

ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT UNIQUE
AU NIVEAU INTERMÉDIAIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Mai 2021

Remerciements

Nous voudrions remercier le Japon pour avoir permis le développement de cette étude. Cette étude fait partie d'une série d'études sur le financement de la Santé en RDC intitulée "Réformes du financement de la Santé en RDC pour une couverture santé universelle (CSU) (P163916)", financée par le Fonds fiduciaire japonais géré par la Banque mondiale.

Cette étude a été menée par deux consultants recrutés par la Banque Mondiale, Pr Paulin Mutombo Beya et Georges Milumbu Mulumbulwa en partenariat avec l'équipe de la Direction des Etudes de la Planification (DEP) du Ministère de la Santé (MS) de la République Démocratique du Congo (RDC). Nous remercions tout particulièrement Mr Rafael Nunga Matadi, Expert et Chef de Division Programme et Suivi à la DEP, pour la guidance donnée aux consultants tout au long de cette étude.

Pr Paulin Mutombo Beya et Georges Milumbu Mulumbulwa ont développé la méthodologie, les outils de collecte des données, conduit les entretiens et réalisé les analyses de cette étude. Pr Paulin Mutombo Beya et Georges Milumbu Mulumbulwa, Dr. Marion Cros, TTL du Fonds Fiduciaire du Japon et Economiste de la Santé Principale au GFF, Joy Gebremedhin, Responsable de la Gestion des Connaissances au GFF ont rédigé ce rapport. Dr. Marion Cros a également contribué à l'analyse. Ce rapport a bénéficié des commentaires du Dr. Linda Mobula et du Dr. Michel Muvudi, Spécialistes de la Santé principale à la Banque Mondiale, du Dr. Isidore Sielenou, Economiste de la Santé Principale au GFF et du Prof. Faustin Chenge, Officier de Liaison du GFF en DRC. Cette étude a été conceptualisée par l'équipe de la Commission Financement de la Direction des Etudes et de la Planification (DEP) au Ministère de la Santé, Mme Hadia Samaha, TTL du portfolio de la santé en RDC de la Banque Mondiale jusqu'en 2020, Dr. Marion Cros et Dr. Michel Muvudi.

Que tous ceux qui ont contribué à cette étude, particulièrement les cadres de la Santé rencontrés en provinces et au niveau central, trouvent ici l'expression de notre reconnaissance pour leur disponibilité à répondre aux questions et à fournir tout renseignement utile pour cette évaluation.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	3
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	5
INTRODUCTION.....	10
1. Organisation du système de santé.....	10
2. Contexte sanitaire.....	11
3. Un bref aperçu du contrat unique.....	14
MÉTHODOLOGIE	16
1. Objectifs de recherche.....	16
2. Approches des analyses quantitatives et de l'enquête qualitative.....	16
RÉSULTATS.....	20
1. Mobilisation et utilisation des ressources entre 2018 et 2019.....	21
2. Taux de réalisation des activités/performance des provinces de 2018 à 2019.....	26
3. Évolution du taux d'utilisation des services curatifs des DPS avec CU.....	28
4. Évolution du taux de mortalité intra-hospitalière pour les provinces CU et non CU.....	29
5. Les facteurs qui favorisent ou inhibent l'opérationnalisation du mécanisme au niveau des provinces.....	30
LIMITATION DE L'ÉTUDE.....	33
CONCLUSIONS.....	34
RECOMMANDATIONS.....	35
ANNEXES.....	38
1. Grille d'évaluation des performances de la DPS.....	38
2. Liste exhaustive des personnes interrogées.....	45

LISTE DES SIGLES/ACRONYMES

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
CPP	Comité Provincial de Pilotage
CS	Centre de santé
CU	Contrat unique
DHIS2	District Health Information Software two
DPS	Division provinciale de la santé
FM	Fonds mondial
Gavi	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GIBS	Groupe inter bailleur de santé
HGR	Hôpital général de référence
MCZ	Médecin-chef de zone
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
OAC	Organisation à assise communautaire
OBC	Organisations à base communautaire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAO	plan d'action opérationnel
PDSS	Projet de développement du système de santé
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PPDS	Plan provincial de développement sanitaire
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
RDC	République démocratique du Congo
SNIS	Système national d'information sanitaire
TPI	Traitement préventif intermittent
Unicef	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USD	Dollar américain
ZS	Zone de santé

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Introduction

Le secteur de la santé en République Démocratique du Congo (RDC) fait face à plusieurs défis. En effet, les dépenses de santé par habitant sont faibles, à hauteur de 20 dollars américains par personne par an, dont seulement 3 dollars américains sont couverts par le gouvernement, le reste étant couvert quasiment à parts égales par les bailleurs de fonds (8 dollars) et les ménages (9 dollars) (CNS 2018 publiés en 2020). Plusieurs études ont aussi mis l'accent sur le manque d'efficacité des financements externes, affectant les résultats en matière de santé (OMS, 2019). Une étude menée en 2014 par la Direction des Études et de la Planification (DEP) a montré que les Divisions Provinciales de la Santé (DPS), le niveau intermédiaire de financement, étaient incapables d'utiliser les différentes sources de financement de manière optimale, étant donné la multitude de contrats et les différentes procédures financières des bailleurs de fonds. Face à cette fragmentation, les acteurs locaux et internationaux ont organisé une série d'ateliers, qui ont permis de définir le terme du contrat unique.

Le contrat unique est un mécanisme de gestion développé par le ministère de la Santé publique et les partenaires techniques et financiers (PTF) afin de favoriser une meilleure coordination des financements pour la santé au niveau des DPS. Ce mécanisme est utilisé pour financer les coûts administratifs du niveau central et celui des DPS. Cependant, cette étude s'est axée sur l'évaluation du fonctionnement du niveau des DPS uniquement, comme point de départ. Le contrat unique se présente comme un mécanisme qui mutualise les financements de sources nationales et externes et les affecte de manière coordonnée aux DPS sur la base d'un plan d'action opérationnel unique, assorti d'un budget et d'un cadre de suivi singuliers. Le contrat unique n'est pas un mécanisme de mise en commun des fonds pour financer la prestation de services au niveau des établissements, mais plutôt un mécanisme qui mutualise les financements pour contribuer à la prestation des services en finançant les coûts administratifs des DPS. Plus précisément, le contrat unique finance les coûts opérationnels des DPS, par exemple l'encadrement, les missions et l'assistance technique. Par exemple, dans la province du Sud Ubangi, le contrat unique finance les activités liées à la planification, la gestion des zones de santé, la gestion financière, le système d'information sanitaire et la recherche, l'hygiène et la santé publique, ainsi que les activités liées aux ressources humaines au niveau des DPS. Depuis 2017, ce mécanisme a été mis en œuvre dans 14 provinces de la RDC. Mais l'évaluation a principalement porté dans les 12 DPS pour lesquelles il y avait des données financières depuis 2018 pour faire l'état des lieux dans le temps.

L'inclusion des PTF dans ce processus s'est faite par paliers : dans un premier temps, la Banque Mondiale (BM) a travaillé seule avec la DEP ; par la suite, les PTF de la plateforme Projet de développement du système de santé (PDSS) (Banque mondiale, Fonds Mondial, Gavi, Unicef, UNFPA et USAID) ont rejoint le processus ; et enfin, les autres PTF comme l'OMS, JICA, la Coopération suisse, la Belgique, ont aussi intégré ce mécanisme en fonction de leur présence dans certaines DPS.

Objectifs et Méthodologie

Cette étude vise à mieux comprendre le fonctionnement du contrat unique et à mesurer son efficacité entre 2018 et 2019 avec des données statistiques descriptives et des entretiens semi-structurés. Elle considère notamment de :

- Mesurer l'évolution du degré d'exécution budgétaire des financements nationaux et externes des divisions provinciales de la santé dans les provinces sous contrat unique ;
- Mesurer l'évolution du montant des ressources mobilisées par les divisions provinciales de la santé et en comparaison de celui mobilisé par les bailleurs ;

- Mesurer l'évolution du taux de réalisation des activités, pour apprécier la performance des provinces, sur la base des critères utilisés pour conduire les évaluations trimestrielles de ce contrat (Annexe 1) ;
- Déterminer si le contrat unique a un impact sur la prestation des services de santé dans les provinces sanitaires, particulièrement en ce qui concerne l'utilisation et la qualité des services de santé. L'hypothèse suppose que les DPS à contrat unique sont plus efficaces en termes de réalisation des activités et d'utilisation des ressources administratives, ce qui entraîne une meilleure utilisation et qualité des services au niveau des formations sanitaires. La relation entre le contrat unique et l'utilisation des services de santé est indirecte, car on suppose que l'amélioration de l'encadrement/la supervision menée par les autorités sanitaires provinciales dans les zones de santé contribue indirectement à une meilleure utilisation des services de santé. Mais le contrat unique ne finance pas directement la prestation des services de santé ;
- Identifier les facteurs qui favorisent ou inhibent l'opérationnalisation du mécanisme CU au niveau des provinces.

Cette étude emploie une approche mixte qui associe une méthode quantitative de type quasi-expérimentale et une méthode qualitative de type étude de cas. Cette étude repose sur les données quantitatives recueillies dans les 12 provinces ayant signé un CU sous l'appui du PDSS, notamment les provinces du Sud-Ubangi, de Lualaba, de Mai-Ndombe, de Kwilu, de Kwango, de l'Équateur, de Mongala, du Haut-Lomami, de Tshuapa, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de Maniema. Elle s'appuie également sur les données qualitatives récoltées dans les provinces de Kwango, du Sud-Ubangi, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu.

Résultats des analyses quantitatives et des entretiens semi-structurés

Mobilisation et utilisation des ressources entre 2018 et 2019. L'étude a noté qu'il y a eu une augmentation des financements mobilisés par le CU entre 2018 et 2019, témoignant ainsi d'un alignement plus important aux PAO consolidés des provinces. Cependant, il faut reconnaître que cette mobilisation est restée faible (1 528 128 USD en 2018 à 1 942 946 USD en 2019), représentant moins de 2% des financements extérieurs dans la santé en 2018 (Les CNS ne sont pas disponibles pour 2019 et cette estimation ne peut donc pas être réalisée). Cette mobilisation des financements autour du PAO est essentiellement le résultat des bailleurs, mais il y a aussi eu une amélioration des financements internes au niveau provincial, passant de 17 558 USD en 2018 à 30 904 USD en 2019, ainsi qu'au niveau central, passant de 322 647 USD en 2018 à 764 124 USD. En 2018, les ressources nationales ont financé 22% du contrat unique par rapport à 41% en 2019. Au niveau de l'utilisation des ressources, les taux de décaissements demeurent faibles de manière générale, à 68% et 69% respectivement, en 2018 et 2019, questionnant les capacités des provinces à absorber les ressources reçues dans le cadre du contrat unique. Plusieurs interviews ont souligné le problème de faible capacité en gestion financière des DPS et de l'absence d'un manuel de procédures commun. Cela veut dire que chaque bailleur a ses propres procédures. Ce qui crée une importante lourdeur administrative, et surtout, ne facilite pas leur maîtrise par les acteurs sur terrain.

Taux de réalisation des activités/performance des provinces de 2018 à 2019 avec CU. Le taux de réalisation¹ des activités a diminué de 77 % en 2018 à 61 % en 2019. Comme il a été précédemment indiqué, les activités correspondent aux activités de supervision et d'encadrement fournies par les DPS dans les domaines de la planification, de la gestion des zones de santé ou de la gestion financière. Cette

¹ Le taux de réalisation des activités par rapport aux objectifs prédéfinis dans les PAO des DPS a été obtenu en calculant la moyenne des scores d'évaluation obtenus par les DPS entre le premier trimestre 2018 et le quatrième trimestre 2019. Ces scores d'évaluation sont effectués sur la base des indicateurs du Tableau 1.

baisse de performance pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y ait pas de mécanisme permettant aux provinces de s'améliorer, selon les entretiens. Il y a une corrélation entre le taux de réalisation d'activités des DPS et le taux d'encadrement en 2018 (0,29) et 2019 (0,94). Cette corrélation pourrait indiquer l'existence d'un lien positif entre les activités d'encadrement financées par le contrat unique et le taux moyen de réalisation des activités des DPS.

Évolution du taux d'utilisation des services curatifs des Divisions provinciales de la santé à contrat unique.

Toutes les provinces avec CU ont connu une amélioration en matière d'utilisation des services de santé. Cependant, il n'est pas possible de conclure que cela soit dû au contrat unique sans réaliser des analyses économétriques, en contrôlant pour plusieurs facteurs. Entre 2018 et 2019, les provinces avec CU avaient, en moyenne, augmenté de 9 % leur taux d'utilisation des services contre 4 % pour les provinces non CU.

Évolution du taux de mortalité intra-hospitalière pour les provinces CU et non CU. Ce taux est resté stagnant pour la plupart des provinces sans tendance à la baisse sauf pour Kwango, Lualaba, Maniema et Sud-Ubangi. Le taux de mortalité intra-hospitalière a été plus important pour les DPS de Haut-Lomami et du Sud-Ubangi tandis qu'il était le plus bas pour la province de Tshuapa. Il a connu une légère amélioration pour les provinces avec CU sans pour autant que cette différence avec les DPS non CU ne soit statistiquement significative. Comme pour l'utilisation des services de santé, il n'est pas possible de conclure que le CU a eu un effet positif sur le taux de mortalité intra-hospitalière puisque la différence n'est pas significative. Par ailleurs il faudrait davantage des données dans le temps pour construire un modèle permettant de déterminer si le CU a influencé la mortalité hospitalière.

D'après les entretiens semi-structurés réalisés dans les DPS, il y a plusieurs facteurs qui favorisent ou inhibent l'opérationnalisation du mécanisme au niveau des provinces. Il y a plusieurs facteurs qui inhibent l'opérationnalisation du mécanisme du Contrat Unique. Il y a d'abord des problèmes de planification. Il existe une faible correspondance entre l'outil de planification utilisé et la mission des Divisions provinciales de la santé. Par ailleurs, il y a une implication insuffisante au niveau central comme provincial, ce qui entraîne une absence d'accompagnement et de suivi pour s'assurer du bon fonctionnement du CU. Il y a aussi un faible engagement des bailleurs. Les PTF participent peu à l'élaboration des PAO (plans d'action opérationnels) des Divisions provinciales de la santé. Un autre élément est le manque de flexibilité de certains bailleurs et du manque de prévisibilité de ces financements. Cette situation implique que les PAO soient souvent élaborés sans les contributions directes des PTF, et certains bailleurs opèrent encore en silo, en dehors de ce PAO, car ils ont leur propre agenda et peu d'incitation à s'aligner au système national et n'ont pas confiance dans les capacités de gestion des DPS pour gérer ce mécanisme. Selon les résultats, GIBS (Groupe Inter-bailleur de la Santé) au niveau provincial est perçu comme étant faible.

Il faut cependant relever qu'il y a des facteurs qui, au contraire, ont favorisé une bonne gestion de la mise en œuvre du CU, comme ancrer la mise en œuvre du CU autour du PAO. Le PAO constitue un élément central du CU. Plusieurs personnes interrogées ont toutefois indiqué un faible alignement de la part de certains PTF. Et certaines DPS reconnaissent que les PAO se doivent d'être des outils flexibles, qui s'adaptent aux impératifs des diverses parties prenantes.

Perception positive du contrat unique. L'évaluation a noté qu'en général le fonctionnement du contrat unique est bien compris et perçu principalement comme un outil de planification pour augmenter l'utilisation et la qualité des services de santé, s'il y a un meilleur alignement des bailleurs. Cependant, plus de communication pourrait être nécessaire entre le niveau central et le niveau provincial, car certaines personnes interrogées considéraient encore le contrat unique comme un fonds commun, finançant directement la prestation de services.

Conclusion

- Le contrat unique est avant tout un mécanisme qui a permis d'améliorer les capacités de planification, de traçabilité et de budgétisation des provinces, critères fondamentaux pour une bonne gouvernance.
- Le contrat unique a contribué à la mobilisation des financements intérieurs et renforce la décentralisation.
- Cependant, le contrat unique aurait pu être un outil plus important d'alignement des financements extérieurs aux PAO des provinces. Certes les financements extérieurs ont augmenté entre 2018 et 2019. Ce qui a provoqué un meilleur alignement des financements extérieurs agrégés au PAO des provinces. Cependant, ces financements agrégés, bien que mieux structurés, restent extrêmement faibles.
- Il convient toutefois de souligner que la nature même du contrat unique peut justifier le financement limité du contrat unique qui est axé sur les coûts administratifs des autorités sanitaires provinciales, afin d'influencer indirectement la prestation de services (par la supervision, l'encadrement). Le contrat unique n'est pas censé être un mécanisme de mutualisation de fonds par lequel les fonds des bailleurs sont utilisés pour subventionner la prestation de services au niveau des établissements. Si c'était le cas, le financement devrait en effet être beaucoup plus élevé.
- La faible exécution budgétaire des engagements des bailleurs et du gouvernement entrave le fonctionnement du CU et vient pointer du doigt des problèmes structurels qui bloquent la mise en œuvre du contrat unique, son acceptation auprès des bailleurs et sa mise à l'échelle. Ces problèmes structurels, d'après les entretiens semi-structurés, comprennent les faibles capacités de planification, de budgétisation et de suivi au niveau des divisions provinciales de la santé.
- Le contrat unique contribue à un meilleur encadrement des provinces et la mise en œuvre de leurs activités, mais les activités de suivi et d'évaluation doivent se solidifier et les données d'évaluation utilisées pour corriger la mauvaise performance des provinces.
- Les provinces qui présentent une bonne performance en matière d'encadrement du taux d'activités et de décaissement, sont les provinces qui combinaient des compétences en planification participative, suivi budgétaire et suivi d'évaluation du mécanisme régulier.

