

Contrat de performance avec une administration sanitaire provinciale : cas du Nord Kivu en République Démocratique du Congo.

Jean-Bosco Kahindo¹, Bruno Meessen², Tony Byamungu³, Alain Wodon⁴, Denis Porignon⁵

¹ MD, MPH, CEMUBAC, Goma, République Démocratique du Congo

² MA, PhD, Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique

³ MD, MPH, CEMUBAC, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁴ MPH, MA NTIC, CEMUBAC et AEDES, Bruxelles, Belgique

⁵ MD, PhD, CEMUBAC et ULB, Bruxelles, Belgique

La 'PBF CoP Working Paper Series' publie les travaux scientifiques des membres de la communauté de pratique 'Financement basé sur la Performance'. Elle vise la dissémination rapide des résultats empiriques ou des idées théoriques, en particulier ceux qui sont pertinents pour les membres de la CoP. La série accepte les papiers en français et en anglais. Les papiers sont revus par les pairs de façon non-anonyme. L'édition de cette série est soutenue par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, en Belgique ('Initiative des Talents Emergents'). Pour soumission ou toute autre requête, merci de contacter: cop.pbf@gmail.com

The PBF CoP Working Paper Series presents scientific work done by members of the African Performance-Based Financing Community of Practice. It aims for rapid dissemination of their empirical findings or theoretical ideas, especially those relevant for members of the CoP. The series welcomes papers in French or in English. Papers are open peer reviewed. Editing of the series is supported by the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium ("Emerging Voices venture"). For submission or any other request, please contact: cop.pbf@gmail.com

Editorial committee: Bruno Meessen, Paulin Basinga, Nicolas de Borman, Gyuri Fritsche and Laurent Musango.

Support: Kristof Decoster and Rita Verlinden.

The PBF CoP is one of the communities of practice supported by the multi-agency initiative 'Harmonization for Health in Africa' (www.hha-online.org).

This paper can be downloaded at:

<http://www.hha-online.org/hso/financing/pillar/documentation>

The views expressed by the authors of this document do not necessarily reflect the views of their institutions, the PBF CoP or HHA.



Résumé

Introduction : De nombreuses expériences de financement basé sur les performances sont documentées au niveau des hôpitaux et centres de santé, mais pas sur les administrations sanitaires. La présente étude décrit une expérience de contrat de performance au niveau de l'administration sanitaire provinciale du Nord Kivu, en RD Congo.

Méthodes : Cette étude a recouru à la triangulation de trois méthodes : (i) une analyse documentaire, (ii) l'analyse des données d'interviews d'acteurs clés sur leur perception de la stratégie, (iii) l'analyse des données d'utilisation des services curatifs et préventifs dans la province.

Résultats : Le contrat de performance a été négocié entre les cadres de l'administration sanitaire provinciale, l'administration centrale et les partenaires. Les trois parties prenantes se sont référées à huit fonctions jugées pertinentes pour l'administration sanitaire provinciale. Ces fonctions sont liées à la gouvernance provinciale du système sanitaire et à l'appui sociotechnique et logistique aux districts sanitaires (zones de santé). Les engagements négociés tous les trois mois ont varié en fonction du contexte et des besoins de soutien des zones de santé. Le niveau de réalisation des engagements et le score de fonctionnalité de l'administration sanitaire provinciale ont évolué respectivement de 75,3% à 87,3% et de 67% à 82%, entre 2007 et 2009. L'utilisation des services curatifs et préventifs au niveau de la province s'est également améliorée : l'utilisation des services curatifs est passée de 0,40 NC/habitant à 0,65 NC/habitant entre 2007 et 2009. En revanche peu d'améliorations de la qualité des soins ont été observées. Cette stratégie a été perçue par les acteurs impliqués comme s'étant bien intégrée à d'autres stratégies au niveau provincial et ayant renforcé leur mise en œuvre, notamment le financement basé sur les performances au niveau des centres de santé et hôpitaux.

Conclusion : Le contrat de performance peut s'avérer utile au niveau d'une administration sanitaire provinciale d'un pays à faible revenu pourvu qu'il soit mis en œuvre dans une perspective globale. Cette perspective impose de prendre en compte certains défis notamment une articulation avec les fonctions pertinentes de l'administration sanitaire provinciale et une flexibilité.

Mots clés : Administration sanitaire provinciale, fonctions, contrat de performances, zone de santé.

Introduction

Quels que soient les progrès réalisés, la question de la performance des systèmes de santé est appelée à rester une préoccupation permanente (OMS 2000 ; OMS 2010). Elle est cruciale pour les pays à faible revenu, face aux besoins pressants des populations et l'engagement des gouvernements à accélérer le progrès vers la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement.

Au Nord comme au Sud, l'approche contractuelle et le financement basé sur la performance (FBP) reçoivent une attention croissante dans une perspective d'amélioration de la performance des systèmes de santé (Perrot 2004 ; Perrot & Roodenbeke, 2005). Plusieurs études ont montré que le FBP présentait des meilleurs résultats en termes d'amélioration des services de santé dans les pays en développement par rapport à l'approche traditionnelle de financement par les 'inputs' (Meessen et al. 2007 ; Soeters, Habineza & Peerenboom 2006 ; Soeters & Griffiths 2003 ; Rusa *et al.* 2009). Certains risques attribués à cette stratégie ont néanmoins été documentés, notamment la focalisation sur les prestations rémunérées (Liu & Mills 2005 ; Campbell *et al.* 2009 ; Porignon *et al.* 2005). Les expériences de FBP implémentées en Afrique Centrale ces dernières années ont fait émerger un corpus de connaissances sur la manière de rémunérer à la performance les centres de santé et hôpitaux (Meessen et al. 2006 ; Soeters, Habineza & Peerenboom 2006 ; Rusa *et al.* 2009 ; Porignon *et al.* 2005). A notre connaissance, rien n'a par contre été publié sur la problématique de la rémunération des unités administratives sanitaires en fonction de leur performance, tout au moins en ce qui concerne les pays à faible revenu.

Pourtant, il est difficile d'envisager que des acteurs clés du système de santé puissent être laissés de côté dans une dynamique de remotivation du personnel. En effet, on reconnaît traditionnellement aux administrations sanitaires provinciales des rôles tels que la planification, la surveillance et l'évaluation des programmes de santé, la coordination, la gestion du personnel, la supervision, la formation et le support logistique au personnel de santé (Vaughan 1991). Ces rôles rejoignent globalement les fonctions de pilotage ou administration générale, de financement et d'investissement, décrites par l'OMS en 2000 (OMS 2000) et traduites en termes de soutien au développement des zones de santé (districts sanitaires) en République Démocratique du Congo (RDC) (Ministère de la Santé de la RDC 2010).

La littérature sur la contractualisation préconise la séparation des fonctions dans le système sanitaire (Soeters, Habineza & Peerenboom 2006 ; Meessen, Soucat & Sekabaraga 2011 ; Meessen *et al.* 2006). Elle reconnaît aux structures administratives les fonctions de régulation. Ces fonctions sont reconnues comme essentielles pour la performance du système sanitaire en général (OMS 2000) et pour la réussite d'une stratégie de contractualisation en particulier (Perrot 2004).

Sur cette base, nous formulons l'hypothèse que rémunérer une administration sanitaire provinciale sur base de sa performance est une option à envisager.

