilisé quatre de dix principes de la bonne gouvernance des systèmes de santé (10): (i) la vision stratégique, (ii) la participation et le consensus des acteurs, (iii) la réactivité, enfin (iv) l'intelligence et l'information.

De suite de cette dynamique, l'émergence d'une structure plus organique, semble justifiée par la flexibilité de cette dernière à aborder plus facilement les flux internes que nécessitent le renforcement des capacités et de la cohésion de l'équipe provinciale ainsi que les interactions avec différents acteurs. Ce processus rejoint l'argumentation développée sur l'inadéquation des bureaucraties des ministères de la santé face à la complexité des systèmes de santé et la proposition d'une adhocratie divisionnaire (17).

L'évolution positive des indicateurs au niveau des zones de santé rejoint les observations faites dans d'autres contextes sur l'effet positif de la supervision sur la qualité des prestations du personnel (18). Cependant, les supervisions n'y ont pas contribué toutes seules, mais plutôt l'articulation cohérente à d'autres pratiques, celles relevant du pôle gouvernance et celles relevant plus du soutien.

Cette évolution d'indicateurs, est observée alors que le contexte global de la province est marqué par une certaine adversité (guerres, déplacements des populations, précarité, logiques particulières des organisations humanitaires), ce qui pourrait témoigner de la robustesse des pratiques développées. Le dialogue entre acteurs qui s'est prolongé au niveau des comités de santé, a contribué à l'émergence d'un dialogue social, nécessaire pour renforcer la cohésion sociale, une dimension importante pour des processus de reconstruction post conflit des Etats fragiles (19). Cette performance a été soutenue dans la province par un partenariat avec des acteurs, dont certains ont longtemps soutenu le développement des districts de santé.

Conclusions

La contribution du district sanitaire en contexte critique et complexe aux objectifs du Millénaire pour le développement, requiert un niveau intermédiaire structuré. Les pratiques de gouvernance et de soutien au district de santé de ce dernier doivent référer à une approche globale, pour qu'elles renforcent une nouvelle fonction pour le niveau intermédiaire du système sanitaire: la fonction protectrice du district de santé en contexte complexe et critique. Ces pratiques, permettent d'agir de manière cohérente et régulière sur les déterminants de la performance des équipes des districts de santé et de renforcer la résilience de ce dernier face à la crise.

Références

1. Montero-Granados R, Jiménez Jde D, Martin J. Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980-2001). *Soc Sci Med* 2007; 64 : 1253-64.
2. Mosca I. Is decentralisation the real solution? A three country study. *Health Policy* 2006; 77 : 113-20.
3. Bossert T. Analyzing the decentralization of health system in developing countries: decision space, innovation and performance. *Soc Sci Med* 1998; 47 : 1513-27.
4. Guanais FC, Macinko J. The health effects of decentralizing primary care in Brazil. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28 : 1127-35.
5. Polton D. Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international. *RFAS* 2004; 4 : 267-99.
6. Bossert TJ, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy Plan* 2002; 17 : 14-31.
7. Saltman R, Bankauskaite V. Implementing decentralization in European health care systems: searching for policy lessons. 5th European conference of health economists, European Health Policy Group session, London School of Economics, 8-11 September 2004.
8. Khaleghian P. Decentralization and public services: the case of immunization. *Soc Sci Med* 2004; 59 : 163-83.
9. Liu X, Martineau T, Chen L, Zhan S, Tang S. Does decentralisation improve human resource management in the health sector? A case study from China. *Soc Sci Med* 2006; 63 : 1836-45.
10. Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Petters DH, Sabri B, Bile KM *et al.* Framework for assessing governance of the health system in developing countries :gateway to good governance. *Health Policy* 2009; 90 :13-25.
11. Yin RK. Case study research : Design and Methods (3rd ed.). Sage Publications ed, London, 2003, 181 p.
12. Ministère de la Santé / Inspection Provinciale de la Santé du Nord Kivu. Rapport annuel d'activités pour l'année 2008. Ministère de la Santé / Inspection Provinciale de la Santé du Nord Kivu, Goma, 2009.
13. République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé. Normes de la Zone de santé de la RDC. République Démocratique du Congo/ Ministère de la Santé, Kinshasa, 2001.
14. OMS. Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde. Genève, OMS, 2006.
15. OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. OMS ed, Genève, 2008.
16. RDC/ Ministère de la Santé. Rapport des travaux de l'atelier sur les mesures transitoires de décentralisation du secteur de la santé de la RDC. Kinshasa, RDC/ Ministère de la Santé, 2008.
17. Unger JP, Macq J, Bredo F, Boelaert M. Through Mintzberg glasses: a fresh look at the organization of ministries of health. *Bull World Health Organ* 2000; 78 : 1005-14.
18. Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource setting? *Lancet* 2004; 366 : 1026-35.
19. Kruk ME, Freedman LP, Anglin GA, Waldman RJ. Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: a theoretical framework and research agenda. *Soc Sci Med* 2010; 70 : 87-97.