Recommandations

Afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du contrat unique, cette étude recommande :

1. De renforcer les capacités et compétences en gestion des finances publiques des Administrateurs Gestionnaires des DPS et des ZS pour améliorer l'absorption des financements des DPS par rapport aux PAO compte tenu de la faiblesse du taux d'exécution dans les provinces avec contrat unique (qui est passé de 68 à 69% entre 2018 et 2019). Cela améliorera également la confiance des bailleurs à adhérer à ce mécanisme, qui hésite à s'impliquer davantage.
2. Coordonner le mécanisme du contrat unique avec la mise en œuvre annuelle de la cartographie GIBS et du PNDS et la réforme du budget-programme.
3. Continuer à inciter les DPS à CU à mettre en œuvre les activités liées à l'encadrement des DPS et des ZS sur l'encadrement, compte tenu d'une relation positive entre cette activité et le taux de réalisation d'activité de la DPS.
4. Améliorer les activités de suivi et d'évaluation du contrat unique, en évaluant si les critères utilisés sont toujours pertinents pour mesurer la performance des provinces.

5. Promouvoir l'harmonisation des procédures des bailleurs de fonds au niveau provincial et concevoir un mécanisme de performance commun à tous les bailleurs. Au minimum, il est recommandé que les bailleurs de fonds cherchent à harmoniser les critères de performance, afin que les autorités sanitaires provinciales reçoivent les mêmes incitations de la part de tous les bailleurs de fonds. Il est également recommandé que le niveau central entreprenne une évaluation pour comprendre les goulots d'étranglement qui empêchent les bailleurs de fonds de s'aligner aux systèmes de gestion administratif et des finances publiques des provinces dans le cadre du contrat unique, afin qu'une feuille de route soit mise en place permettant au gouvernement d'aborder les goulots d'étranglement qui empêchent les bailleurs de fonds d'utiliser le système national.
6. Améliorer le processus de planification au niveau central en alignant les cycles de planification des provinces et les cycles budgétaires nationaux pour accroître la prévisibilité et la disponibilité des financements, ainsi qu'en favorisant l'implication du ministère de la Santé pour intégrer les aspects négociés et traités au niveau central avec les partenaires techniques et financiers aux plans d'action opérationnels.
7. Impliquer davantage les partenaires techniques et financiers dans le processus de planification des provinces par le biais du contrat unique en redynamisant les entités de coordination des partenaires techniques et financiers, notamment en accroissant la fréquence des réunions et en mettant en œuvre un GIBS provincial opérationnel.
8. Centraliser les données des évaluations trimestrielles à la DEP pour pouvoir effectuer des évaluations régulières et collecter des indicateurs similaires pour toutes les autres provinces sans contrat unique.

INTRODUCTION

1. Organisation du système de santé

Le système de santé de la République démocratique du Congo (RDC) comprend trois niveaux. Au niveau central, le ministère de la Santé publique joue un rôle normatif et définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives inhérentes au secteur de la santé. Il joue également un rôle décisif dans la mobilisation et dans l'allocation des ressources. En plus du Ministre ayant la santé dans ses attributions, ce niveau comprend aussi le Secrétariat Général à la santé, les services centraux et les programmes spécialisés y attachés, et l'Inspection Générale de la Santé. **Le niveau provincial** comprend le Ministre provincial en charge de la Santé, la Division provinciale de la Santé (DPS), l'Inspection provinciale de la Santé (IPS), la Centrale régionale de distribution (CDR) des médicaments, de l'hôpital provincial, et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. Le niveau provincial organise, encadre et gère les soins de santé primaires dans les zones de santé. Pour le moment, le pays compte 29 divisions provinciales de la santé, correspondant aux 26 provinces juridictionnelles.

La décentralisation confère aux provinces les attributions exclusives de l'organisation et de la gestion des soins de santé primaires. Ainsi, les Divisions provinciales de la Santé sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des ministres provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, ainsi que le suivi et la traduction des directives, stratégies, et politiques, sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Il est important de souligner que les provinces ont une très faible capacité de mobilisation des ressources. De plus, la loi sur la rétrocession n'est pas appliquée (voir la case 1), ce qui limite encore plus les ressources financières des provinces. Dans le secteur de la santé, les salaires des ressources humaines travaillant dans le secteur de la santé dans les provinces sont payés directement du niveau central aux divisions provinciales. Le Ministère de la santé à Kinshasa indique le nombre de personnes travaillant dans le secteur de la santé dans cette province, sur la base duquel le Ministère du budget à Kinshasa transfère ensuite ces ressources au Ministère provincial du budget qui rémunère le personnel de santé au niveau provincial.

Chaque année, les DPS préparent un budget qu'elles soumettent au Ministère provincial du budget pour une consolidation supplémentaire. Au cas où le Ministère de la santé dispose de fonds pour la Division provinciale de la santé, ceux-ci sont communiqués au Ministère central du budget, qui les communique au Ministère provincial du budget, qui les communique à son tour à la Division provinciale de la santé. Dans l'ensemble, la DPS a une capacité décisionnelle limitée, mais elle est chargée de la planification, de l'exécution et du suivi des activités de santé de la DPS ; mais la plupart des ressources pour ce faire proviennent du niveau central ou des bailleurs de fonds.

Les Inspections provinciales de Santé (IPS) sont des structures déconcentrées, qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de province. Elles assurent l'inspection et le contrôle des établissements de soins pharmaceutiques et de science de la santé.

Case 1. La décentralisation dans le contexte de la RDC : théorie et pratique

La Constitution de 2006 a prévu le transfert de la moitié des ressources collectées au niveau national aux 26 provinces sous forme de rétrocession (40%) et de péréquation (10%), afin de leur donner les moyens de fournir les services publics de proximité aux populations. Les modalités de transfert ont été par la suite mieux précisées par la Loi Organique portant Loi des Finances Publiques (LOFIP) 011/11 du 13 juillet 2011 et par l'Ordonnance loi N° 18/004 du 18 mars 2018 fixant la nomenclature des impôts, droits, taxes et redevances des provinces et des entités territoriales décentralisées ainsi que leurs modalités de répartition. L'article 220 de la LOFIP 2011 spécifie que pour les recettes à caractère national de la catégorie A (recettes administratives, judiciaires et domaniales collectées en province et recettes des impôts perçus à leur lieu de réalisation), la retenue à la source de 40% est portée au compte de la province génératrice de ladite recette. Pour les recettes à caractère national de la catégorie B (recettes administratives, judiciaires et domaniales nationales, recettes de douanes et d'accises ; recettes des impôts recouvrées sur les grandes entreprises ; recettes des pétroliers producteurs), l'article 221 de la LOFIP 2011 énonce que la rétrocession de 40% s'effectue, au profit des provinces, suivant leur capacité contributive et leur poids démographique au regard des modalités déterminées, conformément à un Arrêté conjoint des ministres du pouvoir central ayant les finances et le budget dans leurs attributions respectives.

Toutefois, en pratique, les provinces et les entités territoriales ont toujours proclamé que leur droit à percevoir 40 % des recettes à caractère national n'a jamais été respecté depuis que la constitution de 2006 est en vigueur. Comme il a été noté dans le Rapport PEFA 2019, à l'issue de l'examen du projet de loi de finances 2019 et du projet de loi de reddition des comptes, la Cour des Comptes comme les Commissions ECOFIN du Parlement mettent en exergue, le non-respect des transferts aux ETD et la non-observance des critères légaux de la retenue de 40 % des recettes à caractère national et de leur répartition équitable aux provinces. Au total, conclut le Rapport PEFA, la formule utilisée par le gouvernement n'est pas appliquée de manière transparente et moins de 25% de l'affectation horizontale des transferts de l'administration centrale aux administrations infranationales est déterminée par des mécanismes transparents et fondés sur des règles équitables (Banque mondiale, document interne, 2021).

Le niveau opérationnel est constitué de la Zone de santé, avec les hôpitaux généraux de référence et les Centres de santé qui s'y rattachent. En effet, le pays est découpé en 516 ZS avec 393 Hôpitaux généraux de référence (HGR) et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de santé (CS). Selon les contextes locaux particuliers, le niveau opérationnel peut aussi comprendre des Centres de santé de référence et des Postes de santé qui constituent ainsi des structures facultatives. Il faut aussi noter la participation communautaire tant dans la gestion des centres de santé à travers le comité de développement sanitaire ou encore le conseil d'administration au niveau de la zone de santé. La prise en charge communautaire est aussi organisée avec les sites communautaires qui prennent certains problèmes de santé non graves dans la communauté.

2. Contexte sanitaire

Cette section met en évidence les données concernant la prestation des services de santé et le financement de la santé au niveau national et au niveau provincial, permettant ainsi de mieux comprendre les défis auxquels le système de santé est confronté au niveau provincial et la logique d'un mécanisme tel que le contrat unique pour soutenir la résolution de ces défis.

La RDC a réalisé d'importants progrès en matière de santé. Les efforts et les engagements du pays en vue d'atteindre une couverture santé universelle sont confrontés à d'importants défis caractérisés par des indicateurs qui sont encore au rouge. Par exemple, bien que les décès d'enfants de moins de cinq ans et le taux de grossesse des adolescentes ont respectivement été réduits d'un tiers et d'un cinquième entre 2014 et 2017, le taux de mortalité maternelle reste élevé avec 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, et la malnutrition chronique constitue une préoccupation importante avec près de 43 pour cent des enfants accusant un retard de croissance (cf. Tableau 1).

Tableau 1 : Évolution : indicateurs de santé et de nutrition

	2014	2017
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 NV)	846	-
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1 000 NV)	104	70
Taux de mortalité néonatale (pour 1 000 NV)	28	14
Taux de fécondité des 15-19 ans (pour 1 000 femmes)	138,1	109
Retard de croissance parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	42,7	41,8
Émaciation modérée ou sévère parmi les enfants de moins de 5 ans (%)	7,9	6,5

Source : EDS 2014 et MICS 2017-18

La couverture des services de santé demeure aussi insuffisante et la qualité des soins reste faible. Selon un état des lieux effectué en 2009, 79 % des aires de santé disposent d'une formation sanitaire offrant un paquet minimum de services de santé primaires, et seulement 12 % des formations sanitaires proposant des services d'accouchement sont à même de fournir des services obstétricaux d'urgence de base ([PNDS, 2019-2022](#)). Cependant, seuls 6% des centres de santé offrent un paquet complet de services de soins de santé primaires de base répondant aux normes, et 10% des hôpitaux de référence au niveau provincial offrent un paquet complet d'activités complémentaires. Ces données cachent plusieurs disparités, allant de 0% des centres de santé et de l'hôpital régional offrant des services de santé de base et complémentaires répondant aux normes dans les provinces de Mongala, du Bas-Uélé et du Nord-Ubangi, à 59% des centres de santé et 79% des hôpitaux de référence à Kinshasa. En outre, l'évaluation de la disponibilité et de l'état de préparation des services (SARA 2013-2014) indique que seulement 10 % des formations sanitaires disposent de 90 % des médicaments traceurs requis (SARA 2013-2014). La qualité des services est également affectée par des ressources humaines insuffisantes, inadéquatement formées et inégalement réparties. Le Plan national de développement sanitaire souligne notamment que seules trois provinces atteignent la norme internationale prescrivant la présence d'un médecin pour 10 000 habitants ([PNDS, 2019-2022](#)).

L'utilisation des services est confrontée à des obstacles d'ordre financier, socioculturel et géographique. Le Système national d'information sanitaire (SNIS, 2017) indique notamment que l'utilisation des services curatifs se situe à 33,1 % et que seules 48 % de femmes enceintes complètent quatre consultations prénatales. [L'Enquête démographique et de santé](#) (EDS 2013-2014) rapporte que 33 % de femmes n'ont pas pu recevoir les services de santé dont elles avaient besoin en raison du non-consentement de leurs époux. L'EDS 2013-2014 indique également que 69 % de femmes ont été confrontées à des obstacles financiers lorsqu'elles ont voulu accéder à des services de santé. Mais, MICS 6, publié en 2019, a trouvé que 22% de femmes mariées ou en union (âgées de 15 à 49 ans) utilisaient (ou dont le partenaire utilisait) une méthode de contraception moderne. Par ailleurs, une étude récente évaluant la disponibilité, la qualité et l'équité des soins obstétricaux d'urgence (SOU) en RDC a montré que seulement 9,1% des formations sanitaires offraient des SOU de base et que seulement 2,9% d'entre elles offraient des SOU complets. Les soins étaient inégalement répartis entre les provinces et entre les zones urbaines et rurales ; ils étaient plus disponibles dans les zones urbaines, les provinces de Kinshasa et du Nord-Kivu étant favorisées par rapport aux autres provinces. Aucun des établissements ne fournissait des soins obstétricaux d'urgence de qualité, principalement en raison de

l'absence de normes et de directives appropriées (Mukendi, 2019²). En raison d'un accès insuffisant à des soins obstétricaux d'urgence de qualité et d'un taux de fécondité élevée, la mortalité maternelle reste préoccupante en RDC, avec 846 décès maternels pour 100 000 naissances, parmi les plus élevées du monde.

En matière de financement de la santé, les dépenses totales de santé par habitant restent faibles (20 USD), principalement grâce aux ménages (9 USD) et aux bailleurs de fonds (7 USD), tandis que le gouvernement ne finance que 3 USD (CNS, 2019) (tableau 1) ; l'allocation de ressources publiques pour la santé demeure faible, même si celles-ci ont augmenté dans le temps. Par exemple, la part du budget de l'État allouée à la santé est passée de 6,9 % en 2016 à 11,4 % en 2021. Cependant, si l'on retire les dépenses externes sur budget, il s'avère que les dépenses publiques générales de santé en tant que part des dépenses publiques générales (%) étaient aux alentours de 3 % en 2017 seulement. Or la mobilisation des ressources internes se mesure avec les dépenses exécutées, plus qu'avec l'allocation budgétaire qui peut ne pas être exécutée. Par exemple en 2019, seuls 57 % du budget de la santé était dépensés (Graphique 1). Il faut également mentionner que le taux assez élevé de l'exécution budgétaire pour la santé est essentiellement le résultat du paiement régulier des salaires car il y a une très faible proportion des ressources récurrentes non-salariales allouées à la santé. À titre d'exemple, en 2019, le ministère de la Santé dépensait 3 millions de dollars américains pour la santé maternelle et infantile (MS, budget de la santé, 2019)

Un autre fait alarmant est que les ménages constituent la principale source de financement des services de santé en RDC. Alors que les dépenses publiques générales de santé par habitant s'élèvent à 3 dollars américains par habitant en 2018, contre 4,3 USD par habitant en 2015, les paiements directs des ménages atteignent 9 dollars américains par habitant (cf. Tableau 2) et devancent même la contribution des bailleurs qui était à 7,28 dollars en 2018.

Au niveau provincial, le niveau de financement national de la santé est très limité ; entre 2015 et 2017, il a représenté moins de 0,4 dollar par habitant et il était proche de 0 de 2016 à 2018. On observe également des variations en termes des dépenses totales de santé (y compris les financements aux niveaux national, externe et des ménages) au niveau provincial. La province d'Équateur occupe la première place pour les dépenses par habitant, avec 27,09 USD par habitant et par an, suivie de la province de la Tshopo (22,59 USD), de Kinshasa (19,09 USD), du Sud Ubangi (17,85 USD) et du Haut Katanga (16,84 USD), compte tenu de leur poids démographique. Cependant, les provinces de Mongala et de Tshuapa sont celles qui se situent au bas de l'échelle avec 5 USD par habitant et par an. Il convient de noter que le nombre de populations par entité a plus d'influence sur le calcul de base dans ce domaine.

En comparant les prévisions de financement du PNDS 2016-2020 par niveau de la pyramide sanitaire, qui prévoyaient l'allocation de 70% des fonds au niveau opérationnel (zones de santé), 10% au niveau provincial et 20% au niveau central, les CNS 2019 montrent que le niveau central et le niveau opérationnel ont reçu plus de ressources que le seuil fixé par le PNDS 2016-2020. En revanche, le niveau provincial a été sous-financé, ne recevant que 3% du financement public. Cette situation pourrait avoir un impact négatif sur les activités de supervision et de soutien des zones de santé pour la prestation des soins et de services de santé de qualité et elle sera analysée dans la section des résultats, compte tenu du mécanisme du contrat unique qui mutualise les ressources nationales et externes, afin de soutenir les DPS supervisant les services de santé aux niveaux opérationnels.