L'objectif de cet article est de décrire l'expérience de mise en œuvre du contrat de performance au niveau de l'administration sanitaire provinciale du Nord Kivu, en République Démocratique du Congo (RDC).

La suite de cette réflexion est articulée sur le rappel du contexte de mise en œuvre du contrat de performance, la présentation de la méthodologie et des résultats observés. Ces résultats seront ensuite discutés avant de conclure, en insistant sur quelques leçons apprises.

Contexte

Le Nord Kivu est une province à l'Est de la RDC. Sa population est estimée à près de 6 millions d'habitants en 2010. Plus de 71% de cette population vit en dessous du seuil de pauvreté (Ministère du Plan de la RDC 2008). Cette pauvreté est en partie, attribuable aux conflits armés dans la province depuis les années 1994. Ces conflits - qui persistent avec une intensité variable - ont engendré des déplacements récurrents des populations. Les conséquences sanitaires et humanitaires pour les populations, ont conduit à un foisonnement d'acteurs humanitaires et d'urgence, nombreux d'entre eux ayant leur propre logique d'intervention. Les cinq premières causes de morbidité sont constituées du paludisme, des infections respiratoires aiguës, de la diarrhée non sanglante, des anémies et des traumatismes liés aux troubles armés (Ministère de la Santé de la RDC 2010).

L'organisation sanitaire au niveau de la province compte 24 zones de santé et une administration sanitaire provinciale. Cette structure administrative ou niveau intermédiaire du système sanitaire est dénommée en RDC « Inspection Provinciale de la Santé » (IPS). Les textes officiels lui ont assigné des responsabilités de « traduction en plan-programmes des options politiques du ministère et d'appui technique aux zones de santé » (Ministère de la Santé de la RDC 2006). Cette structure déconcentrée du niveau central du Ministère de la santé, a été mise en place depuis 1984 dans le cadre de la mise en œuvre des soins de santé primaires. Plus récemment un processus de réforme a été entrepris pour rendre l'IPS plus congruente au principe de dévolution provinciale introduit par la nouvelle constitution de la RDC en 2006. Cette dernière confie en effet aux provinces la compétence exclusive d'organisation des soins de santé primaires. En 2007, l'IPS du Nord Kivu comptait un effectif de 57 personnes (cadres et personnel d'appoint).

Un projet d'appui, financé par l'Union Européenne, a soutenu cette administration sanitaire de 2002 à 2005 par une approche classique aux 'inputs' : réhabilitation des bureaux, équipement en véhicules et matériels de bureau, frais de fonctionnement des véhicules et bureaux, financement des supervisions et attribution des primes. Ce projet a permis de remettre le personnel au travail et de démarrer une dynamique de coordination de l'action sanitaire dans la province et de supervision des zones de santé. Le nouveau projet, du même bailleur, a été effectif en 2007. Son budget, hors assistance technique a été d'environ 0,7 euros/habitant/an. Il a, en plus du financement des inputs, introduit la stratégie du contrat de

performance au niveau de cette administration sanitaire. Au niveau des centres de santé et des hôpitaux, l'achat des prestations en numéraire a été mis en œuvre entre 2009 et 2010. Il a concerné 6 hôpitaux et 58 centres de santé en 2009. En 2010, l'effectif des structures ciblées a été augmenté. Ainsi 15 hôpitaux, 19 centres de santé de référence et 222 centres de santé ont été couverts en 2010, pour une population d'environ 3 millions d'habitants dans 14 zones de santé, soit près de 50% de la population de la province. Un fonds d'équité a été initié au niveau de 3 hôpitaux en 2009 puis étendu aux 15 hôpitaux de référence bénéficiaires de l'achat des prestations en 2010. Dans une optique de séparation des fonctions dans le système sanitaire, deux types de structures de gestion du financement ont été créées. D'une part, un établissement de gestion des financements destinés à l'offre des soins (EUP FDSS). Cette structure, basée dans la capitale de la RDC a eu la charge de la gestion des financements destinés aux primes, au fonctionnement et aux activités cibles de l'administration sanitaire provinciale. D'autre part, quatre établissements chargés de la gestion des financements destinés à la demande (EUP FASS), à raison d'un établissement pour chacune des provinces ciblées par le projet, ont eu la responsabilité de la gestion des fonds destinés à l'achat des prestations et des fonds d'équité.

Méthodologie

La méthodologie de cette étude est celle d'une étude de cas, le cas étant l'expérience de contractualisation à la performance de l'administration sanitaire du Nord Kivu. La période étudiée va de 2006 à 2010, soit une année avant le démarrage de cette expérience (2006) et quatre ans de mise en œuvre (2007 à 2010).

Cette étude de cas a recouru à trois techniques. Premièrement, nous avons collecté et analysé les données documentaires disponibles: le contrat de performance, les rapports d'évaluation trimestrielle des performances de l'équipe cadre provinciale, les rapports d'évaluations en 2007 et 2010 de la fonctionnalité de l'administration sanitaire provinciale, les rapports des réunions hebdomadaires de l'équipe provinciale, les rapports des supervisions, les rapports des réunions des commissions et de concertation entre les cadres du niveau intermédiaire et les autres parties prenantes du secteur santé dans la province. Deuxièmement, nous avons réalisé 15 interviews semi structurées, jusqu'à obtenir la saturation en termes d'information. Les interviews des cadres du niveau intermédiaire (N=6), réalisées en août 2010, ont porté sur la perception et les apports de la stratégie PBF. Les interviews des partenaires (N=4) et ceux des cadres des zones de santé (N=5) ont porté sur le rôle joué par le niveau intermédiaire vis-à-vis des zones de santé. Troisièmement, nous avons exploité les données de routine pour les services du curatif et du préventif pour l'ensemble de la province et pour la période allant de 2006 à 2009, pour une analyse longitudinale. Les données documentaires et celles d'interviews ont été exploitées par analyse inductive. Enfin, nous avons procédé à une triangulation des résultats d'analyse inductive à ceux de l'analyse des données de routine.

Résultats

Structure et modalités de mise en œuvre du contrat de performance

Le contrat de performance global a été négocié entre l'équipe cadre de l'administration sanitaire provinciale, et des cadres du niveau central du Ministère de la Santé. L'assistance technique du programme de financement a soutenu le processus de négociation. Les trois parties signataires du contrat sont (i) le Médecin Inspecteur Provincial, représentant de l'Administration sanitaire provinciale, (ii) le Secrétaire Général à la Santé, représentant du Niveau central du Ministère de la santé et (iii) l'assistance technique, pour le compte de l'Union Européenne, bailleur de fonds du projet. Ce contrat a été inscrit dans une visée globale de contribution à l'amélioration de l'accessibilité et l'utilisation des services de santé de qualité par la population. Le processus de négociation du contrat a nécessité une réflexion préalable d'explicitation des fonctions devant assumer l'administration sanitaire provinciale pour répondre à cette visée, dans le contexte de la RDC. De cette réflexion, ayant impliqué les cadres du niveau central, les cadres de l'administration sanitaire provinciale, et l'assistance technique du projet, un consensus s'est dégagé sur huit fonctions jugées pertinentes : (i) la coordination de l'ensemble des interventions sanitaires dans la province, (ii) la planification et l'évaluation de l'action sanitaire, (iii) la formation du personnel de santé, (iv) la supervision des équipes des zones de santé, (v) la gestion du système d'information sanitaire, (vi) la surveillance épidémiologique et la riposte contre les épidémies éventuelles, (vii) la gestion des ressources, (viii) le soutien logistique aux zones de santé. Des paliers de progression ont été identifiés pour chacune des huit fonctions. Une grille avec score, d'évaluation annuelle de la fonctionnalité de l'administration sanitaire provinciale, a été construite, sur la base des paliers de progression pour chacune des fonctions (annexe).