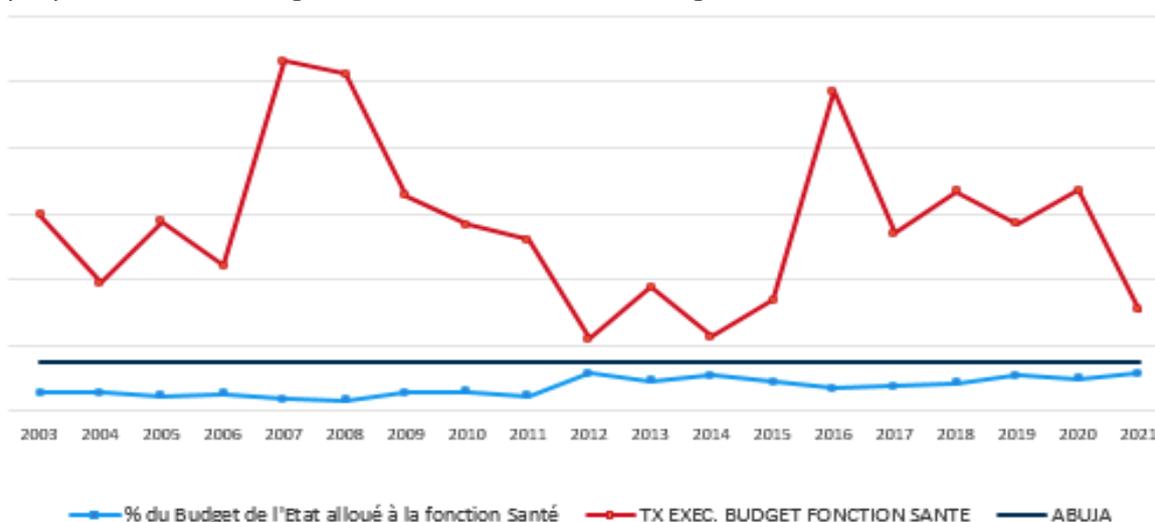
² Dieudonné Mpunga Mukendi, Faustin Chenge, Mala A. Mapatano, Bart Criel et Gilbert Wembodinga. Santé reproductive volume 16, numéro d'article : 102 (2019). Distribution et qualité de la prestation des services de soins obstétricaux d'urgence en République démocratique du Congo : il est temps d'améliorer les mécanismes de régulation.

Tableau 2 : Évolution des indicateurs du financement de la santé

	2015	2016	2017	2018
Dépenses de santé par habitant (dépenses courantes d'investissement), USD	21,57	22,58	21,27	20,4
Dépenses courantes du gouvernement central par habitant par an, USD	3,13	2,54	1,93	2,92
Dépenses publiques générales de santé en tant que part des dépenses publiques générales (%) par an, USD	3,8	3,9	3,3	
Dépenses courantes des administrations provinciales par habitant et par an, USD	0,34	0,05	0,07	0,08
Paielements directs de santé par habitant (USD) par an	8,43	8,84	9,11	8,99
Dépenses externes par habitant par an	8,25	9,5	8,84	7,28

Source : Comptes nationaux de la santé, 2019

Graphique 1. Allocation budgétaire à la santé et exécution budgétaire du secteur de la santé



Les comptes nationaux de la santé de 2019 soulignent en effet qu'en 2018, 44 % des dépenses totales de santé provenaient des ménages. Ils indiquent également que 35 % des dépenses totales de santé sont financées par des sources de financement externes. Cette aide publique au développement pour la santé est toutefois de nature fragmentée et représente une importante source d'inefficience. Une évaluation menée en 2015 par l'Organisation Mondiale de la Santé signale notamment une situation caractérisée par le financement d'activités similaires, au même endroit par plusieurs partenaires différents, par manque d'une concertation préalable. Cette situation souligne l'importance de redoubler les efforts pour optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources existantes, et ce afin de répondre aux priorités les plus importantes du pays.

3. Un bref aperçu du contrat unique

Plusieurs événements ont concouru à la mise en place du CU. Le premier découle de l'évaluation du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015, qui avait montré que la **fragmentation du financement des partenaires financiers** appuyant les activités des zones de santé avait entravé l'atteinte

des résultats du PNDS 2011-2015. Le rôle peu efficace des DPS dans **l'alignement de ces partenaires** a aussi été relevé. Par la suite, une étude menée en 2014 par la Direction d'Études et Planification (DEP) sur le financement du niveau intermédiaire avait également montré que les DPS ne pouvaient pas **utiliser de façon optimale les différents financements en raison de la multiplicité des contrats** (entre les Divisions provinciales de la santé et les bailleurs de fonds ou les autorités sanitaires de zone et les bailleurs de fonds) et les **différentes procédures financières des bailleurs de fonds**. Pour mettre fin à cette fragmentation qui affectait les bons résultats dans le secteur, les acteurs locaux et internationaux ont organisé des ateliers de réflexion – notamment celui de Matadi en 2015 – qui ont permis de définir le terme de CU et les modalités de sa mise en œuvre.

Le contrat unique est un mécanisme de gestion développé par le ministère de la Santé avec les partenaires techniques et financiers afin de favoriser une **meilleure coordination des financements pour la santé, optimiser l'utilisation des financements disponibles et mieux répondre aux priorités sanitaires du pays**. De façon plus concrète, il s'agit d'un contrat entre la Division provinciale de la santé, le Ministère provincial de la santé et les bailleurs de fonds.

Ce mécanisme est utilisé pour **financer les coûts administratifs du niveau central et du niveau des DPS**. Cependant, cette étude s'est axée sur l'évaluation du fonctionnement du niveau des DPS uniquement comme point de départ. Le contrat unique fonctionne comme un mécanisme qui **mutualise les financements provenant de sources nationales et externes de manière coordonnée vers les DPS, sur la base d'un plan d'action opérationnel unique, ainsi que d'un budget et d'un cadre de suivi uniques**. Le contrat unique n'est pas un mécanisme de fonds mutualisés finançant la prestation de services au niveau des établissements, mais il contribue plutôt à la prestation de services en finançant les coûts administratifs des DPS. Plus précisément, le contrat unique finance les coûts opérationnels des DPS, par exemple l'encadrement, les missions et l'assistance technique. Par exemple, dans la province du Sud Ubangi, le contrat unique finance les activités liées à la planification, la gestion des zones de santé, la gestion financière, le HMIS et la recherche, l'hygiène et la santé publique, ainsi que les activités liées aux ressources humaines au niveau des DPS. **Il convient de noter que, malgré le contrat unique, plusieurs bailleurs de fonds opèrent au niveau provincial et zonal sur des programmes de maladies spécifiques qui ne font pas partie du contrat unique.**

Le cadre de performance au niveau des DPS inclut notamment des indicateurs axés sur **la coordination et le pilotage** du secteur de la santé au niveau de la province, la **collaboration intersectorielle, l'accompagnement et l'encadrement technique des zones de santé, la gestion des ressources et de l'information sanitaire** (voir le tableau 1 en annexe pour la grille reprenant les différents indicateurs). Le cadre de performance sert à renseigner une évaluation trimestrielle menée par les parties prenantes du CU. Cette évaluation prend la forme de réunions pendant lesquelles les progrès réalisés au cours d'un trimestre sont comparés aux objectifs et aux prévisions inscrits dans le PAO de la DPS. Les résultats de l'évaluation conditionnent les décaissements, et ce notamment dans le cadre des financements de la Banque mondiale (BM) à travers le Projet de développement du système de santé (PDSS). Ces évaluations sont complétées par des missions de supervision et des audits réguliers conduits par le ministère de la Santé. La Banque mondiale, par exemple, offre un niveau de financement équivalent au taux d'exécution d'activité. Si la province a eu un taux d'exécution d'activité de 60%, alors le PDSS allouera 60% du financement disponible pour la supervision de cette province. Le Fonds mondial a un système différent dans le sens où il alloue 100% du financement si le taux d'exécution d'activité est supérieur à 80%, mais 50% du financement si le taux d'exécution d'activité est compris entre 50% et 79%.

Le contrat unique a été lancé au début de l'année 2017. L'inclusion des PTF dans ce processus s'est faite par paliers : dans un premier temps, la BM a travaillé seule avec la DEP ; par la suite, les PTF de la plateforme du PDSS (**Fonds Mondial, Gavi, Unicef, UNFPA et USAID**) ont rejoint le processus ; et enfin, les autres PTF comme **l'OMS, JICA, la Coopération suisse, la Belgique**, ont aussi intégré ce mécanisme en fonction de leur présence dans certaines DPS.

À ce jour, 14 contrats uniques ont été signés, notamment avec les 12 provinces appuyées par le PDSS/ Il s'agit du Sud-Ubangi, de Lualaba, de Mai-Ndombe, de Kwilu, de Kwango, de l'Équateur, de Mongala, du Haut-Lomami, de Tshuapa, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de Maniema. En plus du PDSS, ces provinces bénéficient aussi de l'appui des autres PTF, cités ci-dessus, qui travaillaient, tant bien que mal, en commun pour appuyer les différentes DPS.

Il importe de noter aussi que sept services du niveau central du Ministère de la santé sont également sous contrat unique. Cela signifie que plusieurs bailleurs de fonds fournissent des fonds aux services du Ministère de la santé en fonction de leur performance. Ces ressources sont utilisées pour superviser les activités des DPS. Mais l'évaluation n'a pas porté sur ce niveau. Cette analyse se concentre uniquement sur le mécanisme de contrat unique au niveau des DPS.

MÉTHODOLOGIE

1. Objectifs de recherche

Cette étude vise à mieux comprendre le fonctionnement du contrat unique et à mesurer son efficacité entre 2018 et 2019 avec des données statistiques descriptives et des entretiens semi-structurés. Elle considère notamment de :

- Mesurer l'évolution du degré d'exécution budgétaire des financements nationaux et externes des divisions provinciales de la santé dans les provinces avec contrat unique ;
- Mesurer l'évolution du montant des ressources mobilisées par les divisions provinciales de la santé et celui des bailleurs ;
- Mesurer l'évolution du taux de réalisation d'activité – ou aussi appelé la performance des provinces – sur la base des critères utilisés pour conduire les évaluations trimestrielles de la mise en œuvre du contrat unique (Annexe 1) ;
- Déterminer les effets du contrat unique sur les indicateurs de santé dans les zones de santé, notamment ceux liés à l'utilisation et à la qualité des services de santé et ;
- Identifier les facteurs qui favorisent ou inhibent l'opérationnalisation du mécanisme CU au niveau des provinces.

Cette étude emploie une approche mixte qui associe une méthode quantitative de type quasi-expérimental et une méthode qualitative de type étude de cas.

2. Approches des analyses quantitatives et de l'enquête qualitative

2.1. Données quantitatives

Les données quantitatives ont été recueillies dans les 12 provinces qui mettent en œuvre le contrat unique, et ce essentiellement à partir des systèmes d'information et d'établissement de rapports. L'analyse compare les données de référence recueillies au début de la mise en œuvre (2017) avec les données obtenues pour les mêmes provinces à la fin de la deuxième année de mise en œuvre (2019).

Les sources de données utilisées incluent les :

- Données du Système national d'information sanitaire (SNIS/DHIS2) ;
- Rapports d'évaluations trimestrielles ;
- Plans d'action opérationnels des DPS ;
- Rapports annuels des DPS ;
- Rapports des réunions du Comité Provincial de Pilotage ;

- Rapports de la Cellule de Suivi et d'Évaluation du ministère de la Santé publique.

Les données quantitatives des 12 provinces bénéficiant d'un contrat unique ont également été comparées à un groupe de contrôle qui inclut les 14 autres provinces restantes n'ayant pas bénéficié d'un contrat unique.

Afin d'assurer la qualité de ces données secondaires, un examen approfondi des méthodologies utilisées pour la collecte, l'analyse et la validation des données a été mené. Les données non validées et/ou considérées comme aberrantes (c.-à-d. très différentes par rapport à d'autres sources) ont été écartées de l'analyse. Les données quantitatives générées ont été saisies dans une matrice Excel, qui reprend les différents résultats attendus ainsi que les indicateurs pertinents du cadre de performance (Annexe 1).

Pour répondre aux objectifs de l'étude, l'équipe a calculé un indicateur sur la mobilisation des ressources, leur utilisation, le taux de réalisation des activités, l'utilisation des services de santé et la mortalité intra-hospitalière.

- **Mobilisation des ressources** : ce sont les engagements des bailleurs, du gouvernement central et local sur une période donnée au niveau des DPS dans les provinces avec un contrat unique, permettant de mesurer l'alignement des bailleurs au PAO ainsi que l'effort du gouvernement central et des DPS à mobiliser des ressources pour la santé. Il convient de noter que l'allocation totale des ressources externes par province n'était pas disponible en 2018 et 2019, ce qui nous empêche de comparer les ressources externes totales dans les provinces avec contrat unique et dans les provinces sans contrat unique. À l'avenir, une telle comparaison sera possible, étant donné que le PNDS 2019-2022 a commencé à faire une collecte de données sur le budget et les dépenses des bailleurs de fonds en ce qui concerne les priorités du PNDS 2019-22 de 2019 et 2021.
 - **Utilisation des ressources** : taux général de décaissement dans les provinces à contrat unique, qui se définit comme le rapport entre les décaissements effectués sur une période donnée et les ressources engagées (non encore décaissées) ; et
 - **Taux de réalisation des activités**, qui se définit comme le rapport des activités complétées au cours d'une période donnée avec les objectifs définis dans le plan d'action opérationnel de la DPS pour cette même période (Tableau 1).
 - **Utilisation des services de santé** : c'est un indicateur qui montre le nombre de nouveaux patients qui se rendent auprès d'une formation sanitaire dans un service donné. Formule : Nombre de nouveaux cas vus dans les services de la formation sanitaire X 100/population cible attendue.
- Mortalité intra-hospitalière** : C'est un indicateur qui renseigne sur le nombre de patients décédés au cours de leur séjour à l'hôpital durant une période donnée. Il se calcule de la manière suivante : Nombre de décès en hospitalisation x 100 / Nombre de cas hospitalisés. La mortalité hospitalière et l'utilisation des services de santé ont été choisies puisqu'il s'agissait des seuls résultats de santé disponibles dans les provinces à contrat unique et sans contrat unique.

2.2. Données qualitatives

Les **données qualitatives** ont été collectées à travers des entretiens semi-structurés, et ce dans les provinces de Kwango, du Sud-Ubangi, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu. Ces quatre provinces ont été privilégiées en raison de leur bonne performance³ (Kwango et Sud-Ubangi) ou de leur faible performance (Nord et Sud-Kivu). Ces niveaux de performance sont établis au travers d'une analyse quantitative des taux de réalisation des activités, tels que communiqués dans les rapports trimestriels

³ Indicateurs de performance utilisés pour l'évaluation trimestrielle : Annexe 1.

des DPS, par rapport aux objectifs inscrits dans les plans d'action opérationnels des DPS (voir Annexe 1 et Tableau 1).

Les entretiens qualitatifs ont ciblé les parties prenantes directement impliquées dans la mise en œuvre du contrat unique, notamment les autorités publiques nationales et provinciales, les organisations à base communautaire, les partenaires techniques et financiers, les chefs de division des DPS, les directeurs de bureau, les médecins chefs de zone et les infirmiers titulaires. Au total, 29 entretiens volontaires ont été réalisés, en suivant un protocole spécifique et en utilisant un modèle de collecte de données.

Le tableau 3 détaille les rôles et la répartition des personnes interrogées. (Voir l'annexe 2 pour une liste complète).

Tableau 3 : Rôles et répartition des personnes interrogées

Personnes interviewées	Total
Partenaires techniques et financiers	13
Représentants, ministères provinciaux de la Santé	4
Représentants, divisions provinciales de santé	14
Médecins-chefs de zone	5
Infirmiers titulaires	3
Représentants des organisations à assise communautaire	1

Les entretiens ont été enregistrés sur magnétophone ou smartphone, et ont ensuite été retranscrits *verbatim* sur ordinateur.

Les **données qualitatives** ont été collectées au travers d'entretiens semi-structurés dans quatre provinces, notamment Kwango, Sud-Ubangi, le Nord-Kivu et le Sud-Kivu. Ces provinces ont été privilégiées en raison de leur bonne performance (Kwango, Sud-Ubangi) ou de leur faible performance (Nord et Sud-Kivu). Au total, 29 entretiens ont été menés (cf. Annexe 2 pour la liste des personnes interrogées).

Les données qualitatives ont été analysées sur une base thématique : les réponses fournies par les informateurs clés ont été systématisées et catégorisées dans une matrice Excel, en fonction de thèmes prédéfinis. Ces thèmes incluent la **planification des activités, la coordination et collaboration des différentes parties prenantes, le financement des activités, leur mise en œuvre, leur suivi et l'évaluation des performances**. Les résultats obtenus ont ensuite été comparés et analysés par rapport aux données quantitatives générées à partir des systèmes d'information et d'établissement de rapports.

2.3. Sélection des provinces

Ces rapports trimestriels reportent notamment le taux d'activité des DPS sur la base des 6 domaines suivants : 1) La coordination, le pilotage et la planification ; 2) L'encadrement des ZS ; 3) La gestion des ressources, y compris celle des médicaments, des ressources humaines, matérielles et financières ; 4) Inspection contrôle ; 5) Hygiène et salubrité publique ; 6) Enseignement des sciences de la santé.

Le taux d'activités ou le taux de performance est calculé sur les activités réalisées par rapport à la totalité des activités à réaliser par province. Le tableau récapitule les domaines d'activités ainsi que la liste d'activités sur lesquelles la performance des provinces est évaluée. L'annexe 2 fournit plus d'informations sur la fréquence et le contenu de chacune des activités.

Tableau 1. Performance ou taux de réalisation des activités des DPS

Domaine	
Coordination/pilotage/planification	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les réunions de CPP-SS, • Organiser les réunions de groupes de travail /commissions, • Organiser les réunions de conseil d'administration dans les ZS, • Organiser les réunions de l'ECP, • Organiser la revue annuelle sectorielle, • Organiser la revue semestrielle (à mi-parcours), • Élaborer le plan d'action opérationnel de la province, • Élaborer le plan de travail trimestriel de la DPS, • Élaborer un plan de travail de chaque bureau de la DPS et coordonner les programmes spécialisés.
Encadrement des ZS	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les missions d'encadrement des ECZ,
Gestion des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Réguler l'approvisionnement des ZS en MEG et intrants spécifiques à travers les CDR ou autres circuits d'approvisionnement (logistique PEV, TS, THA, etc.) • Tenir à jour la base de données des formations/formateurs/prestataires formés. • Tenir à jour la base de données des RH • Ressources matérielles : tenir les outils de gestion des matériels roulants (carnet de bord) • Gestion financière : tenir à jour les outils de gestion financière (livres de caisse, de banque et classeur des pièces justificatives, manuel de procédure, etc.) ; tenir un tableau de bord financier mensuel de la DPS ; élaborer un rapport financier trimestriel global de la DPS
Inspection contrôle	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'audit interne de la DPS
Hygiène et salubrité publique	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les missions de suivi des établissements classés (travailleurs et manipulateurs des denrées alimentaires, milieu scolaire et zones minières)
Enseignement des sciences de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les missions d'inspection des ITM/IEM

Afin d'évaluer et classer les performances générales de différentes provinces, nous avons créé un indicateur composite intégrant les indicateurs suivants :

Niveau de décaissement général : cet indicateur a permis de prendre en compte le niveau du respect des engagements financiers des parties prenantes dans le financement des DPS. Nous avons calculé la moyenne de décaissement de T1 2018 à T4 2019.

Les performances ou taux de réalisation d'activité des provinces : il s'agit des pourcentages de différents indicateurs obtenus par les différentes DPS bénéficiaires du CU lors des évaluations trimestrielles (cf. Annexe 1). Ce score a permis d'apprécier le fonctionnement de ces DPS bénéficiaires du CU. Nous avons calculé la moyenne de différents scores obtenus par la DPS qui sont repris dans les différents rapports trimestriels pour chaque province de T1 2018 à T4 2019.

Ces critères ont été groupés en quartiles : excellent, bon, moyen et mauvais. Une absence d'information était assimilée à une mauvaise performance. Ainsi, nous référant à ces deux critères, nous avons classé les DPS de la manière suivante :

- *Bonne performance* : avoir les 2 critères avec des cotes excellentes ou bonnes.

- *Mauvaise performance* : avoir les 2 critères avec des cotes mauvaises ou moins bonnes.
- *Appréciation moyenne* : avoir un des 2 critères qui est bon et l'autre mauvais.

L'utilisation de ces critères a permis d'établir que les provinces de Mai-Ndombe, Haut-Lomami, Kwango et du Sud-Ubangi affichent les meilleures performances et que les provinces du Sud-Kivu et Tshuapa affichent les performances les plus faibles (cf. Tableau 5). C'est ainsi que l'équipe de consultants s'est rendue dans les provinces du Kwango et du Sud-Ubangi pour les provinces les plus performantes et dans le Sud-Kivu et le Nord-Kivu pour avoir une représentation des provinces les moins performantes.

Un autre facteur a été pris en compte dans le choix de la province du Nord-Kivu. Cette dernière province est l'une des premières à avoir adopté le contrat unique, avec cependant une performance relativement moyenne.

L'objectif de l'approche qualitative était de sonder un échantillon de province avec une variété de performance du contrat unique pour obtenir des informations le plus représentatives possible de la réalité de la mise en œuvre du contrat unique et de comprendre les facteurs derrière le succès ou les résultats modérés de la mise en œuvre du contrat unique.

Tableau 2. Appréciation générale du niveau d'efficacité par province

Provinces	Taux de décaissement	Taux de performance	Appréciation générale
Mongala	30	50	<i>Mauvaise</i>
Lualaba	33	76	<i>Moyenne</i>
Équateur	35	83	<i>Moyenne</i>
Sud-Ubangi	41	84	<i>Bonne</i>
Kwango	44	79	<i>Bonne</i>
Maniema	45	52	<i>Moyenne</i>
Nord-Kivu	54	72	<i>Moyenne</i>
Kwilu	71	68	<i>Moyenne</i>
Haut-Lomami	84	81	<i>Bonne</i>
Mai-Ndombe	167	74	<i>Bonne</i>
Sud-Kivu		51	<i>Mauvaise</i>
Tshuapa		53	<i>Mauvaise</i>

Source : Auteurs, sur la base des rapports d'évaluation trimestriels des CU

RÉSULTATS

Cette section présente les résultats des approches quantitatives et qualitatives et se structure de la manière suivante :

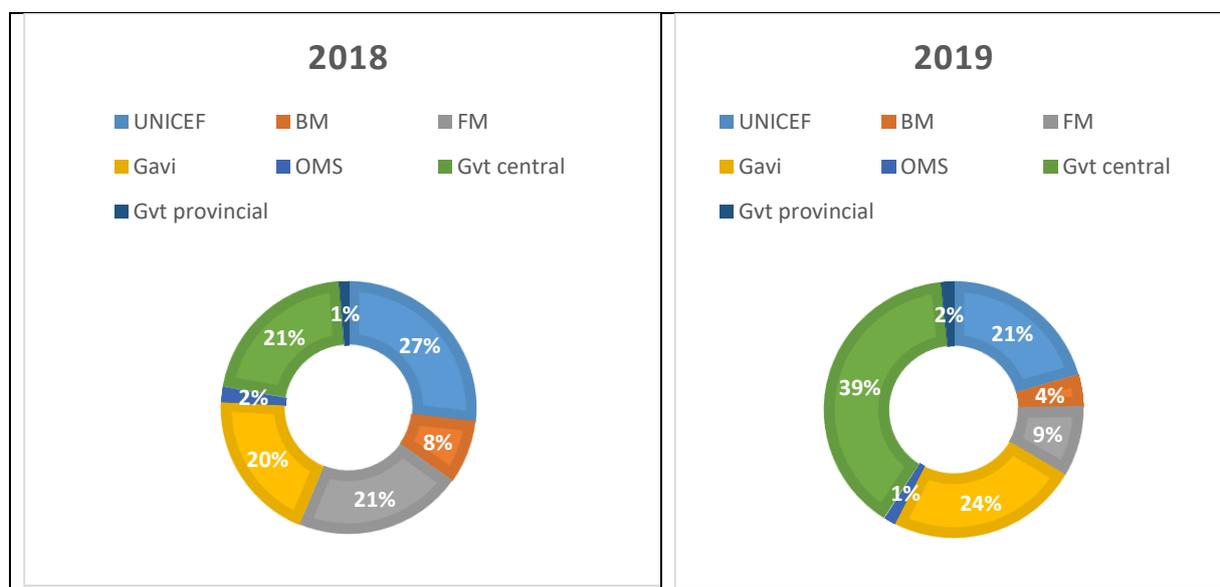
- 1) Mobilisation et utilisation des ressources dans les provinces avec CU entre 2018 et 2019 ;
- 2) Taux de réalisation d'activité ou performance des provinces avec CU entre 2018 et 2019 ;
- 3) Évolution du taux d'utilisation et de la qualité des services curatifs des DPS avec CU entre 2018 et 2019 ;
- 4) Facteurs favorisant ou inhibant l'opérationnalisation du mécanisme au niveau des provinces.

Chacune des sous-sections est présentée par l'intermédiaires de données quantitatives dont les faits sont appuyés/exploqués par les résultats/extraits de l'enquête qualitative.

1. Mobilisation et utilisation des ressources entre 2018 et 2019

Il y a eu une augmentation des financements mobilisés par le CU entre 2018 et 2019, témoignant d'un alignement plus important aux PAO des provinces. Cependant, il faut reconnaître que cette mobilisation reste faible. En 2018, le mécanisme du contrat unique consolidait un montant moyen de 1 528 128 USD dans 9 provinces ayant le CU (Équateur, Haut-Lomami, Kwango, Kwilu, Lualaba, Mai-Ndombe, Maniema, Mongala, Nord-Kivu, Sud-Ubangi). En 2019, ces financements consolidés ou agrégés (bailleurs, gouvernement central, gouvernement provincial et communauté) avaient augmenté jusqu'à 1 942 946 USD, même si moins de provinces avaient reporté leurs données (seulement 7 provinces ont reporté des évaluations trimestrielles en 2019 : Haut-Lomami, Kwilu, Lualaba, Mai-Ndombe, Maniema, Mongala, Sud-Ubangi), soit une augmentation de 27 % en une année. Sur 6 provinces ayant des données pour les 2 années (Graphique 2), les financements ont augmenté en valeur absolue dans les provinces de Lualaba, Mai-Ndombe, Mongala, Sud-Ubangi, stagné dans le Kwilu et diminué dans le Haut-Lomami. En 2018, les dépenses des bailleurs représentaient 570 709 621 USD d'après les comptes nationaux de la santé publiés en 2020 pour l'année 2018 (N=9), représente moins de 2% de ce financement externe, ce qui minimise le rôle du CU dans la promotion de l'alignement du financement externe au niveau provincial. Cependant, ce financement limité s'explique également par la nature même du contrat unique, qui consiste à soutenir les coûts administratifs de la DPS et non à soutenir directement la prestation de services de santé au niveau des établissements. Cette définition pourrait expliquer la faible contribution des bailleurs et du gouvernement.

Graphique 1. Engagement total du contrat unique entre 2018 et 2019, par source de financement



Sources : évaluations trimestrielles entre 2018 et 2019

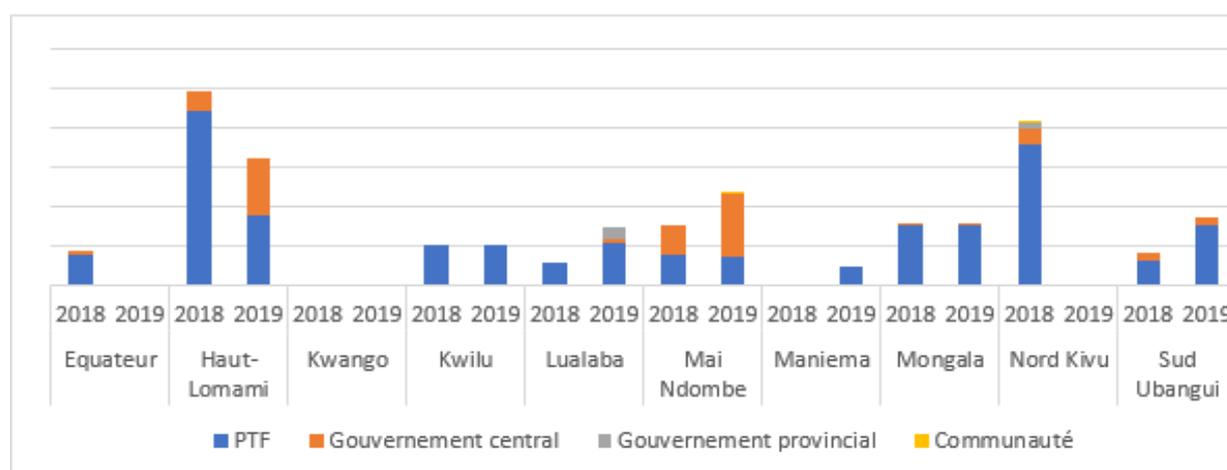
Cette mobilisation des financements autour du PAO des provinces par le mécanisme du CU est essentiellement le résultat des bailleurs, mais il y a aussi eu une amélioration des financements internes entre 2018 et 2019. Dire que cette mobilisation peut être attribuée au contrat unique ne serait pas approprié, mais le CU a pu influencer cette amélioration. Sur le total des financements mobilisés, seulement 1 % est mobilisé par le gouvernement provincial, mais cette proportion est passée à 2 % en 2019. Elle reste faible, notamment en raison du problème des rétrocessions (1). Par ailleurs, le 5^e des financements provenait des financements du gouvernement central augmentant jusqu'à plus du tiers

en 2019. Les financements des bailleurs ont diminué en proportion des financements totaux mobilisés par le contrat unique, passant de 78 % à 59 % entre 2018 et 2019. Cependant en termes absolus, ces financements étaient plus ou moins similaires entre 2018 et 2019 (1,118 millions USD en 2018 et 1,14 millions USD en 2019).

Cela démontre que le contrat unique a contribué à mieux aligner les financements extérieurs autour d'un PAO, mais semble aussi être utilisé comme un outil de mobilisation des ressources intérieures, assurant plus de traçabilité car la réforme du budget-programme n'est pas encore mise en œuvre dans les provinces et le budget de la santé actuel des provinces ne permet pas de capter les financements intérieurs et extérieurs par rapport aux activités du PAO.

(1) « Nous ne pouvons pas nous engager effectivement faute de moyen. Il y a un problème de rétrocession. » (Agent du ministère provincial, Sud-Kivu)

Graphique 2. Engagement contrat unique entre 2018 et 2019, par source de financement et par province



Source : Auteurs, sur la base des rapports d'évaluation trimestriels des CU ;

Note : PTF-Partenaire Techniques et Financiers

Il faut cependant noter que les financements verticaux persistent et que le manque d'alignement de ces financements au PAO continue de créer des inefficiences. Les activités humanitaires des partenaires de développement évoluent souvent de façon parallèle et leur alignement sur les plans d'action opérationnels reste faible, créant ainsi des inefficiences (1). La mise en œuvre des activités est parfois retardée par la coexistence de multiples sources de financements. Dans certains cas, les financements fournis par les partenaires techniques et financiers, ne faisant pas partie du contrat unique, sont assortis des procédures plus souples et d'incitations financières intéressantes. Malgré cela, certains partenaires de développement et la DPS ne sont pas encouragés à plus d'alignement aux PAO et à l'utilisation des mécanismes du contrat unique. Il est également important de noter que le mécanisme du contrat unique est utilisé pour diriger les ressources externes et gouvernementales vers les coûts de l'encadrement au niveau de la DPS et non pour diriger des ressources significatives pour soutenir directement la prestation de services au niveau des zones.

Réponses de quelques personnes interrogées :

- (1) « Certains partenaires techniques et financiers se cachent derrière les **urgences** pour éviter de s'aligner sur le plan d'action opérationnel, alors que même ces urgences sont connues de sorte que nous pouvons les intégrer dans un plan de contingence. Les humanitaires pourraient y apporter leurs fonds. Cela nous permettrait de savoir qui fait quoi et où, et éviter le doublon de financement. » (Agent de la DPS, Nord-Kivu).
- (2) « Il y a **des partenaires qui ne font pas partie du Groupe inter bailleur de la santé et qui ont leurs procédures**. Ceci concurrence ce que le GIBS propose. Les agents choisissent ce qui est alléchant. Ceci fait que les requêtes sont introduites en retard. » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)
- (3) « Oui, mais quand l'activité X est financée par une organisation et la DPS sollicite encore d'autres financements auprès d'un autre partenaire technique et financier pour la même activité, ce n'est pas bien. Parce que même si le partenaire fait le suivi, on va vous présenter exactement les activités que vous avez financées et on le présente à l'autre partenaire aussi. La DPS occasionne volontairement les doublons des financements pour certaines activités. Je ne sais pas pourquoi. » (Partenaire technique et financier, Sud-Kivu)

Certaines de ces inefficiences peuvent expliquer un faible taux d'exécution des ressources. Les données indiquent que la moyenne générale des engagements financiers trimestriels pris par chacune des parties prenantes principales du contrat unique s'élève à 69 074 dollars américains, avec un maximum de 138 239 USD (Unicef) et un minimum de 12 382 USD (gouvernement provincial) entre T1 2018 et T4 2019. Au niveau du taux de décaissement, les gouvernements provinciaux, le PDSS ainsi que l'OMS affichent les taux de décaissement les plus bas. À l'inverse, le gouvernement central, le Fonds mondial et Gavi disposent des taux de décaissement les plus élevés (cf. Tableau 4). Il est alarmant de constater que malgré la très faible mobilisation des ressources des DPS, seulement le tiers de ces ressources est utilisé, ce qui affecte la crédibilité des DPS quant à leur demande régulière de financement intérieur auprès du niveau central ou au niveau de la province.