Tableau 1. Exemple de paliers de progression pour la fonction de supervision.

Domaines	Palier 1	Palier 2	Palier 3	Palier 4
Thématiques de supervision	Supervisions réalisées sans identification formelle de thématiques de supervision	Thématiques identifiées Supervisions en fonction du financement des partenaires	Thématiques de supervisions identifiées en commission sans lien avec l'information sanitaire	Thématiques de supervision cohérentes avec les déficiences détectées et identifiées dans le cadre de la « Commission Encadrement » en lien avec l'information sanitaire
Préparation des supervisions	Aucune préparation formelle de la supervision par les superviseurs	Préparation non systématisée des supervisions	Préparation formelle et systématisée, par certains superviseurs	Préparation formelle et systématisée des supervisions, basée sur l'exploitation de l'information sanitaire, des rapports de supervisions précédentes et autres documents concernant la cible de la supervision

Méthodologie de supervision	Méthodologie anarchique	Supervisions avec approche résolution des problèmes mais focalisées sur les différents programmes spécialisés	Méthodologie intégrant peu une approche systémique et de résolution des problèmes	Méthodologie de supervision dans une approche systémique et intégrant des approches formatives et de résolution des problèmes Suivi systématisé des recommandations
------------------------------------	-------------------------	---	---	--

Le contrat de performance négocié et signé par le responsable de l'administration sanitaire au niveau central et le responsable de l'administration sanitaire provinciale a prévu : (i) le financement du fonctionnement de bureau et du matériel roulant, (ii) le financement des activités cibles, (iii) le paiement d'une prime fixe au personnel et (iv) le paiement d'une prime trimestrielle liée aux performances. Le financement annuel a été de 0,0081 euros/habitant pour le fonctionnement, 0,014 euros/habitant soit 4577,3 euros/cadre participant au programme de motivation pour la prime fixe et 0,0057 euros/habitant soit 1908 euros/cadre motivé pour la prime de performance. Il a été prévu que les résultats soient négociés tous les trois mois. La prime est destinée à une équipe et répartie selon des indices. Les bénéficiaires de cette prime de performance sont 18 cadres sélectionnés au début du processus. Ils ont été considérés comme susceptibles de porter les fonctions identifiées comme pertinentes. Les cadres participant au programme de motivation sont médecins (N=8), infirmiers (N=4), administrateurs-gestionnaires (N=3), pharmacien (N=1), comptable (N=1) et ingénieur bio médical (N=1).

Les engagements en termes de résultats à atteindre, sont négociés tous les trois mois entre les parties signataires au contrat. Ils sont traduits en un score global à atteindre de 100%. Ces engagements sont retenus entre parties prenantes, après confrontation avec les besoins des zones de santé et compte tenu du contexte. Ces engagements relèvent du rôle de pilotage de l'action sanitaire dans la province et du soutien que l'administration sanitaire provinciale est supposée apporter au développement des zones de santé. Sur base des engagements, un plan de travail trimestriel est élaboré. Il comprend des activités à mener pour atteindre les résultats et est assorti d'un chronogramme et d'un budget trimestriels. Chaque fin de trimestre l'équipe cadre évalue elle-même le niveau de réalisation des engagements, qu'elle traduit en pourcentage. Les résultats de cette auto évaluation sont ensuite discutés avec l'assistance technique et les autres partenaires du secteur. Cette discussion est organisée au sein de la commission provinciale chargée de la planification, du financement et de la contractualisation. Certains engagements sont reconduits d'un trimestre à un autre, dans une optique de capitalisation. D'autres varient en fonction des besoins des zones de santé, des modifications intervenues dans le contexte, parfois en fonction des facteurs ayant influé sur la performance. Le plan de travail ainsi que le procès-verbal d'évaluation des performances sont transmis au Secrétaire Général du Ministère de la santé pour avis. La structure de gestion des fonds (EUP FDSS) en reçoit une copie pour paiement du bonus ou prime de performance à l'équipe pour la période échue et le financement des activités ciblées pour le nouveau

trimestre. Ce plan de travail est également diffusé auprès des partenaires et des cadres des zones de santé.

Evolution du score de performance au cours de quatre années

Le niveau de réalisation des engagements, exprimé en pourcentage par rapport au score attendu, a connu une évolution globalement positive de 2007 à 2010 (Figure 1). Cette évolution est marquée par un creux au cours de la période allant du premier au troisième trimestre 2009.

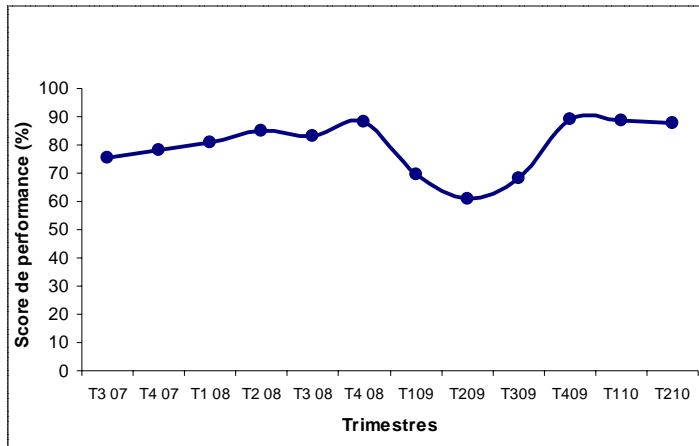


Figure 1. Niveau de réalisation des engagements par l'administration sanitaire provinciale du Nord Kivu de 2007 à 2010.

Ce creux correspond à la période de mise à disposition irrégulière et tardive des financements des activités et des primes par la structure de gestion du financement nouvellement créée. Cette situation a entraîné soit le report soit la non réalisation des activités cibles conditionnant la réalisation des engagements.

L'évaluation du niveau global de fonctionnalité de l'administration sanitaire provinciale (IPS ou DPS), en application de la grille de la fonctionnalité, montre une progression de 63,5% au début de l'an 2007 à 82,0% pour le début de l'an 2010 (Figure 2).

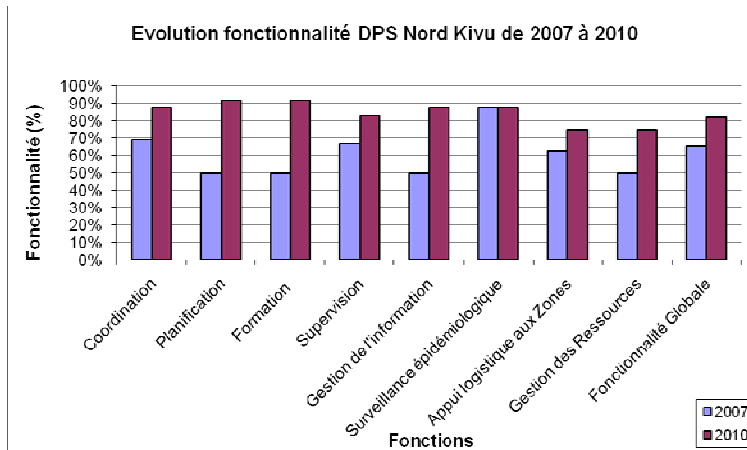


Figure 2. Niveau de fonctionnalité de l'administration sanitaire provinciale du Nord Kivu en 2006 et début 2010.