**Tableau 4 : Taux de décaissement trimestriel moyen par rapport aux activités du PAO
T1 2018-T4 2019**

	Engagement financier moyen, par trimestre (USD)	Décaissements réels moyens, par trimestre (USD)	Taux de décaissement trimestriel moyen (%)
Unicef	138 239	N/A	N/A
Banque mondiale (PDSS)	84 388	39 880	47
Fonds mondial	85 844	70 419	87
Gavi	89 786	60 524	67
Organisation mondiale de la Santé	11 209	5 596	50
Gouvernement central	61 673	57 019	92
Gouvernements provinciaux	12 382	4 130	33
Moyenne au niveau communautaire	N/A	N/A	N/A

Source : évaluation trimestrielle du contrat unique des DPS

Les taux de décaissements connaissent de larges variations géographiques et demeurent très faibles de manière générale, questionnant les capacités des provinces à absorber les ressources reçues dans le cadre du contrat unique. De manière globale, il y a eu une faible amélioration de l'exécution des ressources alignées autour des PAO, avec seulement 1 point de pourcentage entre 2018 et 2019 de 68 % à 69 %. Alors que la province de Mai-Ndombe affiche un décaissement moyen de 159 % et 177 % respectivement en 2018 et 2019, les provinces de l'Équateur, de Lualaba et de Mongala présentent un taux moyen inférieur à 35 % (cf. Figure 1). Les seules provinces disposant d'un taux de décaissement

supérieur à 70 % sont les provinces de Kwilu (93 % en 2018 et 80 % en 2019) et du Haut-Lomami (92 %). Étant donné que les rapports des provinces du Sud-Kivu et de Tshuapa n'indiquent pas la hauteur des engagements pris et des décaissements effectués, leurs données n'ont pas pu être incluses dans cette analyse.

Tableau 5. Taux moyen de décaissement, par province, 2018-2019

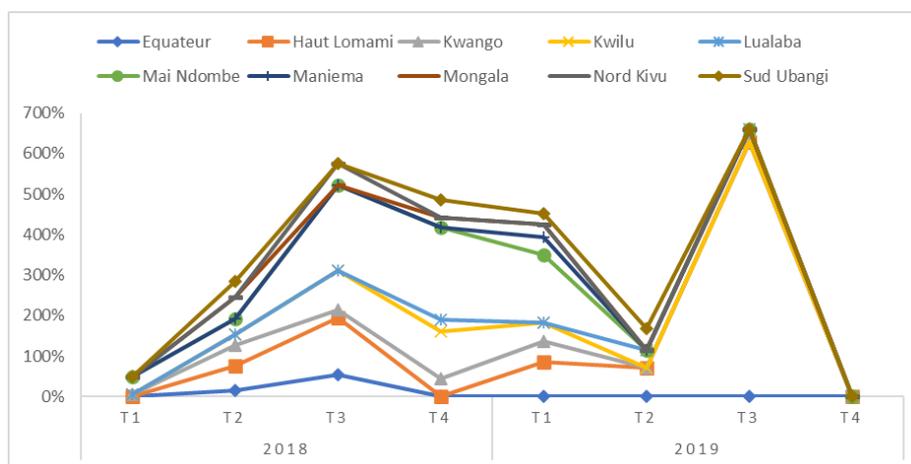
	2018					2019				
	T1	T2	T3	T4	Moyenne	T1	T2	T3	T4	Moyenne
Équateur		15 %	55 %		35 %					
Haut-Lomami		47 %	136 %		92 %	85 %	75 %	127 %		95 %
Kwango	5 %		77 %	92 %	58 %					
Kwilu		25 %	96 %	158 %	93 %	80 %				80 %
Lualaba				28 %	28 %		44%	11%		27 %
Mai-Ndombe	45 %		208 %	224 %	159 %	177 %				177 %
Maniema						18 %				18 %
Mongala			53 %	25 %	39 %	30 %				30 %
Nord-Kivu			75 %		75 %					
Sud-Kivu										
Sud-Ubangi			42 %	32 %	37 %	55 %				55 %
Tshuapa										
Moyenne	25 %	29 %	93 %	93 %	68 %	74 %	60 %	69 %		69 %

Source : évaluation trimestrielle du contrat unique des DPS

De façon générale, les données indiquent également que **les décaissements sont moindres au premier trimestre de l'année fiscale et s'intensifient au cours du troisième trimestre, pointant à nouveau un problème de planification**. Elles sont notamment passées de 25 % à 94 % entre le premier et le troisième trimestre 2018, et de 64 % à 331 % entre le premier et le troisième trimestre 2019 (cf. Figure 2). D'après les interviews, cela s'explique par la lourdeur et la multiplicité des procédures (par exemple, besoin d'obtenir un avis de non-objection) qui causent des retards de décaissements pour les divisions provinciales de santé. Ces retards forcent les DPS à modifier le séquençage de leurs activités et à opérer une mise en œuvre conjointe des activités retardées et des activités prévues. Cela a une implication importante pour la performance ainsi que pour l'obtention de financements futurs (1).

(1) « *Les fonds arrivent en retard, ce que nous avons aussi justifié en retard. Quand les fonds arrivent au quatrième trimestre, nous ne savons pas les justifier pour le deuxième trimestre. Chacun a sa responsabilité. Les procédures étaient lourdes avec toutes les notes de non-objection.* » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)

Figure 2. Évolution trimestrielle des décaissements moyens, par province, 2018-2019



Source : évaluation trimestrielle du contrat unique des DPS

L'enquête qualitative vient confirmer les problèmes d'exécution des ressources qui peuvent s'expliquer par différentes raisons. Tout d'abord, plusieurs interviews ont souligné le problème de faible capacité en gestion financière des DPS, masquant une faible connaissance des ressources actuellement disponibles (1). Ce qui pourrait contribuer à un faible décaissement ne sachant pas que les ressources sont disponibles. La faible exécution pourrait aussi s'expliquer par l'absence d'un manuel de procédures commun (2). Cela veut dire que chaque bailleur a ses propres procédures, ce qui crée une importante lourdeur administrative, puisque cela implique que les DPS se doivent de respecter les diverses procédures spécifiques qui sous-tendent les financements des partenaires. Par ailleurs, les retards de décaissement sont également causés par la mauvaise tenue des pièces justificatives et la faible qualité des demandes de financements effectuées par les DPS (3) (4) (5).

Réponses de quelques personnes interrogées :

- (1) *Il y a un manque de transparence dans la redistribution des fonds au sein des DPS. Les fonds réellement générés pour la DPS ne sont pas connus. Le groupe de travail axé sur la gouvernance ne fonctionne pas. Les logiciels comptables ne sont pas utilisés adéquatement et masquent certaines informations financières et comptables.* » (Partenaire technique et financier, Sud-Kivu).
- (2) *« Il y a aussi l'aspect des procédures, dans les CU, il était question que les partenaires techniques et financiers s'alignent sur une même procédure de gestion financière et que par rapport aux audits, tous les partenaires devraient mutualiser les fonds pour que la DPS reçoive une seule mission d'audit. Mais on n'y est pas encore ; chaque partenaire vient avec sa procédure et chaque partenaire vient avec son auditeur. »* (Partenaire technique et financier, Nord-Kivu)

- (3) « Notre retard dans la livraison des livrables tels que les justificatifs, est souvent lié à la non-maîtrise des logiciels de gestion financière alors que les responsables ont été formés sur ce logiciel. » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)
- (4) « La Banque mondiale avec le Projet de développement du système de santé retarde beaucoup certaines choses par sa lourdeur administrative. » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)
- (5) « L'un des plus grands péchés du contrat unique est d'avoir associé ou lié le contrat unique à la performance. Cela complique tout, surtout au vu de la lourdeur des mécanismes de décaissement. » (Partenaire technique et financier, Sud-Kivu).

2. Taux de réalisation des activités/performance des provinces de 2018 à 2019

De manière générale, les données collectées indiquent que le taux de réalisation⁴ des activités a diminué de 77 % en 2018 à 61 % en 2019. Ainsi, même s'il y a eu davantage d'engagements financiers de la part des bailleurs et du gouvernement, il n'y a pas eu de répercussion sur les DPS en matière de réalisation car ces engagements n'ont pas été utilisés au maximum de leur potentiel. Plus spécifiquement, les provinces de l'Équateur, du Haut-Lomami et du Sud-Ubangi affichent des taux de réalisation supérieurs à 80 %, mais les provinces de Maniema, de Mongala, du Sud-Kivu et de Tshuapa sont dotées de taux de réalisation d'environ 50 % (cf. Figure 3).

Tableau 5. Taux moyen de réalisation des activités, par province, 2018-2019

	2018					2019				
	T1	T2	T3	T4	Moyenne	T1	T2	T3	T4	Moyenne
Équateur	84 %	83 %	79 %		82 %					
Haut-Lomami		73 %	81 %		77 %	71 %	90 %	88 %		83 %
Kwango	71 %	55 %	82 %	81 %	72 %	79 %				79 %
Kwilu		65 %	78 %	83 %	75 %	70 %	60 %	60 %		63 %
Lualaba	78 %	76 %		67 %	74 %	62 %	89 %			76 %
Mai-Ndombe	74 %	91 %	77 %	72 %	84 %	61 %				61 %
Maniema						52 %				52 %
Mongala		43 %	48 %	53 %	48 %	53 %				53 %
Nord-Kivu	73 %	65 %	71 %	69 %	70 %	81 %	78 %			80 %
Sud-Kivu	71 %	57 %		51 %	60 %	50 %	51 %			51 %
Sud-Ubangi		89 %		88 %	89 %	73 %	80 %			77 %
Tshuapa		53 %	62 %	53 %	56 %					
Moyenne					71 %					67 %

Source : Evaluation trimestrielle du contrat unique des DPS

Cette faible performance dans la réalisation des activités pourrait s'expliquer par une compréhension limitée des indicateurs et de la méthodologie utilisée pour mesurer la performance des DPS en ce qui concerne la mise en œuvre du contrat unique. Mais aussi, du fait qu'il n'y a pas de mécanisme permettant aux provinces de s'améliorer. Les indicateurs de performance et, par extension, la performance, ne sont pas appréhendés de manière uniforme, ce qui complique la réalisation des évaluations (1) (2). Par ailleurs, les réunions d'évaluation fournissent rarement des orientations pour une meilleure performance, et les mesures correctives ainsi que les sanctions sont rarement formulées

⁴ Le taux de réalisation des activités par rapport aux objectifs prédéfinis dans les PAO des DPS a été obtenu en calculant la moyenne des scores d'évaluation obtenus par les DPS entre le premier trimestre 2018 et le quatrième trimestre 2019. Ces scores d'évaluation sont effectués sur la base des indicateurs du Tableau 1 présentés précédemment.

et/ou appliquées (3) (4). Certaines divisions provinciales de la santé indiquent que le manque de rétroaction effective entraîne la fatigue et le désengagement.

Réponses de quelques personnes interrogées :

- (1) « En effet, je pense que ce qu'on fait comme évaluation, c'est juste le cadre de performance. Notre cadre de performance est une bonne approche, mais souvent, c'est l'interprétation des indicateurs qui pose un problème. C'est pourquoi nous avons proposé et annexé un lexique des indicateurs au canevas. La Direction des études et de la planification au niveau national n'a pas encore réagi. » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)
- (2) « Certains critères restent toujours ambigus et sont superficiels sans bien relater les choses. Quand vous regardez les performances dans les rapports, vous risquez de croire à tort que les choses marchent. » (Partenaire technique et financier, Nord-Kivu)
- (3) « Les sanctions financières devraient être appliquées, car parfois les paiements ne suivent pas (ou peu) en cas de faibles performances puisque le payeur en tient compte. Nous fustigeons le fait que les sanctions administratives ne suivent pas, avec souvent des trafics d'influence et l'ingérence des politiques. Ce qui n'encourage pas. » (Partenaire technique et financier, Nord-Kivu)
- (4) « À l'issue de l'évaluation, des recommandations sont émises, mais parfois non mises en œuvre car il n'y a pas de sanctions administratives (positives ou négatives) qui suivent. Ce qui devient comme une routine. » (Partenaire technique et financier, Nord-Kivu)
- (5) « Le frein est que tout est lié à l'évaluation, et même l'évaluation devient quelque chose qui est uniquement lié aux pourcentages. On n'en voit ni l'impact ni le bénéfice. » (Partenaire technique et financier, Nord-Kivu)

De manière générale, il y a eu une diminution du taux moyen de réalisation de l'encadrement des ZS⁵ de 2018 (71 %) à 2019 (69 %), cependant cette diminution demeure faible et il y a une corrélation entre le taux de réalisation d'activité et le taux d'encadrement en 2018 (0,29 or 29%) et 2019 (0,94 or 94%). En d'autres termes, cette corrélation démontre que l'encadrement semble avoir un lien positif avec le taux moyen de réalisation des activités des DPS. Il s'agit seulement d'une corrélation sans aucune relation de cause à effet. Mais cela montre néanmoins qu'il y a une relation positive entre le taux d'activité et le taux d'encadrement, encourageant ce type d'assistance pour renforcer la mise en œuvre du contrat unique.

Tableau 6. Taux moyen de réalisation de l'encadrement des ZS, par province, 2018-2019

	2018					2019				
	T1	T2	T3	T4	Moyenne	T1	T2	T3	T4	Moyenne
Équateur	94 %	63 %	44 %		67 %					
Haut-Lomami		70 %	73 %		72 %	69 %	85 %	80 %		78 %
Kwango	89 %		90 %	100 %	93 %	83 %				83 %
Kwilu		85 %	81 %	91 %	86 %	68 %	85 %	50 %		68 %
Lualaba	82 %	69 %	98 %	35 %	71 %	50 %	98 %			74 %
Mai-Ndombe	25 %	77 %	79 %	20 %	50 %					
Mongala		65 %	50 %		58 %	37 %				37 %
Nord-Kivu			76 %		76 %		63 %			63 %
Sud-Ubangui		84 %		84 %	84 %	64 %	100 %			82 %
Tshuapa		41 %	64 %	64 %	56 %					
					71 %					69 %

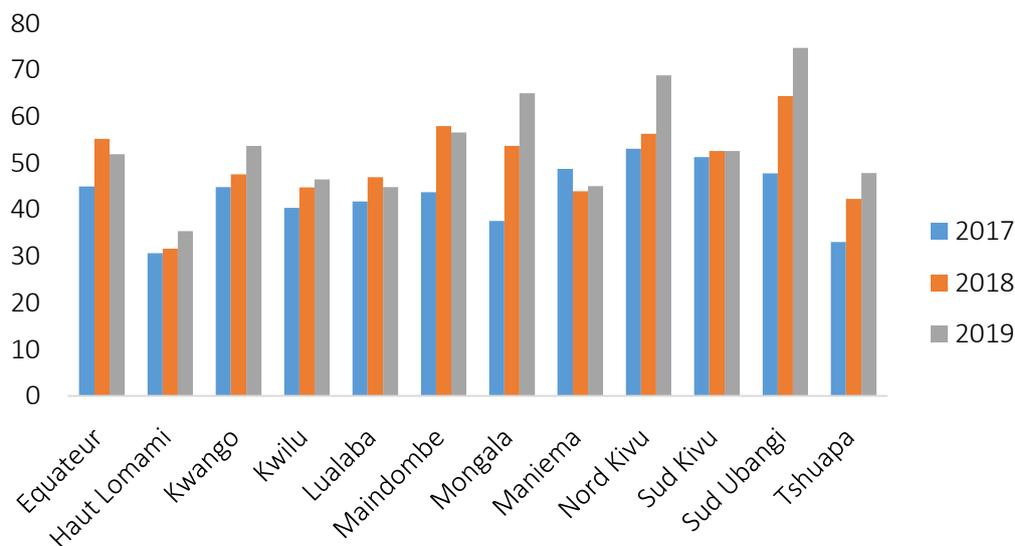
⁵ Services de conseil fournis par les bailleurs de fonds aux Divisions provinciales de la santé pour les soutenir dans la mise en œuvre des activités de la Division provinciale de la santé.

Source : Source : évaluation trimestrielle du contrat unique des DPS

3. Évolution du taux d'utilisation des services curatifs des DPS avec CU

L'utilisation des services est en moyenne, à la fin de l'année 2019, de 55 % pour l'ensemble des DPS, soit 0,55 consultation curative par habitant et par an, avec des disparités importantes. La DPS Nord-Kivu a connu une hausse importante de plus de 13 % durant la période de mise en œuvre du contrat unique (de 2018 à 2019). La DPS de Kwilu a aussi connu une hausse de 6 % mais qui est insuffisante pour combler l'écart avec les autres DPS. De manière générale, il semble que toutes les provinces avec le contrat unique aient connu une amélioration en matière d'utilisation des services de santé, cependant il n'est pas possible de conclure que cela soit dû au contrat unique en l'absence de groupe contrôle ou sans réaliser des analyses économétriques en contrôlant pour plusieurs facteurs comme la présence du financement basé sur la performance (FBR). Alternativement, cela pourrait signifier que le niveau de financement du contrat unique, qui est relativement faible, est peu susceptible d'avoir influencé de manière significative l'utilisation des services ou les résultats en matière de santé.