Cette amélioration de performances a été observée pour chacune de 8 fonctions, hormis la fonction de surveillance épidémiologique, dont la performance était estimée élevée depuis l'an 2006 (Figure 2).

Perception de la stratégie contrat de performance par les acteurs au niveau de la province

La stratégie « Contrat de performance » a été vécue par les acteurs, comme une opportunité d'accélération de la performance du secteur santé dans la province. Il lui a été reconnu une vertu structurante de la dynamique d'équipe du niveau provincial et de dialogue et de communication entre l'équipe du niveau intermédiaire avec les partenaires et les équipes de zones de santé. Un cadre du niveau intermédiaire notait « [...] cette stratégie nous a permis d'une part de travailler de manière plus structurée car elle est liée à un plan de travail ; le contrat a été une opportunité de s'arrêter, de voir ce qu'on a pu faire et d'améliorer les choses...[...] ». Un autre cadre précisait « Ce contrat a permis aux cadres de l'IPS de réaliser les résultats attendus [...] et cela a consolidé l'esprit d'équipe, car chacun est obligé, porté à côtoyer les collègues et les collaborateurs pour atteindre les résultats [...] aussi c'est le renforcement mutuel des capacités, lors des discussions dans les groupes de travail, et même lors de la mise en œuvre[...] Et cela nous a amené à réfléchir plus en termes de résultats ». Par ailleurs, une plus grande attention a été accordée aux attentes des zones de santé. Les attentes auxquelles l'équipe provinciale a eu à répondre sont celles relatives au renforcement des capacités, celles liées à la résolution des conflits, celles liées à l'allocation des financements et celles relatives à l'affectation du personnel de santé là où les besoins se font sentir. Un partenaire du secteur santé dans la province notait : « je participais aux réunions du conseil d'administration de la zone de santé [...] là l'IPS jouait un grand rôle ; arriver à réunir tous les partenaires de la zone de santé, à aider la zone de santé à évaluer ses activités et à valider un plan d'action pour l'avenir, c'est un grand rôle. J'ai vu également l'IPS qui rappelait les directives du Ministère à la zone et aux partenaires, [...] bref je considère que c'est

*réellement une coordination des partenaires qui se mettent d'accord autour d'un plan d'action et qui définissent leurs engagements par rapport à la réalisation des objectifs de la zone de santé ; je vois aussi l'IPS qui mobilise les acteurs autour de certaines actions, comme quand il y a une épidémie par exemple dans la ville de Goma [...]».*L'équipe provinciale s'est montrée plus proactive en réponse aux attentes et aux sollicitations des équipes des zones de santé. Globalement la réponse à ces sollicitations conditionnait la réalisation des engagements pris dans le cadre du contrat de performance. Un partenaire notait : « *les visites des zones ont constitué déjà un stimuli,[...] il y a des choses qui se sont améliorées, car les cadres des zones de santé savent qu'il y a un niveau intermédiaire qui suit et qui répond, [...] même s'il persiste encore certaines insuffisances ; il y a des problèmes techniques des zones de santé auxquels la division provinciale de la santé a apporté des solutions[...] Une autre force est que les résultats planifiés étaient croisés avec les besoins des zones de santé, en allant dans le sens de répondre aux préoccupations des zones de santé* ». La nécessité de faire comprendre aux acteurs impliqués la visée première de la stratégie en termes de performance en lieu et place d'une simple compensation des ressources financières et son adaptation au contexte, ont été perçus comme des facteurs non négligeables de réussite de cette stratégie. Un cadre du secteur santé relevait ce qui suit : « *je trouve que le rôle d'inspection n'a pas été bon ; par contre l'assistance technique aux zones semble avoir excellé, bien sûr pas partout et pas dans tous les domaines. L'aspect sanction, n'a pas fonctionné, peut être à cause du contexte. L'aspect réflexion est bon. Il y a le système d'information sanitaire qui a permis de structurer ces réflexions* ». En revanche, l'irrégularité dans le financement des activités-cibles et dans l'attribution du bonus de performance, ainsi que l'implication limitée du niveau central dans l'évaluation ont quelque peu réduit la portée de cette stratégie dans la province. Au-delà de ces contraintes, le contrat de performance a été perçu comme un levier important, mais pas le seul, pour accélérer la performance du système sanitaire. Un cadre du niveau intermédiaire notait : « *[...] pour nous, le contrat de performance est plutôt un mécanisme parmi d'autres, un élément d'un ensemble [...]* ». Cette stratégie a été articulée avec d'autres stratégies de renforcement qui sont en cours dans la province et qu'elle a contribué à renforcer. Il s'agit notamment de la mise en place d'un mode d'organisation plus managérial que bureaucratique au niveau intermédiaire, le renforcement de la coordination des partenaires du secteur, le développement du système d'information sanitaire et la surveillance épidémiologique, l'achat des prestations au niveau de 14 de 24 zones de santé de la province.

Evolution des indicateurs d'encadrement des zones de santé et de fourniture des soins au niveau de la province sanitaire

Une augmentation sensible du nombre de visites de supervisions des zones de santé par les cadres de l'administration sanitaire provinciale a été observée. Ces supervisions ont évolué de 1,6 en 2006 à plus de 2 supervisions par zone de santé de 2007 à 2009 (Tableau 2). Les indicateurs de fourniture des soins au niveau des zones de santé montrent une évolution globalement positive de l'utilisation des services. L'utilisation des services est passée de 0,41 NC/habitant en 2006 à plus de 0,45 à partir de 2007, jusque 0,65 NC/habitant en 2009 ; le taux annuel d'accouchements en milieu surveillé (couverture obstétricale) est passé de 78% en

2006 à plus de 80% de 2007 à 2009. La couverture vaccinale a évolué de 78,3% pour le DTC3 en 2006 à plus de 90% de 2007 à 2009. L'observance pour la vaccination s'est également améliorée. En revanche, certains indicateurs de qualité ont connu une évolution beaucoup moins importante (Tableau 2).

Tableau 2. Evolution des indicateurs sanitaires dans la province du Nord Kivu de 2006 à 2010.

Indicateurs	Années			
	2006	2007	2008	2009
1. Moyenne annuelle de supervisions par zone de santé par l'équipe de l'Inspection Provinciale de la Santé	1,6	3,3	2,9	6,0
2. Utilisation services curatifs (NC/habitant/an)	0,41	0,46	0,51	0,65
3. Taux d'utilisation des consultations prénatales (CPN) (%)	76,9	81,0	79,2	96,8
4. Taux de couverture obstétricale (%)	78,0	87,0	82,3	80,4
5. Taux de couverture vaccinale DTC3 (%)	78,3	92,6	91,0	101,8
6. Taux d'abandon DTC1/DTC3 (%)	7,4	7,5	9,4	5,2
7. Proportion de référés parmi les hospitalisés (%)	17,4	14,0	27,0	16,0
8. Taux de mortalité intra hospitalière (%)	2,9	2,5	2,3	2,6
9. Taux d'infections post opératoires sur interventions chirurgicales propres (%)	1,1	1,4	0,6	3,2

Discussion

L'objectif de cette étude était de décrire une expérience de mise en œuvre du contrat de performance au niveau d'une administration sanitaire provinciale. L'hypothèse était que la stratégie du contrat de performance peut s'avérer pertinente au niveau de cet acteur clé du système sanitaire. Il a été observé des résultats positifs en termes (i) d'amélioration des performances pour les fonctions de cette entité, (ii) de perception positive de cette stratégie par les acteurs et (iii) d'amélioration des indicateurs d'utilisation des services de santé dans la province. Ces résultats semblent indiquer qu'effectivement la rémunération à la performance des unités administratives est possible et efficace.

Les principales limites de cette étude sont les limites génériques de toutes les études de cas. Notre objet ici n'était pas de démontrer une causalité, mais plus fondamentalement de décrire une expérience particulière et d'en tirer quelques leçons.

La littérature sur la rémunération à la performance des unités administratives sanitaires étant, à notre connaissance, inexistante à l'heure où nous écrivons cet article, nous nous proposons dans cette discussion de partager différentes réflexions avec nos lecteurs. Il nous semble en effet que cette étude peut servir de point de départ pour une réflexion plus théorique - certains diront spéculative - sur les liens entre les huit fonctions clés des unités

administratives sanitaires, le FBP et le contexte plus large des mécanismes favorisant la performance des unités administratives sanitaires. Sans prétendre à l'universel, nous pensons que cette réflexion dépasse le cadre strict des IPS de la RDC et peut être pertinente pour d'autres pays avec des systèmes de santé analogues à ceux en place en RDC. Notre réflexion se fera en trois temps. Tout d'abord, la pertinence de huit fonctions choisies sera discutée, ensuite, les liens entre les huit fonctions seront abordés, enfin, la valeur ajoutée du FBP par rapport à l'exercice de ces huit fonctions sera discutée. Cette réflexion prendra appui sur une littérature plus générale d'analyse des systèmes de santé.

Les huit fonctions reconnues et exercées par l'IPS nord Kivu semblent pertinentes pour l'Unité Administrative du niveau intermédiaire (provincial), dans un contexte des systèmes de santé basés sur le district de santé. La fonction de coordination s'avère particulièrement importante dans un contexte post-conflit de foisonnement de nombreux acteurs, chacun avec sa propre logique. Son exercice au niveau provincial contribue à accorder les nombreux acteurs sur des priorités et des stratégies plus partagées. Dans ces conditions, ces priorités et stratégies formalisées dans le cadre de l'exercice de la fonction de planification sont susceptibles de mieux répondre aux besoins des districts de santé. L'exercice de ces deux fonctions (coordination et planification) requiert de disposer des informations de qualité. Sans une information de qualité il est difficile d'espérer une bonne adéquation d'allocation des interventions aux besoins, car mal cernés. Une meilleure prise en compte des besoins, la mesure des effets des interventions requiert un bon système d'information avec une structure et des outils cohérents (OMS 2003). A ce titre, la troisième fonction de gestion de l'information s'avère également pertinente, dans ce contexte où l'Unité Administrative du niveau intermédiaire, ensemble avec les nombreux partenaires, doit répondre aux besoins des zones de santé. L'exercice de ces trois fonctions au niveau provincial rejoint la fonction d'administration générale ou de pilotage du système sanitaire (OMS 2000). Ces trois fonctions permettent ainsi d'agir en amont sur des leviers d'impulsion de la fourniture des services de santé au niveau des zones de santé: amarrage des acteurs autour des priorités et des stratégies négociées; diffusion d'informations pertinentes, allocation des ressources en réponse aux besoins du personnel. Les principes de participation, de recherche du consensus, de réactivité, d'information pour l'action, de plus en plus de transparence, sont mobilisés dans l'exercice de ces trois fonctions. Ces principes renvoient à un effort de bonne gouvernance du système sanitaire, un facteur important de la performance du système sanitaire (Siddiqi 2009). La gouvernance et le leadership desquels relève l'exercice des fonctions de coordination et de planification au niveau provincial, constituent un des six piliers essentiels du système sanitaire (de Savigny et Adam 2009). La gouvernance et le leadership requièrent une réforme dans le cadre du renouveau des soins de santé primaires (OMS 2008) ; le système d'information constitue un autre pilier essentiel (de Savigny et Adam 2009). Les cinq autres fonctions (supervisions, formations, soutien logistique, gestion des ressources ainsi que la surveillance épidémiologique et gestion des épidémies) sont plus orientées vers le personnel des zones de santé. Ces fonctions permettent d'agir sur la compétence, la réactivité et la productivité, qui sont trois dimensions essentielles de la performance du personnel de santé (OMS 2006). L'effet positif des supervisions sur la motivation du personnel (Bosch-Capblanch

2008) et sur les performances du personnel (Bosch-Capblanch 2008 ; Rowe *et al.* 2004) a été démontré dans nombreux contextes. Ainsi, ces cinq fonctions, bien assumées, permettent de faire face au dépassement des capacités des zones de santé, comme en cas d'épidémies ou d'accès à certaines fournitures comme les médicaments et les équipements bio médicaux. L'accès du personnel à ces fournitures nécessite des systèmes et des dispositifs logistiques complexes et qui sont hors de portée des équipes des districts de santé. La centralisation de la fonction de sélection des fournisseurs des médicaments conduit à une meilleure disponibilité au niveau des structures de soins dans certains contextes (Bossert, Bowser & Amenyah 2008).

Les huit fonctions jugées pertinentes pour l'unité administrative du niveau intermédiaire (provincial) ont été exercées de manière interconnectée. L'articulation entre ces différentes fonctions semble avoir été déterminante pour créer au niveau de la province, des dynamiques de renforcement de six composantes clefs d'un système sanitaire fonctionnel (de Savigny et Adam 2009) dans la province.

Le contrat de performance a été vécu comme un outil structurant le dialogue. Le dialogue entre acteurs revêt une importance cruciale dans un contexte de complexification des systèmes sanitaires et où le rôle des acteurs autres que l'Etat s'avère important (Meessen & Van Damme 2005 ; Liu, Hotchkiss & Bose 2008). Dans le cas du Nord Kivu, ce dialogue semble avoir contribué à affiner l'exercice des fonctions et la pertinence des actions menées, en réponse aux attentes des équipes des zones et d'autres acteurs. Pour les expériences menées au niveau des pays de l'OCDE, le dialogue s'est plutôt avéré la forme la plus habituelle de l'évaluation des performances (Cardona 2006).

La mise à disposition de l'équipe du niveau intermédiaire des ressources nécessaires pour financer les activités devant contribuer à l'atteinte des résultats convenus, a introduit un paradigme d'humanisation du contrat : on fait confiance à l'équipe, on lui donne les moyens sur base des engagements négociés (financements des activités) et d'une partie fixe de la prime. Cette manière de procéder a contribué à renforcer la confiance entre les parties prenantes au contrat, bien que le bonus de performance ait été attribué après évaluation du niveau de réalisation des engagements. Les contraintes liées à l'irrégularité des financements et la pléthore du personnel au niveau intermédiaire, montrent que la contribution de cette stratégie pour l'amélioration des performances du système sanitaire, requiert d'agir sur d'autres leviers en amont.