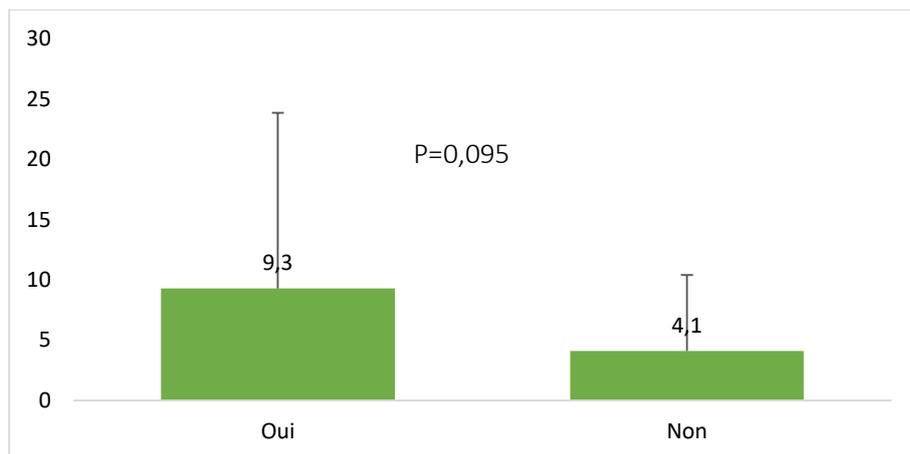
Figure 5. Taux d'utilisation des services curatifs de 2017 à 2019 pour les FOSA de niveau secondaire, pourcentage



Source : Système d'informations sanitaires, 2019

En comparant les performances des provinces avec contrat unique et les autres, notamment sur l'évolution du taux d'utilisation des services curatifs (figures 5 et 6) entre 2018 et 2019, il est ressorti que les provinces avec contrat unique avaient, en moyenne, augmenté de 9 % leur taux d'utilisation des services contre 4 % pour les provinces non CU. Cependant cette différence n'était pas statistiquement significative.

Figure 6. Évolution de l'utilisation des services curatifs des provinces CU et non CU, pourcentage

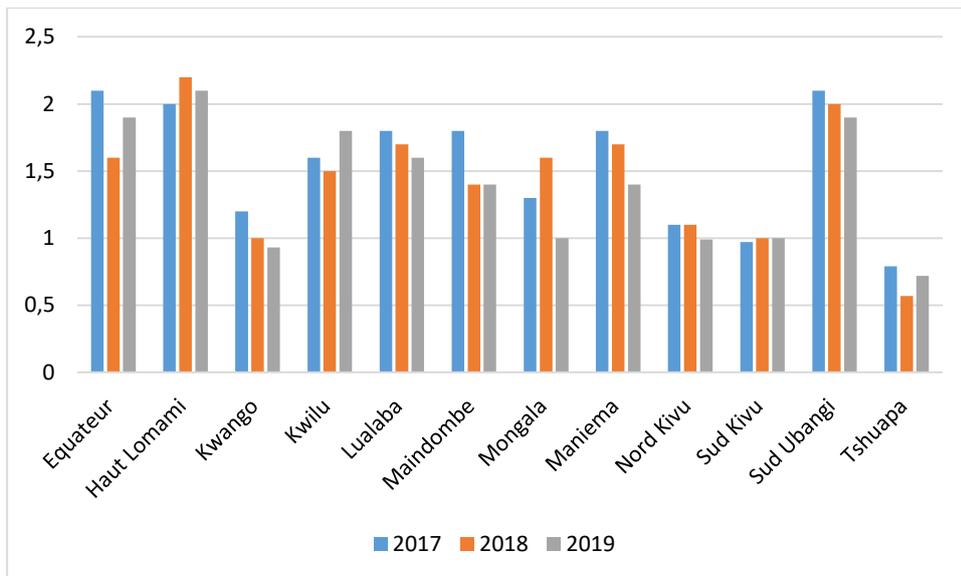


Source : Système d'informations sanitaires, 2018 et 2019

4. Évolution du taux de mortalité intra-hospitalière pour les provinces CU et non CU

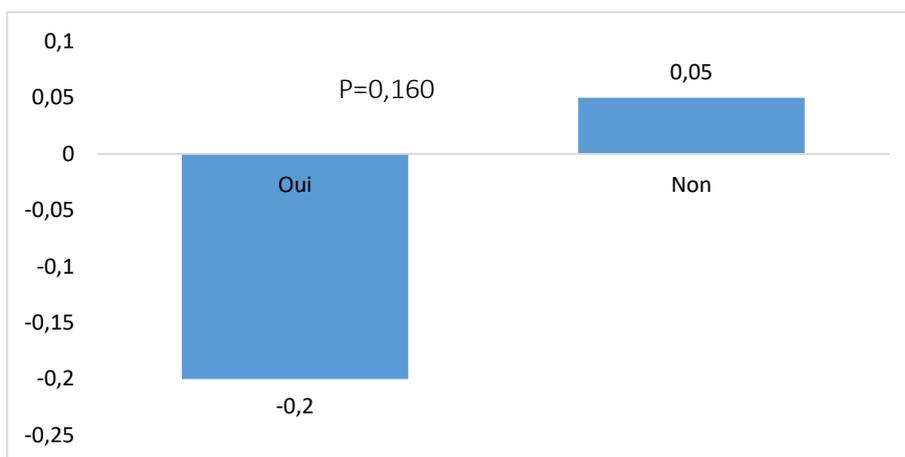
De façon générale, ce taux est resté stagnant pour la plupart des provinces sans tendance à la baisse sauf pour Kwango, Lualaba, Maniema et Sud-Ubangi. Le taux de mortalité intra-hospitalière a été plus important pour les DPS de Haut-Lomami et du Sud-Ubangi tandis qu'il était le plus bas pour la province de Tshuapa. Il a connu une légère amélioration pour les provinces avec CU sans pour autant que cette différence avec les DPS non CU soit statistiquement significative. Comme pour l'utilisation des services de santé, il n'est pas possible de conclure que le CU a eu un effet positif sur le taux de mortalité intra-hospitalière puisque la différence n'est pas significative. Par ailleurs, il faudrait davantage des données dans le temps pour construire un modèle permettant de déterminer si le CU a influencé la mortalité hospitalière.

Figure 8. Taux de mortalité intra-hospitalière après 48 heures au service de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique de 2017 à 2019 par DPS



Source : Système d'informations sanitaires, 2017 à 2019

Figure 9. Évolution de la mortalité intra-hospitalière des provinces CU et non CU



Source : Système d'information sanitaire, 2018 et 2019

5. Les facteurs qui favorisent ou inhibent l'opérationnalisation du mécanisme au niveau des provinces.

Il y a plusieurs facteurs qui inhibent l'opérationnalisation du mécanisme du contrat unique. Il y a d'abord des problèmes de planification. Il existe une faible correspondance entre l'outil de planification utilisé et la mission des divisions provinciales de la santé (1) (2). Par ailleurs, le processus d'élaboration des plans d'action opérationnels n'intègre pas toujours les besoins des agents de santé des zones de santé. Il existe également un décalage entre le calendrier de planification des divisions provinciales de santé (décembre/janvier) et le calendrier des lois budgétaires régissant l'élaboration du budget de l'Etat, tant au niveau national qu'au niveau provincial (5)

(1) « Les outils de planification ne sont pas en cohérence avec les missions de la DPS déclinées dans les six bureaux. Les outils du niveau national n'ont rien à avoir avec cela. » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)

(2) « On ne sait poster certaines activités dans l'outil de planification de la DPS. La réforme a eu lieu, mais les outils n'ont jamais changé. » (Agent de la DPS, Nord-Kivu)

- (3) « J'ai comme l'impression qu'au niveau des zones de santé, les choses ne se passent pas correctement, surtout au niveau de l'identification des besoins, qui normalement doit venir de la base. Apparemment, ça ne se fait pas correctement. Le plan devrait normalement remonter de l'aire de santé à la zone de santé et de la zone de santé à la DPS. » (Partenaire technique et financier, Sud-Kivu)
- (4) « Par exemple, la loi budgétaire a déjà été votée au niveau national et provincial, mais le Comité provincial de pilotage ne s'est pas encore tenu malgré les directives du secrétaire général demandant que les activités de planification se tiennent à partir de juillet. » (Partenaire technique et financier, Nord-Kivu)

Par ailleurs, il y a un manque d'implication au niveau central comme provincial qui entraîne une absence d'accompagnement et de suivi empêchant le bon fonctionnement du contrat unique (5) (6). Ce manque de suivi combiné à un manque de leadership au niveau des provinces rend le problème de mise en œuvre du contrat unique encore plus difficile. Les capacités de leadership des DPS ne sont pas suffisantes pour appuyer et renforcer un alignement effectif des parties prenantes sur le plan d'action opérationnel des divisions provinciales de santé (8) (9).

Réponses de quelques personnes interrogées :

- (5) « Ici au niveau local, on ne produit rien. Tous les résultats ont besoin de ressources, notamment financières. Comment financer un mécanisme sans ressources ? Si l'induction venait de manière substantielle du niveau central, s'impliquant dans les activités régaliennes de la DPS, nous n'aurions pas connu ce problème. » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)
- (6) « Il n'y a pas eu de mission pour suivre le bon fonctionnement du contrat unique. Tout est laissé aux cadres du niveau provincial, on ne sent pas un accompagnement du niveau central. On peut tout dire, mais les orientations viennent du niveau central ; lorsqu'elles viennent, elles auraient dû être accompagnées et suivies. On aurait dû avoir un atelier avec tous les partenaires techniques et financiers et discuter du fonctionnement du contrat unique et voir ce qui a marché ou pas. On en aurait profité pour mieux comprendre les difficultés des uns et des autres. » (Agent de la DPS, Nord-Kivu)
- (7) « L'autorité provinciale est l'autorité contractante. Elle réalise quand même quelques évaluations. Ils évaluent notre performance et se délectent comme si eux n'étaient pas partie prenante. » (Agent de la DPS, Nord-Kivu)
- (8) « En effet, les partenaires techniques et financiers ont inversé la tendance par le fait qu'ils disent que le plan est dynamique, ainsi, certaines activités prévues dans le plan d'action opérationnel de la province ne s'exécutent pas, mais la DPS s'aligne sur les projets des partenaires en tombant dans le piège du dynamisme du plan. » (Partenaire technique et financier, Sud-Kivu)
- (9) « Nous sommes responsables en partie, les partenaires techniques et financiers s'adaptent. Nous acceptons tout, même quand le circuit n'a pas été respecté. Nous laissons faire, on ne centralise rien. Chacun fait son affaire comme il veut. On envoie des histoires sans projet annexé, sans budget. Nous à la DPS, nous ne disons rien. » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)

Un autre aspect déterminant majeur de la difficile mise en œuvre du CU est certainement le faible engagement des bailleurs car certains se plient à leur propre système et agenda et n'ont pas confiance dans les capacités de gestion des DPS pour gérer ce mécanisme. Les partenaires techniques et financiers participent peu à l'élaboration des plans d'action opérationnels des divisions provinciales de santé (1). Par ailleurs, il n'y a pas un comité de coordination optimale entre bailleurs au niveau des provinces, ce qui n'encourage pas un terreau favorable pour mettre en œuvre le contrat unique (2). C'est le GIBS provincial qui devrait jouer ce rôle mais ne le fait pas encore de façon optimale. Il y a bien le cluster santé, mais il reste cantonné aux partenaires humanitaires et ne touche pas à la problématique du contrat unique. Un autre élément mentionné est celui du manque de flexibilité de certains bailleurs et du manque de prévision de ces financements (3) (4). Cette situation implique que les plans d'action opérationnels soient souvent élaborés sans les contributions directes des partenaires, et certains bailleurs opèrent en silo, en dehors du PAO (5). Par ailleurs, les faibles capacités en gestion financière des divisions provinciales de santé, et le faible engagement du niveau central créent une certaine réticence à adhérer au « Contrat Unique » de la part des bailleurs.

Réponses de quelques personnes interrogées :

- (1) « Les partenaires techniques et financiers sont invités, mais ils envoient souvent un figurant qui n'a aucun pouvoir. Les décideurs ne viennent pas. Quand on leur demande d'envoyer des informations sur leurs activités, ils envoient pour envoyer. » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)
- (2) « En effet, après la signature du contrat unique, les partenaires techniques et financiers ont mis en œuvre un groupe sous forme de comité des partenaires techniques et financiers dans lequel on se retrouve pour discuter des choses de partenariat avant d'aller vers la DPS, mais notre comité fonctionne au ralenti. On se rencontre de moins en moins. » (Partenaire technique et financier, Sud-Kivu)
- (3) « Rares sont les partenaires qui ont des financements flexibles qui peuvent s'adapter aux besoins exprimés par la DPS. En plus, on ne sait pas comment bien programmer puisqu'on ne sait pas contrôler leurs financements disponibles. » (Agent de la DPS, Nord-Kivu)
- (4) « Le grand problème est la flexibilité, tous les partenaires techniques et financiers ont des agendas déjà déterminés. Ceci ne permet pas même de mutualiser certaines activités comme par exemple les supervisions intégrées. » (Partenaire technique et financier, Nord-Kivu)
- (5) « Nous avons notre plan d'action opérationnel. Dès que nous l'avons, nous l'envoyons aux partenaires pour qu'ils s'inscrivent dans les priorités de la DPS. Il y a des partenaires qui prennent certaines activités et d'autres qui envoient leurs activités que nous intégrons pour produire le document qui passe au comité de pilotage du projet devant tous les partenaires qui les valident, et ça devient notre document à tous. » (Agent de la DPS, Nord-Kivu)
- (6) « Parfois, certains partenaires nous échappent et commencent à exécuter des activités non-planifiées. » (Agent de la DPS, Nord-Kivu)
- (7) « Le Basket Fund n'a pas fonctionné en raison de la réticence de certains partenaires techniques et financiers et à la non-implication du gouvernement dans la mobilisation des fonds pour la DPS. Dans ce cadre, la majorité des partenaires techniques et financiers critique la gouvernance et la gestion des fonds de trésorerie de la DPS. » (Partenaire technique et financier, Sud-Kivu)

En contrepartie, il faut cependant relever qu'il y a des facteurs qui, au contraire, ont favorisé une bonne gestion de la mise en œuvre du CU, comme ancrer la mise en œuvre du contrat unique autour du PAO.

Le plan d'action opérationnel constitue un élément central du contrat unique. Plusieurs personnes interrogées ont toutefois indiqué un faible alignement de la part de certains partenaires techniques et financiers (1). Et certaines DPS reconnaissent que les plans d'action opérationnels se doivent d'être des outils flexibles qui s'adaptent aux impératifs des diverses parties prenantes (2).

Réponses de quelques personnes interrogées :

- (1) « Le seul outil de contractualisation doit être le plan ; c'est un outil d'alignement. Ceci n'est malheureusement pas toujours respecté par plusieurs de nos partenaires. » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)
- (2) « On accole des montants et des activités aux bailleurs parce qu'à ce point-là, il y a des projets connus. Comme par exemple, le plan de travail du Fonds mondial connu – ce sont presque les mêmes activités qui sont connues –, là, on n'a pas de problème. Mais pour certains, comme leur plan d'action opérationnel doit être validé à un certain niveau, on essaie de prendre les grandes lignes. On voit les activités à ces lignes-là, on colle des montants. Le plan est flexible, nous savons que quand ces engagements arrivent, ce n'est pas forcément le même montant. » (Agent de la DPS, Nord-Kivu)

Par ailleurs, il faut également noter qu'en général le fonctionnement du contrat unique est bien compris et perçu principalement comme un outil de planification pour influencer indirectement l'utilisation et la qualité des services de santé, par un meilleur alignement des bailleurs. Les 29 personnes interrogées ont défini le contrat unique comme un mécanisme permettant de mutualiser les ressources financières de différentes parties prenantes afin d'appuyer le fonctionnement des divisions provinciales de la santé (DPS) (1). Elles ont également toutes souligné que le mécanisme vise à améliorer l'utilisation et la qualité des services proposés au niveau des provinces, ce qui doit être fait indirectement puisque le mécanisme du contrat unique ne finance pas directement la prestation de services de santé au niveau des établissements, mais il finance plutôt les coûts administratifs au niveau provincial, ce qui contribue indirectement à l'amélioration de l'utilisation et de la qualité des soins de santé. Ce point devrait être clarifié par le niveau central aux niveaux des provinces et des zones, afin qu'il n'y ait pas d'attentes non satisfaites sur les objectifs du contrat unique (2). En outre, certaines personnes interviewées pensaient également que ce mécanisme puisse appuyer les zones de santé (ZS). (3). Cependant, certaines personnes interviewées pensaient que les financements des bailleurs seraient mis en commun dans un fonds d'ensemble (4) et que le contrat unique irait au-delà de l'alignement des financements des

bailleurs aux PAO. Ce qui montre qu'une communication et un meilleur encadrement du niveau central est nécessaire sur ce point. Le mécanisme du contrat unique ne consiste pas à mutualiser les ressources mais à les agréger virtuellement, en vue de soutenir le coût des DPS.