Au cours de la période, ont été relevées une fréquence plus élevée des supervisions des zones de santé et une amélioration des indicateurs d'utilisation des services pour les soins curatifs et les soins préventifs. Une meilleure observance au point de vue de la vaccination a également été notée. On ne pourrait a priori établir de relation directe de cause à effet entre la fréquence des supervisions et les améliorations observées, ni même entre la stratégie du contrat de performance au niveau intermédiaire et les résultats observés en termes de fournitures des soins. L'évaluation des effets, de l'impact de la contractualisation basée sur les performances des systèmes de santé, requiert de mobiliser plusieurs études qui intègrent un

cadre de référence global (Meessen & Van Damme 2005), comme celui suggéré par Liu *et al* (Liu, Hotchkiss & Bose 2007). Telle n'était pas l'ambition de cette étude. En revanche, la régularité des supervisions, la régularité dans l'approvisionnement en médicaments, la négociation des stratégies d'intervention des partenaires au niveau des zones, l'analyse des données suivie de la rétro information aux équipes des zones, sont des pratiques qui ont été réalisées, dans le cadre du contrat de performance, en réponse aux besoins des zones et mises en œuvre de manière plus régulière. Comme cela a été relevé dans d'autres contextes (Buchan 2005), les performances observées au niveau de la province, semblent ainsi avoir été obtenues en articulant le contrat de performance avec d'autres stratégies. Les stratégies en cours dans la province relèvent d'une dynamique plus managériale que bureaucratique (Kahindo *et al.* 2009).

Les expériences menées au niveau des services publics des pays de l'OCDE ont souligné la difficulté d'évaluer la performance pour des résultats non quantifiables (Ketelar, Manning & Turkisch 2007). Le recours à une référence commune (une grille) partagée, constitue une réponse partielle à cette difficulté.

En somme, la stratégie du contrat de performance, qui relève de la fonction de financement, s'est articulée avec les fonctions de l'IPS, fonctions qui relèvent globalement de la régulation. La contribution à impulser une amélioration des prestations au niveau des zones de santé, semble suggérer un nouveau paradigme d'articulation des fonctions dans le système de santé en lieu et place de celui de la séparation des fonctions. Toutefois d'autres études sont indiquées pour établir la pertinence de ce nouveau paradigme.

Conclusion

La stratégie du contrat de performance est applicable au niveau d'une administration sanitaire provinciale, dans un contexte du système sanitaire basé sur le district de santé. Cependant, cette stratégie requiert une régularité du financement et comporte des défis propres : une articulation cohérente sur les fonctions relevant de la gouvernance du système sanitaire et du soutien sociotechnique et logistique au district de santé et une flexibilité de mise en œuvre. Cette flexibilité offre l'opportunité de prendre en compte la complexité des contextes. Dans ces conditions, cette stratégie est susceptible de jouer un rôle d'outil structurant et de dialogue entre acteurs et ainsi de contribuer à une amélioration de la fourniture des services dans un système sanitaire basé sur le district de santé.

Remerciement

Les auteurs remercient l'Union Européenne pour le financement de la Division Provinciale de la Santé du Nord Kivu dans le cadre du PS9FED ainsi que les cadres de la Division Provinciale de la Santé et autres acteurs qui se sont impliqués dans la mise en œuvre du PS9FED. Ils remercient également les Dr Serge Mayaka et Dr Werner Vandenbulcke pour la relecture de l'article.

Bibliographie

- Bosch-Capblanch X, Garner P (2008) Primary health care supervision in developing countries. *Tropical Medicine and International Health* 13 (3), 369-83. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02012.x
- Bossert TJ, Bowser DM & Amenyah JK (2008) Is decentralization good for logistics systems? Evidence on essential medicine logistics in Ghana and Guatemala. *Health Policy and Planning* 22 (2),73-82.
- Buchan J (2005) Increasing the productivity of a “stock” of existing of health worker. Etude non publiée pour le Département de Développement International du Royaume Uni.
- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B & Roland M (2009) Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *New England Journal of Medicine* 23,361(4), 368-78.
- Cardona F (2006) Performance Related Pay in the Public Service in OECD and EU Member States. OECD SIGMA. Paris.
- De Savigny D, Adam T (2009) Pour une approche systémique de renforcement des systèmes de santé. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Genève. OMS.
- Kahindo JB, Schirvel C, Byamungu T, Karemere H, Baabo D, Mitangala P, Wodon A & Porignon D (2009) Intérêt d'un leadership cohérent au niveau intermédiaire du système public pour une meilleure contribution du district de santé aux objectifs du millénaire : cas de la province du Nord Kivu en République Démocratique du Congo. Communication au congrès pluri-thématique 2009 de la Société Française de Santé Publique : la gouvernance en santé., Nantes - France, 1-3 Octobre 2009.
- Ketelar A, Manning N & Turkisch E (2007) Performance-based arrangements for Senior Civil Servants OECD and other country experiences. OECD Working papers on Public Governance Public, OECD Publishing, 2007/5. doi:10.1787/160726630750.
- Liu X, Hotchkiss DR & Bose S (2007) The impact of contracting-out on health system performance: a conceptual framework. *Health Policy* 82,200-11.
- Liu X, Hotchkiss DR & Bose S (2008) The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence. *Health Policy and Planning* 23(1),1-13.

- Liu X & Mills A (2005) The effect of performance-related pay of hospital doctors on hospital behaviour: a case study from Shandong, China. *Human Resources for Health.*, 3:11, <http://www.Human-ressources-Health.com/content/3/1/11>.
- Meessen B, Musango L & Kashala JP (2007) Output-based payment to boost staff productivity in public health centers : contracting in Kabutare district, Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization* 85, 108-115.
- Meessen B, Musango L, Kashala JP & Lemlin J (2006) Reviewing institutions of rural centers: The Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine and International Health* 11(8), 1303-17.
- Meessen B, Soucat A & Sekabaraga C (2011) Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of the World Health Organization* 89, 153-156.
- Meessen B & Van Damme W (2005) Systèmes de santé des pays à faible revenu: vers une révision des configurations institutionnelles ? *Mondes en Développement* 33 (131), 59-73.
- Ministère de la Santé/Inspection Provinciale de la Santé du Nord Kivu (2010) Rapport annuel d'activités pour l'année 2009. Ministère de la Santé/Inspection Provinciale de la Santé du Nord Kivu, Goma.
- Ministère de la Santé/République Démocratique du Congo (2010) Stratégie de renforcement du système de santé de la RDC (deuxième édition). Ministère de la Santé/République Démocratique du Congo, Kinshasa.
- Ministère du Plan de la RDC (2008) Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo, 2007. Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA.
- OMS (2000) Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé performant. Genève. OMS.
- OMS (2003) Rapport sur la santé dans le monde 2003. Façonner l'avenir. Genève. OMS.
- OMS (2006) Rapport sur la santé dans le monde. Travailler Ensemble pour la santé. Genève. OMS.
- OMS (2008) Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. Genève. OMS.