Réponses de quelques personnes interrogées :

- (1) « *Le contrat unique commence par l'élaboration du plan d'action opérationnel de la DPS qui ressort les activités à réaliser avec les financements attendus pour son fonctionnement/sa mission. Ses besoins sont captés dans le contrat unique sous forme de plans de travail où chaque partie prenante s'engage sur les activités à financer. Puis s'en suit la mise en œuvre du contrat unique avec le processus de décaissement selon le plan de travail retenu. Une évaluation du cadre de performance de la DPS et des engagements des parties prenantes se fait chaque trimestre.* » (Agent de la DPS, Sud-Kivu)
- (2) « *Le contrat unique a pour objet la mise en commun et la gestion rationnelle des ressources au sein de la DPS en tant que structure chargée de la coordination, de l'encadrement et de l'accompagnement technique des zones de santé en vue d'améliorer la qualité de l'offre des soins et les conditions sanitaires de la population de la province.* » (Partenaire technique et financier, Nord-Kivu)
- (3) « *Dans le contrat unique, ce sont les activités liées à la DPS mais il n'y a pas que ces activités. Nos fonds sont plus destinés à couvrir les activités au niveau des zones de santé, l'unité opérationnelle.* » (Partenaire technique et financier, Sud-Kivu)
- (4) « *Quand on lisait le départ, le contrat unique devait arriver à la création d'une caisse commune. Au final, cette caisse n'a jamais existé. C'est devenu comme une obligation de la hiérarchie que vous devez signer.* » (Agent de la DPS, Nord-Kivu)

LIMITATION DE L'ÉTUDE

Les auteurs de cette étude se sont heurtés à plusieurs contraintes :

- 1) Il y a d'abord eu une difficulté d'accéder à certains documents, notamment les rapports financiers détaillant les différents fonds réellement décaissés ainsi que ceux des évaluations de différentes DPS de façon générale. Par ailleurs, il y a aussi un manque d'uniformisation de format de rédaction des différents rapports trimestriels produits – ce malgré l'existence du canevas – rendant ainsi la collecte des données plus difficile.
- 2) Il y avait aussi des données manquantes pour plusieurs indicateurs, rendant difficile la comparaison des indicateurs dans le temps. Pour répondre à certaines limitations, comme par exemple le manque de données financières, les mêmes données ont été imputées d'un trimestre à un autre.
- 3) Les évaluations des performances sont faites par les mêmes parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du contrat unique, pouvant créer des surestimations de leurs vraies performances.
- 4) Enfin, le fait de ne pas avoir de données sur la performance et sur la mobilisation des ressources extérieures et intérieures dans les provinces sans contrat unique, ne permet pas de déterminer si oui ou non le contrat unique a influencé l'utilisation des services de santé ainsi que la mobilisation des ressources.

Cette étude reste néanmoins un point de départ pour commencer à mesurer le lien entre le contrat unique comme outil de planification et influenceur potentiel de l'alignement des ressources extérieures et de la mobilisation des ressources internes au niveau des provinces. **Des études futures devraient également essayer de mesurer l'effet du contrat unique sur l'utilisation des services de santé mais aussi approfondir les raisons de non-participation de certains bailleurs.**

CONCLUSIONS

Au vu des résultats quantitatifs et qualitatifs énoncés plus haut, cette étude tire six conclusions majeures quant au fonctionnement et à l'efficacité du contrat unique.

- 1. Le contrat unique est avant tout un mécanisme qui a permis d'améliorer les capacités de planification, de traçabilité et de budgétisation des provinces, critères fondamentaux pour une bonne gouvernance.** La mise en œuvre du PAO reste l'un des résultats les plus concrets. Pour des provinces qui n'ont pas de budget sans relation avec le PAO ou le PNDS, ce mécanisme a instillé la notion de traçabilité des ressources, qu'elles soient extérieures ou intérieures, et son exécution. Les provinces avec le contrat unique sont capables de faire le suivi des financements et des activités réalisées du PAO de la province tous les 3 mois. Il y a bien entendu des limitations dans la mesure où les ressources ne sont pas exécutées et les activités ne sont pas toutes menées, mais ce mécanisme a le mérite de montrer de manière transparente la performance d'une province avec des données disponibles. Très peu de pays à faible revenu ont de telles informations trimestrielles en temps réel.
- 2. Le contrat unique a contribué à la mobilisation des financements intérieurs et renforce la décentralisation, même si ces financements sont restés limités, mais cela est dû à la nature du contrat unique, qui soutient les coûts administratifs de la Division provinciale de la santé et non les coûts liés à la prestation de services.** Entre 2018 et 2019, sur le total des financements mobilisés, le cinquième financement provenait des financements du gouvernement central, augmentant jusqu'à plus du tiers en 2019 et les financements de la DPS – quoique très faibles – augmentaient de 1 à 2 %. Il est clair que ces financements internes restent faibles de manière générale, une tendance à l'augmentation est cependant soulignée et à nouveau le contrat unique est un outil permettant justement de faire le suivi de cette augmentation si le budget central ne le permet pas. Le mécanisme renforce clairement la décentralisation en acheminant les fonds directement aux divisions provinciales de santé, même si un meilleur encadrement du niveau central est souhaitable. L'implication des ministères provinciaux de la Santé, signataires des contrats uniques, et leur participation directe aux négociations menées pour les financements, ont permis d'améliorer le niveau d'autonomie des autorités provinciales. Un meilleur lien entre les décisions prises au niveau central et celles prises au niveau provincial pourrait toutefois favoriser encore cette autonomie et, de façon plus importante, l'alignement des financements.
- 3. Cependant, le contrat unique aurait pu être un outil d'alignement des financements extérieurs aux PAO des provinces plus important. Certes les financements extérieurs ont augmenté entre 2018 et 2019, ce qui a provoqué un meilleur alignement des financements extérieurs agrégés au PAO des provinces, cependant ces financements agrégés, bien que mieux structurés, restent faibles. Cela peut s'expliquer par la nature du contrat unique qui ne finance que les coûts administratifs de la DPS, et non les coûts de prestation de services au niveau des formations sanitaires.** Certes, il y a plusieurs bailleurs, mais aussi une augmentation dans les montants financiers extérieurs s'alignant aux PAO entre 2018 et 2019. Cependant, ces montants représentent moins de 2.3% des financements extérieurs en 2018. En pratique, cela pourrait signifier que les bailleurs ne sont toujours pas alignés aux PAO des provinces, ce qui pose véritablement un problème de gouvernance, avec de nombreux problèmes mettant en lumière la difficulté de mettre en œuvre leur PAO en raison du manque de prédictibilité des financements et de la verticalisation continue des financements extérieurs. Cependant, il est également important de noter que la nature du contrat unique est d'influencer indirectement la prestation et la qualité des services de santé et non de subventionner directement la prestation de services dans les zones de santé. Par conséquent, les bailleurs de fonds subventionnent les coûts administratifs uniquement au niveau de la santé provinciale, ce qui explique pourquoi le financement des bailleurs de fonds en rapport avec le contrat unique soit faible.

4. **La faible exécution budgétaire des engagements des bailleurs et du gouvernement, pour le fonctionnement et les investissements sur ressources propres, entrave le fonctionnement du contrat unique et vient pointer du doigt des problèmes structurels qui bloquent la mise en œuvre du contrat unique, son acceptation auprès des bailleurs et sa mise à l'échelle.** L'exécution budgétaire a baissé de 66,8 % en 2018 à 57,1% en 2019. Ceci rend particulièrement problématique les financements des DPS. Cela s'explique par une capacité très faible en gestion des finances publiques, mais peut remettre en cause le degré de confiance accordé des bailleurs aux provinces pour gérer leur financement et déstabiliser ce mécanisme qui se veut promouvoir l'alignement. Les entretiens ont soulevé d'autres raisons encore à la base de cette faible absorption, comme le fait d'avoir plusieurs procédures des bailleurs dans un environnement avec une faible capacité.
5. **Le contrat unique contribue à un meilleur encadrement des provinces et à la réalisation de leurs activités, mais les activités de suivi et d'évaluation doivent se solidifier et les données d'évaluation utilisées pour corriger la mauvaise performance des provinces.** Les activités d'encadrement influencent le taux d'activités des DPS. Ce qui devrait inciter les DPS à promouvoir ce type d'activité pour une meilleure mise en œuvre du contrat unique. Les évaluations régulières de la performance des DPS favorisent la redevabilité et confèrent davantage de transparence au travail des DPS. Cependant de nombreuses provinces avec contrat unique ont un taux médiocre d'activité/performance et d'encadrement. Par exemple, entre 2018 et 2019, le taux de réalisation des activités ou de performance était inférieur à 55 % au Maniema, Mongala, Sud-Kivu et Tshuapa et le taux d'encadrement restait faible dans le Mai-Ndombe, Mongala et Tshuapa. En revanche, on trouve une corrélation positive en 2018 (0,24 or 24%) et 2019 (0,96 or 96%) entre le taux de réalisation d'activités et d'encadrement. Il y a parfois confusion sur les indicateurs utilisés pour mesurer la performance du contrat unique, qui invite à être revu. Enfin les performances faites de manière trimestrielle ne sont pas utilisées pour des actions de correction.
6. **Les provinces qui présentent une bonne performance en matière d'encadrement du taux d'activités et de décaissement, sont les provinces qui combinaient des compétences en planification participative, suivi budgétaire et suivi d'évaluation du mécanisme régulier.** Ces provinces bénéficiaient notamment de : 1) Une planification optimale avec un PAO participatif au niveau de la base/des OSC et des engagements pris de façon concertée entre les différentes parties (acteurs étatiques et des organisations communautaires locales); 2) Financement : le respect des engagements des PTFs impliqués dans le CU ; 3) Une appropriation du mécanisme par les DPS concernées ; 4) La tenue régulière (trimestrielle) des réunions avec la participation de toutes les parties prenantes.

Au regard des faits susmentionnés, cette étude conclut que le contrat unique reste un mécanisme valide de coordination des financements nationaux et externes. **Son fonctionnement et son efficacité pourraient toutefois être maximisés si toutes les parties s'y engagent réellement et activement.**

Les recommandations fournies ci-après constituent un effort dans ce sens.

RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du contrat unique, cette étude recommande :

9. **Former en gestion des finances publiques les Administrateurs Gestionnaires des DPS et des ZS pour améliorer l'absorption des financements des DPS par rapport aux PAO compte tenu de la faiblesse du**

taux d'exécution dans les provinces avec contrat unique (qui est passé de 68 à 69% entre 2018 et 2019). L'accroissement du nombre d'AT en finances publiques et de formations auprès des administrateurs gestionnaires des DPS et des ZS pourrait permettre aux provinces de résoudre, en partie, les problèmes de faible absorption des financements intérieurs et extérieurs, et d'améliorer de surcroît le taux d'activité de certaines provinces. Cela améliorera également la confiance des bailleurs à adhérer à ce mécanisme, qui hésite à s'impliquer davantage.

10. **Coordonner le mécanisme du contrat unique avec la mise en œuvre annuelle de la cartographie GIBS et du PNDS et la réforme du budget-programme.** Tous les ans, le GIBS et le MS travaillent sur la cartographie du PNDS, permettant de faire le suivi sur les décaissements des bailleurs et du gouvernement par rapport aux priorités du PNDS 2019-2022, mais aussi d'évaluer les besoins de financements éventuels par priorité et province. En général, le MS comme les bailleurs peinent à récolter/partager les informations sur les engagements et décaissements des bailleurs, mais aussi du gouvernement provincial par priorité au niveau des provinces. Or l'outil de contrat unique, aligné sur les PAO, qui est une traduction directe du PNDS 2019-2022, permettrait certainement de combler ces déficits d'informations financières au niveau provincial. La remontée des évaluations trimestrielles contenant notamment les engagements et décaissements des bailleurs et des DPS, permettrait d'optimiser la cartographie PNDS ainsi que le budget-programme et de réaliser une meilleure harmonisation par le niveau central de l'allocation des ressources, pour limiter les doublons et s'assurer que les financements soient dirigés là où les déficits de financement subsistent.
11. **Continuer à inciter les DPS à contrat unique à mettre en œuvre les activités liées à l'encadrement des ZS,** compte tenu d'une relation positive entre cette activité et le taux de réalisation d'activité de la DPS.
12. **Améliorer les activités de suivi et d'évaluation du contrat unique, en évaluant si les critères utilisés sont toujours pertinents pour mesurer la performance des provinces.** Il serait aussi intéressant de publier publiquement les évaluations trimestrielles des provinces avec contrat unique afin d'entraîner un effet de compétition entre les provinces, les incitant à mieux faire. L'application de mesures correctives – positives ou négatives (c.-à-d. sanctions) – afin de favoriser la performance ainsi que la motivation des équipes provinciales pourrait éventuellement être considérés.
13. **L'harmonisation des procédures des bailleurs de fonds au niveau provincial, pour transférer les ressources au niveau des DPS et la conception d'un mécanisme de performance commun à tous les bailleurs.** Malgré le mécanisme du contrat unique, les bailleurs de fonds conservent leurs propres procédures de transfert de fonds au niveau provincial et leurs propres critères d'évaluation de performance des autorités sanitaires provinciales. Au minimum, il est recommandé aux bailleurs de chercher à harmoniser les critères de performance de manière à ce que les autorités sanitaires provinciales reçoivent les mêmes incitations de la part de tous les bailleurs, sinon il pourrait y avoir des incitations contradictoires au mécanisme du contrat unique au niveau provincial. Il est également recommandé que le niveau central entreprenne une évaluation pour comprendre les goulots d'étranglement dans l'alignement de la procédure des bailleurs de fonds au système administratif et de gestion des finances publiques des provinces, afin qu'une feuille de route soit mise en place permettant le gouvernement d'aborder les goulots d'étranglement qui empêchent les bailleurs de fonds d'utiliser le système national.

14. **Améliorer le processus de planification au niveau central en alignant les cycles de planification nationale** et les cycles budgétaires nationaux pour accroître la prévisibilité et la disponibilité des financements, ainsi qu'en favorisant l'implication du ministère de la Santé pour intégrer les aspects négociés et traités au niveau central avec les partenaires techniques et financiers aux plans d'action opérationnels.
15. **Impliquer davantage les partenaires techniques et financiers dans le processus de planification des provinces** par le biais du contrat unique en redynamisant les entités de coordination des partenaires techniques et financiers, notamment en accroissant la fréquence des réunions et en mettant en œuvre un GIBS provincial opérationnel. Cette étude recommande au moins trois réunions de concertation avant l'initiation de la planification au niveau provincial, ainsi que la tenue subséquente de réunions trimestrielles pour assurer un alignement continu, évaluer la mise en œuvre et proposer des mesures correctives.
16. **Centraliser les données des évaluations trimestrielles à la DEP pour pouvoir effectuer des évaluations régulières et collecter des indicateurs similaires pour toutes les autres provinces sans contrat unique.** Cette base de données permettrait de faire des évaluations statistiques en mesurant l'effet du contrat unique sur l'utilisation et la qualité des services de santé que cette évaluation n'a pas pu s'effectuer en l'absence des données similaires collectées pour les provinces sans contrat unique.
17. **Conduire l'évaluation au niveau central.** Il conviendrait d'envisager aussi l'évaluation du contrat unique auprès des services du niveau central. Ce sont ces services qui traduisent les politiques publiques de l'Etat pour la santé en termes des directives stratégiques et des instructions opérationnelles.