- OMS (2010) Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Genève. OMS.
- Perrot J & Roodenbeke E (2005) La contractualisation dans les systèmes de santé. éditions Karthala. Paris. France.
- Perrot J (2004) World Health Organization. The role of contracting in improving health system performance. Discussion paper, EIP/EFR/DP.E.04.4, 2004. <http://www.who.int/contracting/fr>
- Porignon D, Kahindo JB, Molisho D, Lecharlier F, Hody B & Fazili J (2005) Une nouvelle approche pour l'amélioration des services de santé à la population : les contrats basés sur la performance en République démocratique du Congo. Contrats effectifs et performances avérées ? Travail réalisé pour la Banque Mondiale (Contrat N° 7132010).
- Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF & Victoria CG (2004) How can we achieve and maintain high-quality performance of health-workers in low resource setting? *The Lancet* 366, 1026-1035.
- Rusa L, Ngirabega JdeD, Janssen W, Van Bastelaere S, Porignon D & Vandebulcke W (2009) Performance-based financing for better quality of services in Rwandan health centres: 3-year experience. *Tropical Medicine and International Health* 14(7), 830-7.
- Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Savbri B, Bile KM & Jama MA (2009) Framework for assessing governance in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy* 90, 13-25.
- Soeters R & Griffiths F (2003) Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy and Planning* 2003, 18 (1),74-83.
- Soeters R, Habineza A & Peerenboom PB (2006) Performance-based financing and changing the Health district system: experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization* 84, 884-889.
- Vaughan JP (1991) Leçons de l'expérience. In Décentralisation des systèmes de santé. concepts, problèmes et expériences de quelques pays - Rédigé sous la direction de Mills A, Vaughan J, Smith DL & Tabibzadeh I. OMS. Genève.

Annexe

Fonctions / sous fonctions	Paramètres	Description des critères			
		Niveau I (côte 1)	Niveau II (cote 2)	Niveau III(cote 3)	Niveau IV (cote 4)
1. Coordination /organisation (16 pts)	<i>Equipe cadre</i>	Pas d'équipe, réunions rares.	Personnel sans job description ; Réunions irrégulières de l'équipe ; Compte rendus par moments.	Equipe cadre avec job description peu cohérent ; Réunions hebdomadaires ; Compte rendus archivés.	Equipe cadre avec job description cohérent ; Réunions hebdomadaires et compte rendus archivés ; Responsabilisation des cadres polyvalents par zone de santé
	<i>Gestion du partenariat</i>	Aucune information formelle sur les partenaires ; Actions des partenaires non aiguillées par l'IPS.	Existence d'une ou plusieurs listes de partenaires ; Aucun partenaire conventionné avec l'IPS.	Existence d'une base des données des partenaires ; Budgets connus partiellement ; Quelques partenaires conventionnés.	Existence d'une base des données des partenaires, assorti des budgets ; Relations avec l'IPS formalisées sous forme de conventions.
	<i>Intégration programmes au niveau intermédiaire</i>	Coordinations provinciales des programmes opérant en parallèle.	Echanges sporadiques avec les coordonnateurs des programmes ; Supervisions et suivi non conjoints	Réunions mensuelles ECP - programmes ; Informations sur les financements ; Supervisions et suivi conjoints	Actions des programmes (supervision, suivi) réalisées par une équipe cadre provinciale intégrée
	<i>Leadership</i>	Aucune organisation structurée de concertation avec les partenaires.	Existence des comités interagences spécifiques aux programmes spécialisés	Existence d'un embryon d'un comité de pilotage provincial (COTE ou BTP) ; Initiatives des groupes de travail et des commissions axées sur des thèmes transversaux.	Existence d'un comité de pilotage de l'action sanitaire et des commissions fonctionnels (au minimum 5 commissions) ; Participation des partenaires, échanges de qualité, décisions pertinentes et exécutées
2. Planification - Evaluation (12 pts)	<i>Elaboration des plans</i>	Existence de quelques plans occasionnels, peu cohérents.	Existence des plans opérationnels, souvent élaborés au bureau, souvent non budgétisés.	Existence des plans opérationnels de l'IPS et des ZS, budgétisés, élaborés selon un processus ascendant.	Existence d'un plan de développement sanitaire intégré, élaboré dans le cadre d'un processus ascendant et budgétisé (assorti d'un plan d'investissement, plan de développement des RH, plan d'intégration

					des programmes spécialisés)
	<i>Suivi de la mise en œuvre</i>	Pas de suivi organisé	Suivi occasionnel (sur incitation des partenaires notamment)	Suivi réalisée de manière régulière, mais sans un tableau de bord systématisé	Suivi régulier ; Existence de tableau de bord de suivi à l'IPS, alimenté par le SIS et les visites de supervision et de suivi
	<i>Evaluation mise en œuvre</i>	Pas de revue annuelle, conseils d'administration rares (moins de la moitié de ZS), pas de rapport annuel sanitaire provincial	Revue annuelle et conseils d'administration occasionnels (plus de la moitié des ZS).	Revue annuelle et conseils d'administration non systématisés et production de rapport annuel à contenu peu cohérent	Revue provinciale des SSP (Minimum 1 par an) et réunions des conseils d'administration organisées (1/ZS/an) et production de rapport annuel à contenu cohérent
3. Formation (12 pts)	<i>Identification besoins de formations</i>	Besoins identifiés lors de l'obtention d'un financement	Besoins identifiés soit par l'IPS/ZS soit par les partenaires	Besoins peu pertinents identifiés dans le cadre du processus de planification	Besoins pertinents identifiés dans le cadre du processus de planification
	<i>Programmation des formations</i>	Programmation décidée par les partenaires	Programmation négocié par le partenaire	Programmation dans le cadre d'un groupe de travail peu suivi (moins de 75%)	Programmation dans le cadre de la « Commission Encadrement » et exécutée à plus de 75%
	<i>Méthodologies et suivi des formations</i>	Formations occasionnelles non systématisées (préparation et animation déficientes)	Séminaires orientés sur les différents programmes en fonction des besoins des partenaires avec un suivi occasionnel	Séminaires formels de formation organisés par l'IPS, avec suivi des personnes formés	Méthodologie mettant le formé au centre de l'apprentissage (auto formation) assorti de stages pratiques selon les besoins
4. Supervision (12 pts)	<i>Thématiques de supervision</i>	Supervisions réalisées sans identification formelle de thématiques de supervision	Thématiques identifiées Supervisions en fonction du financement des partenaires	Thématiques de supervisions identifiées en commission sans lien avec l'information sanitaire	Thématiques de supervision cohérentes avec les déficiences détectées et identifiées dans le cadre de la « Commission Encadrement » en lien avec l'information sanitaire
	<i>Préparation des supervisions</i>	Aucune préparation formelle de la supervision par les superviseurs	Préparation non systématisée des supervisions	Préparation formelle et systématisée, par certains superviseurs	Préparation formelle et systématisée des supervisions, basée sur l'exploitation de l'information sanitaire, des rapports de supervisions précédentes et autres documents concernant la cible de la supervision
	<i>Méthodologie de supervision</i>	Méthodologie anarchique	Supervisions avec approche résolution des problèmes mais focalisées sur les différents programmes spécialisés	Méthodologie intégrant peu une approche systémique et de résolution des problèmes	Méthodologie de supervision dans une approche systémique et intégrant des approches formatives et de résolution des problèmes Suivi systématisé des recommandations

5.Information Sanitaire (16 pts)	<i>Intégration du cadre normatif du SNIS</i>	Existence d'un SIS local assez fonctionnel (complétude au niveau ZS de plus de moins de 50% pour 2005)	Existence d'un SIS local assez fonctionnel (complétude au niveau ZS de plus de 50% pour 2005)	Cadre normatif national (SNIS) partiellement intégré	Cadre normatif national (SNIS) totalement intégré (DPS, BCZS, HGR, CS)
	<i>Mise en place d'outils de collecte des données</i>	Canevas, manuels d'instructions, tracés des registres et logiciel mis en place (moins de 25% ZS)	Canevas, manuels d'instructions, tracés des registres et logiciel mis en place (25 - 50 % ZS)	Canevas, manuels d'instructions, tracés des registres et logiciel mis en place (50 - 75% ZS)	Canevas, manuels d'instructions, tracés des registres et logiciel mis en place (plus de 75% ZS)
	<i>Analyse des données et utilisation de l'information</i>	Peu d'intérêt pour l'analyse des données ; Utilisation d'une information dont la qualité est par ailleurs limitée.	Analyse sporadique des données ; Utilisation sporadique de l'information dans le processus de planification, formation et supervision.	Analyse des données systématisée au niveau CS, HGR, BCZS et DPS ; Information utilisée parfois dans les processus de planification, formation et supervision.	Analyse des données systématisée au niveau CS, HGR, BCZS et DPS ; Information utilisée dans les processus de planification, formation et supervision.
	<i>Raccordement à une carte sanitaire</i>	Pas de base de donnée provinciale formelle	Existence des bases des données peu systématisées .	Existence d'une ou plusieurs bases formelles des données SNIS, non raccordées aux données d'enquêtes	Existence d'une carte sanitaire qui raccorde les bases des données SNIS et les données des enquêtes spécialisées. Production des cartes thématiques pour des fins de planification, d'allocation des ressources et de suivi (monitoring)
6.Surveillance épidémiologique (8 pts)	<i>Mise en place outils de collecte des données</i>	Définitions des cas et fiches de collecte instaurées (moins de 25% ZS) Complétude SE : moins de 50 % Promptitude SE: Moins de 50%	Définition des cas et fiches de collecte instaurées (plus de 25 - 50% ZS) Complétude SE : 50 – <75% Promptitude SE: 50 – <75%	Définition des cas et fiches de collecte instaurées (plus de 50 - 75% ZS) et existence d'une base de données provinciale Complétude SE : 75 -80% Promptitude SE: 75 - 80%	Définition des cas et fiches de collecte instaurées (plus de 75% ZS) et existence d'une base des données provinciale Complétude SE : plus de 80% Promptitude SE: plus de 80%
	<i>Analyse des données et riposte contre les épidémies</i>	Pas de commission de surveillance épidémiologique ; Profils épidémiologiques produits de manière ponctuelle	Commission existente avec un fonctionnement irrégulier (moins de 2 réunions/mois) ; Profils épidémiologiques produits de manière ponctuelle	Existence d'une commission de surveillance épidémiologique fonctionnelle (se réunit 2X/mois et exploite les profils épidémiologiques de la province) ; Existence de quelques directives Pas de stock stratégique d'urgence	Existence d'une commission de surveillance épidémiologique fonctionnelle (se réunit 2X/mois et exploite les profils épidémiologiques de la province) ; Directives et protocoles de riposte existantes pour les épidémies potentielles ; Existence d'une stock stratégique de riposte.

				pour la riposte.	
7. Gestion des ressources (12 pts)	<i>Gestion ressources humaines</i>	Ressources humaines de la province non planifiées; Pas de base de données du personnel, Dossier du personnel pour quelques agents ; Présence du personnel au service non suivie .	Ressources humaines de la province non planifiées; Pas de base de données du personnel, Dossier du personnel pour quelques agents ; Suivi de la présence du personnel au service .	Ressources humaines de la province non planifiées; Base des données du personnel de la province existante et non à jour ; Dossier du personnel pour chacun des agents de l'IPS ; Suivi de la présence du personnel au service .	Ressources humaines de la province planifiées en lien avec un plan provincial intégré ; Base des données du personnel de la province existante et à jour ; Dossier du personnel pour chacun des agents de l'IPS à jour ; Suivi de la présence du personnel au service
	<i>Gestion ressources financières</i>	Budget annuel inexistant	Existence d'un budget, peu cohérent, sans suivi budgétaire ; Pas d'analyses de coûts réalisées.	Existence d'un budget annuel, assorti d'un suivi budgétaire ; Analyses budgétaires et financières limitées	Plan de développement provincial budgétisé ; Analyse financières effectuées et coûts unitaires déterminés par types d'activités ; Flux financiers dans le secteur santé déterminés et connus
	<i>Gestion ressources matérielles</i>	Fiches de stock en place mais non à jour ; Inventaires non réalisés.	Pas de plan d'investissement provincial ; Pas d'outils de maintenance et de maintenance des équipements et infrastructures ; Fiches de stock en place et à jour ; inventaires réalisées au moins 1 fois par an	Pas de plan d'investissement provincial; Existence de quelques outils de maintenance ; Maintenance des équipements et infrastructures réalisé occasionnellement; Fiches de stock en place et à jour ; Inventaires réalisées au moins 1 fois par an.	Existence d'un plan d'investissement provincial ; Maintenance des équipements et infrastructures réalisée régulièrement ; Existence d'outils de maintenance à jour ; Fiches de stock en place et à jour ; inventaires réalisées au moins 1 fois par an
8. Appui logistique aux zones de santé (8 pts)	<i>Approvisionnement en médicaments</i>	Existence des fournisseurs de médicaments essentiels et équipements médicaux non accrédités ; Profils de consommation des médicaments non connus ; Pas de cadre de réflexion sur les médicaments.	Existence d'un CDR et des fournisseurs non accrédités ; Profils de consommation en médicaments connus ; Pas de cadre de réflexion sur les médicaments	Existence d'un système organisé d'approvisionnement en médicaments et équipements médicaux avec accréditation des fournisseurs ; Profils de consommation en médicaments connus ; Existence d'un groupe de travail axé	Existence d'un système organisé d'approvisionnement en médicaments et équipements médicaux avec accréditation des fournisseurs ; Profils de consommation en médicaments connus Existence d'une commission fonctionnelle

				sur les médicaments.	chargée de l'approvisionnement en médicaments
	<i>Appui logistique aux ZS</i>	Pas d'informations ni d'appui logistique en terme de maintenance aux ZS ; Pas d'appuis logistiques aux ZS	Existence des informations partielles et non à jour sur les équipements ; Appui logistiques occasionnels aux ZS	Existence d'une base des données sur les équipements et et d'une base des données sur les infrastructures ; Existence d'un groupe de travail logistique fonctionnel ; Pas de système fonctionnel de maintenance ; Appuis logistiques occasionnels sur demande	Existence d'une base des données provinciale sur les infrastructures et d'une base des données sur les équipements ; Existence d'un système fonctionnel de maintenance des équipements et infrastructures ; Commission logistique fonctionnel ; Appuis logistiques systématiques en fonction des besoins.
TOTAL (100 points)					