ANNEXES

1. Grille d'évaluation des performances de la DPS

Domaines	Missions	Fréquence	Source d'information	Indicateurs de quantité	Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur (1 pt par activité si pas d'autre proposition)	Score
Coordination/pilotage/planification	Organiser les réunions de CPP-SS	2 réunions ordinaires/année	Compte rendu et document de préparation de la réunion du CPP-SS	Nombre de réunions de CPP-SS réalisées avec compte rendu	(i) Dossiers préparés par les GT/commissions présentés validés par le secrétariat technique (3 pts) (6GT avec 0,5 pt par groupe soit un total de 3 pts) ; (ii) Transmission des dossiers dans le délai de 14 jours aux membres (1 pt) ; (iii) Participation d'au moins 80 % de membres (cf. liste des membres pour 2 pts) ; (iv) Rapport de suivi de la mise en œuvre des résolutions de la réunion précédente (1 pt) ; (v) Les termes de référence de la réunion + les invitations envoyés dans le délai de 14 jours avant la réunion (1 pt) ; (vi) Le secrétariat technique s'est réuni au moins une fois avant le CPP (1 pt) ; (vii) Pendant le CPP, les présidents des GT présentent les livrables et les résolutions à adopter (1 pt).	10
	Organiser les réunions de groupes de travail / commissions	Une réunion/mois par GT	Rapport	Nombre de réunions de GT réalisées avec compte rendu	(i) Le président du GT dispose d'une liste des membres (1 pt) ; (ii) Le GT dispose d'un plan de travail (1 pt) ; (iii) Le GT présente un rapport des réunions (1 pt) ; (iv) Le GT présente les livrables à présenter au CPP (1 pt) ; (v) Le taux de participation est d'au moins 80 % (1 pt).	5
	Organiser les réunions de conseil d'administration dans les ZS	2 CA ordinaires par zone de santé/an	Procès-verbal	Nombre de réunions de CA organisées avec PV	(i) Dossiers présentés validés par le COGE (1 pt) ; (ii) Transmission aux membres de la lettre d'invitation et des dossiers à traiter dans un délai de 7 jours (1 pt) ; (iii) Participation d'au moins 80 % de membres effectifs (1 pt) ; (iv) Rapport de suivi de la mise en œuvre des résolutions de la réunion précédente (1 pt) ; (v) PV de qualité (ordre du jour, points de discussions, décisions, recommandations et signature) (1 pt).	NA
	Organiser les réunions de l'ECP	Une réunion/semaine	Compte rendu de la réunion	Nombre de réunions d'ECP réalisées avec compte rendu	(i) Réunions de suivi du PTT de la DPS (1 pt) ; (ii) Taux d'exécution des activités \geq 80 % (1 pt) ; (iii) Participation d'au moins 80 % des membres (1 pt) ; (iv) Existence des comptes rendus des réunions avec suivi des recommandations (1 pt) ; (v)	5

Domaines	Missions	Fréquence	Source d'information	Indicateurs de quantité	Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur (1 pt par activité si pas d'autre proposition)	Score
					Taux d'exécution des recommandations >=80 % (1 pt).	
	Organiser la revue annuelle sectorielle	Une revue par année	Rapport de revue et dossiers traités	Nombre de revues organisées	(i) Organisation d'au moins une réunion préparatoire de la revue annuelle avec rapport et validation des thèmes à débattre (1 pt) ; (ii) Les présentations sont envoyées 3 jours avant aux membres (1 pt) ; (iii) Présentations des performances des zones de santé et des bureaux et coordination des programmes spécialisés des revues intégrées (1 pt) ; (iv) Participation d'au moins 80 % de parties prenantes (1 pt) ; (v) Liste des recommandations avec tableau de suivi des recommandations (1 pt).	NA
	Organiser la revue semestrielle (à mi-parcours)	Une revue à mi-parcours	Rapport	Nombre de revues organisées avec rapport	(i) Organisation d'au moins une réunion préparatoire de la revue semestrielle ; (ii) Les présentations sont envoyées 3 jours avant aux membres (iii) ; Présentations des performances des zones de santé et des bureaux et coordination des revues intégrées ; (iv) Participation d'au moins 80 % de parties prenantes. Rapport de la réunion préparatoire avec validation des thèmes à débattre (v) Liste des recommandations à suivre avec tableau de suivi des recommandations ; (vi) Participation d'au moins 80 % des PTF aux questions de la revue.	NA (0, 5 pt par item)
	Élaborer le plan d'action opérationnel de la province	Une fois par an	Plan d'action disponible	Nombre de plans d'action endossés au CPP-SS	(i) Le plan d'action est élaboré avec la participation des parties prenantes (1 pt) ; (ii) Au moins 75 % des PTF participent activement à son élaboration (1 pt) ; (iii) Il est endossé au CPP avant la fin du mois de février (1 pt) ; (iv) Il est diffusé à l'ensemble des parties prenantes (1 pt) ; (v) Un plan de suivi de sa mise en œuvre est élaboré (1 pt).	5
	Élaborer le plan de travail trimestriel de la DPS	Un plan chaque trimestre	Plan de travail intégré multi-bailleur	Existence du plan de travail validé par le CPP-SS	Plan en lien avec le PAO (intégré) et intégrant les plans des bureaux et coordinations (1 pt) ; (ii) Ce plan est diffusé à l'ensemble des parties prenantes (1 pt) ; (iii) Le plan suit le modèle du MSP (1 pt) ; (iv) Ce plan est budgétisé (1 pt) ; (v) Ce plan est évalué chaque fin de trimestre par l'ensemble des parties prenantes (1 pt).	5

Domaines	Missions	Fréquence	Source d'information	Indicateurs de quantité	Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur (1 pt par activité si pas d'autre proposition)	Score
	Élaborer un plan de travail de chaque bureau de la DPS et Coordination des programmes spécialisés	Un plan chaque trimestre	Plan de travail du bureau et coordinations	Existence d'un plan de travail de chaque bureau et coordination	(i) Plan en lien avec le PTT de la DPS et intégrant les activités des services et cellules (2 pts) ; (ii) Ce plan est diffusé à l'ensemble des parties prenantes (1 pt) ; (iii) Ce plan est évalué chaque fin de trimestre ; (iv) Le plan est disponible avant le 15 du mois qui commence le trimestre.	5
Encadrement des ZS	Organiser les missions d'encadrement des ECZ	Chaque zone de santé est visitée au moins une fois par trimestre pendant au moins 7 jours	Rapport d'encadrement	Nombre de missions d'encadrement réalisées	(i) Préparation de la mission d'encadrement intégrée (TDR basés sur l'exploitation de l'information sanitaire et des différents rapports). Ces TDR montrent les problèmes à résoudre (dossier de préparation des missions d'encadrement) (6 pts) ; (ii) Le rapport d'encadrement montre les actions menées par l'EPP et son accompagnant (6 pts) ; (iii) Les zones de santé sont informées une semaine à l'avance de la mission d'encadrement (6 pts) ; (iv) Présence des rapports de restitutions des missions d'encadrement (6 pts) ; (v) Évaluation des progrès de l'encadrement des zones de santé (6 pts).	30 (6 pts par item)

<i>Domaines</i>	<i>Missions</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Source d'information</i>	<i>Indicateurs de quantité</i>	<i>Éléments de qualité pour l'évaluation de l'indicateur (1 pt par activité si pas d'autre proposition)</i>	<i>Score</i>
	<i>Réguler l'approvisionnement des ZS en MEG et intrants spécifiques à travers les CDR ou autres circuits d'approvisionnement (logistique PEV, TS, THA, etc.)</i>	<i>Un plan de suivi des approvisionnements</i>	<i>Plan d'approvisionnement et bon de livraison</i>	<i>Existence du plan d'approvisionnement validé par l'ECP</i>	<i>(i) Le plan intègre tous les approvisionnements des médicaments et intrants spécifiques (2,5 pts) ; (ii) Le plan est rendu disponible à toutes les parties prenantes (2,5 pts) ; (iii) Un suivi de sa mise en œuvre est fait en incluant l'analyse de la performance de la CDR et l'analyse des tableaux de bord (2,5 pts) ; (iv) Le GT médicament fonctionne et tient régulièrement les réunions (2,5 pts).</i>	<i>10 (2,5pts par item)</i>

Gestion des ressources	RHS					
	Tenir à jour la base de données des formations /formateurs/ prestataires formés.	Une base de données existe pour la DPS	Base de données	Existence de la base de données à jour	Plan de formation selon le modèle du MSP	4
	Tenir à jour la base de données des RH	Une base de données existe pour la DPS	Base de données selon le modèle MSP	Existence de la base de données à jour	En conformité avec les listes déclaratives de la DPS et des ZS	5
	Ressources matérielles					
	Tenir les outils de gestion des matériels roulants (carnet de bord)	Chaque jour	Carnet de bord	Existence de carnet de bord à jour	Rapport technique d'au moins 80 % d'engins roulants (identité de l'engin, différentes dotations en carburant avec dates, date du dernier entretien et kilomètres parcourus avec motif)	10
	Élaborer et exécuter le plan de maintenance des engins roulants et parc informatique de toute la DPS (y compris ceux des programmes)	Chaque mois	Plan de maintenance intégré	Existence du plan de maintenance des engins roulants	Respect de l'exécution du plan de maintenance pour au moins 80 % d'engins opérationnels (identité des engins, année d'acquisition, périodicité d'entretien, responsables des engins et coût de l'entretien)	10
	Tenir à jour la fiche des inventaires des équipements et matériels de la DPS	Chaque mois	Fiche d'inventaire	Existence d'une fiche d'inventaires à jour	Mise à jour mensuelle de la fiche d'inventaire (lien entre les deux inventaires consécutifs)	10
	Gestion financière					
	Tenir à jour les outils de gestion financière (livres de caisse, de banque,	Chaque jour	Outils de gestion (livres de caisse, de banque et classeur des pièces	Existence des outils de gestion financière à jour	(i) Promptitude et complétude dans la transmission interne et externe des pièces justificatives (2,5 pts) ; (ii) 100 % des pièces justificatives valides (2,5 pts) ; (iii) Classement bien fait (2,5 pts) ; (iv) Présence des différents	10 (2,5 pts par item)

	classeur des pièces justificatives, manuel de procédure, etc.)		justificatives)		rappports financiers (2,5 pts) (trésorerie, banque).	
	Tenir un tableau de bord financier mensuel de la DPS	Chaque mois	Tableau de bord financier	Existence d'un tableau de bord de gestion à jour	(i) Tableau de bord selon le modèle du MSP (2 pts) ; (ii) Reprend l'ensemble des financements de la DPS (2 pts) ; (iii) Le tableau de bord est partagé avec les PTF (1 pt).	5
	Élaborer un rapport financier trimestriel global de la DPS	Chaque trimestre	Rapport	Existence d'un rapport financier validé par l'ECP	(i) Rapport financier (entrées, sorties, solde, provenance des ressources, bénéficiaires des fonds) (2,5 pts) ; (ii) Cohérence des dépenses avec les activités prévues dans le PTT (2,5 pts).	5 (2,5 pts par item)
Inspection-contrôle	Organiser l'audit interne de la DPS	Un audit interne par trimestre	Rapport d'audit	Nombre d'audits organisés	(i) Rapport d'audit avec orientations par rapport aux constats (2 pts) ; (ii) Le rapport d'audit est partagé avec l'ensemble des parties prenantes (1 pt) ; (iii) Le rapport montre les progrès dans la mise en œuvre des recommandations (2 pts).	5
Information sanitaire, Communication et Recherche	Élaborer le rapport annuel de la DPS	Un rapport par an	Rapport	Existence du rapport annuel de la DPS	(i) Rapport intégrant toutes les interventions fixées dans le PAO de la province (4 pts) ; (ii) Ce rapport est élaboré avant la fin du mois de mars de l'année qui suit (3 pts) ; (iii) Ce rapport est diffusé à l'ensemble des acteurs (3 pts).	10
	Élaborer le rapport trimestriel de la DPS	Un rapport par trimestre	Rapport	Existence du Rapport trimestriel de la DPS	(i) Rapport narratif des activités menées dans le cadre du plan de travail ; (ii) Ce rapport est élaboré et diffusé avant le 15 du mois suivant le trimestre prochain.	5 (2,5 pts par item)
	Tenir à jour la base de données SNIS (DHIS 2)	Chaque mois	Base de données	Existence d'une base de données SNIS à jour	La base de données dispose de toutes les informations (5 pts)	5
	Transmettre le rapport SNIS DPS à la hiérarchie ainsi que tous les rapports	Chaque mois	Lettre de transmission	Nombre de rapports SNIS transmis	Complétude interne et externe ≥ 80 % (2,5 pts) Promptitude interne et externe ≥ 80 % (2,5 pts)	5 (2,5 pts par item)

	d'activités de la DPS					
	Transmettre le rapport de SURVEPI	52	Lettre de transmission	Nombre de rapports SURVEPI transmis	(i) Complétude interne $\geq 80\%$ (1pt) ; (ii) Promptitude interne $\geq 80\%$ (1pt) ; (iii) Rapport intégrant toutes les maladies sous surveillance (2 pts) ; (iv) Présence d'une fiche d'analyse sur les tendances (2 pts).	5
	Organiser la validation des données de la province	4	Rapport	Nombre de rapports de validation des données produits	Préparation de l'atelier de validation des données (TDR) (1 pt) Rapport intégrant toutes les interventions (1 pt) Feed-back aux ZS après analyse des rapports (3 pts)	5
Hygiène et salubrité publique	Organiser les missions de suivi des établissements classés (travailleurs et manipulateurs des denrées alimentaires, milieu scolaire et zones minières)	Une fois par trimestre	Rapport et PV	Rapport de mission de suivi réalisé	Préparation de la mission de suivi (5 pts) (TDR basés sur l'exploitation de l'information sanitaire et des différents rapports)	5
Enseignement des sciences de la santé	Organiser les missions de supervision des ITM/IEM	Une fois par trimestre	Rapport	Nombre de rapports de missions de supervision réalisés	(i) Préparation de la mission de supervision (TDR basés sur l'exploitation des différents rapports) (1,5 pt) ; (ii) Rapport de supervision des ITM montrant les améliorations enregistrées (1,5 pt).	3
	Organiser les missions d'inspection des ITM/IEM	Une fois par trimestre	Rapport et PV	Nombre de rapports de missions d'inspection réalisés	(i) Préparation de la mission d'inspection (2 pts) (TDR basés sur l'exploitation des différents rapports) ; (ii) Exécution de sanctions (suivi des recommandations et sanctions formulées lors des trois dernières missions d'inspection (3 pts soit 1 pt par sanction proposée et exécutée).	5

2. Liste exhaustive des personnes interrogées

Gemena

N°	Prénom, nom	Organisation	Fonction	N° téléphone	Adresse mail ou contact
1	Kinzombandon gala	World Vision	Chef de projet santé	0825135115/09760 06897	jonas_kinzomba@wvi.org
2	Denis Mingashanga	Cordaid	Chef de Bureau	(+243) 816624431 /842733339/99260 9828	denis.mingashanga.minga@cordaid.org DMG@cordaid.org denismingashanga419@gmail.com
3	Papy Kiwa Wene	ENABEL	Assistant technique	0814349661	
4	Dr Pothin Saua	DPS	MCZ	08101416 41	
5	Salomon Wambu Dekpali	DPS	IT	0823744068	
6	Constantine Galekwa Kato	DPS	IT	0823667291	BokudaIIIA/ZS de Gemena
7	Léon Zandu	Mini Pro Sa	DIRECA B.		
8		Ministre provincial	Ministre		
9	Fiston Nambala Ndoza	OAC-CS	Président	(+243)810906576	Aire de santé Bokuda
10	Léopold Mobibi Yamboka	MEMISA		(+243)810373065	leopldmobibi@memissardc.org
11	Felix	SANRU	Conseiller	08126182 46	
12	Dr -----	Zone de santé Bwamanda	MCZ	-----	-----

Kwango

N°	Prénom, nom	Organisation	Fonction	N° téléphone	Adresse ou contact
1	Dr Exuperu Beya	SANRU	Conseiller	0990772759	exuperu.beya@gmail.com

2	Pollen Kidinda	Centre de santé Saint-Esprit	IT	0823504441	
3	Dr Emmanuelle Gombo	HGR de Kenge (polyclinique)	Médecin directeur	0816734493	
4	Dr Léon Mankambu	Zone de Santé Kenge	MCZ	0816701461/0818401730	leonmakambu@gmail.com
5	Ag. Fils MAZOMBO	DPS Kwango	Chef des bureaux	0823329018	
6	Jean MANENE KELEMVU	Relais communautaire	PRECODES A (RECO)	0813705398	
7	Dr Futila Georgine	Zone de santé Boko	MCZ		
8					

Sud-Kivu

N°	Nom et prénom	Organisation	N° téléphone	Adresse ou contact
1	Célestin Bamwisho	Cabinet du ministre provincial de la Santé	0819354368	
2	Apollinaire Bahizire	DPS		drapobahizire@gmail.com
3	Dr Antonio Lozito	GIZ		antonio.lozito@giz.de
4	Dr Aristote Mudekereza	AAP		mudekereza@aap-rdcongo.org
5	Dr Gaston Lubambo	DPS		lbbgaston@yahoo.fr
6	Dr Constantin Makakala Muhululu	OMS		makakalamuhululu@who.in
7	Jonas Fikiri	Unicef	-	jfikiri@unicef.org
8	Claude Wilondja	DPS		claudwil2005@gmail.com
9	Janvier Barhobagayana	PROSANI		janvier_barhobagayana@ihp-prosani.com

Nord-Kivu

N°	Nom et prénom	Organisation	N° téléphone	Adresse ou contact
1	Dr Nzalamingi	Cabinet du ministre provincial de la Santé		nzalamingi@gmail.com

2	Janvier Kubuya	DPS		janvierkubuya1@gmail.com
3	Josias Katungo	DPS		drnyamwaka@gmail.com
4	Mike Fikili	DPS		fikilinzanzu01@gmail.com
5	Aminata Kavugho	DPS		kavughoaminata@gmail.com
6	Cyrille Ngadjol	DPS		cyrillengadjol@gmail.com
7	Bally Mapendano	DPS		ballyngene@gmail.com
8	Amisi Muyango	DPS		ispamisi@gmail.com
9	Edgar Musubao	EU		edgar.musubao@ulb-cooperation.org