



Congo, Democratic Republic of

Human Resources for Health Analytics

© 2025 The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Telephone: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org

Some rights reserved.

This work is a product of The World Bank. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this work do not necessarily reflect the views of the Executive Directors of The World Bank or the governments they represent.

The World Bank does not guarantee the accuracy, completeness, or currency of the data included in this work and does not assume responsibility for any errors, omissions, or discrepancies in the information, or liability with respect to the use of or failure to use the information, methods, processes, or conclusions set forth. The boundaries, colors, denominations, links/footnotes, and other information shown in this work do not imply any judgment on the part of The World Bank concerning the legal status of any territory or the endorsement or acceptance of such boundaries. The citation of works authored by others does not mean the World Bank endorses the views expressed by those authors or the content of their works.

Nothing herein shall constitute or be construed or considered to be a limitation upon or waiver of the privileges and immunities of The World Bank, all of which are specifically reserved.

Rights and Permissions

The material in this work is subject to copyright. Because The World Bank encourages dissemination of its knowledge, this work may be reproduced, in whole or in part, for noncommercial purposes as long as full attribution to this work is given.

Attribution—Please cite the work as follows: “World Bank. 2025. Human Resources for Health Analytics. © World Bank.”

Any queries on rights and licenses, including subsidiary rights, should be addressed to World Bank Publications, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

**ETUDE OPERATIONELLE SUR LES RESSOURCES HUMAINES
EN SANTE**

AVRIL 2024



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
HYGIÈNE ET PRÉVOYANCE SOCIALE**



REMERCIEMENTS



Les ressources humaines en santé constituent un pilier important dans l'offre des soins à la population. Comprendre les défis auxquels ils sont confrontés et y apporter des pistes de solution est au cœur des actions du ministère de la Santé Publique Hygiène et Prévoyance Sociale.

C'est ainsi que le Secrétariat Général de la Santé, avec l'appui financier et technique de la Banque Mondiale, a procédé à la recherche opérationnelle sur les ressources humaines en santé en vue de dégager des solutions pratiques basées sur des évidences scientifiques.

Nous remercions Son Excellence M. le Ministre de la Santé Samuel Roger KAMBA, pour sa vision sur la Couverture Santé Universelle et ses avis éclairés tout au long du déroulement de l'étude.

Nous adressons nos sincères remerciements aux Spécialistes Principaux en Santé et chargés de l'étude au sein de la Banque mondiale, Messieurs Sayed GHULAM et Michel MUVUDI, ainsi que M. Jonas NSENDA, Consultant en Santé à la Banque mondiale, qui nous ont guidé cette étude, de la conception à la finalisation de ce rapport.

Nous sommes très reconnaissant envers M. Stylianos MOSHONAS, investigateur principal de l'étude, M. Johan VERHAGHE consultant principal sur les aspects de gouvernance et M. Paulin BEYA WA BITADI MUTOMBO consultant et professeur à l'Université de Kinshasa.

Notre gratitude s'adresse à M. Joseph KASONGO WA KASONGO, M. Arthur AKAWAKOW, M. Faustin MUKALENGE CHENGE, M. Jean Pierre LOKONGA, M. Dosithée NGO BEBE, Mme. Yasmine BINTI et Mme. Karine Noelle MOUKETO-MIKOLO pour leur assistance et apport substantiel au travail.

Que tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce travail trouvent ici notre reconnaissance.

A tous, nous disons merci.

Secrétaire Général à la Santé

Dr YUMA RAMAZANI Sylvain

Table des matières

REMERCIEMENTS	i
Liste des acronymes et des abréviations	iv
Tableau des tableaux et des figures.....	vi
Résumé exécutif.....	vii
1. Introduction	1
1.2 Contexte de l'étude.....	1
1.2 Étapes de l'étude	4
1.3 Méthodologie de l'étude	6
Sources de données	6
Analyse des données et rédaction du rapport.....	7
1.4 Aperçu des caractéristiques du secteur de la santé en RDC.....	8
1.5 Structure du rapport	10
2. Maîtrise des effectifs et répartition des ressources humaines en santé.....	11
2.1 L'évolution des effectifs	11
2.2 Les règles officielles en matière de recrutement et d'affectation et leurs violations	14
2.3 Le désordre des affectations et l'impact de la politisation	17
2.4 La production des ressources humaines en santé (RHS)	19
2.5 La répartition inégale des ressources humaines en santé (RHS)	21
2.6 Les conséquences du désordre en matière de recrutement et d'affectation	28
2.7 Conclusion et recommandations stratégiques pour la gestion des effectifs.....	31
3. Les rémunérations des ressources humaines en santé	34
3.1 Les rémunérations des RHS : une vue globale	34
3.2 Les problèmes liés aux procédures de gestion de la paie.....	38
3.3 Les abus du système de gestion de paie et le personnel fictif	40
3.4 L'(in)adéquation de la rémunération et ses conséquences.....	42
3.5 Conclusion et recommandations pour rétablir l'ordre dans la rémunération des RHS.....	43
4. La gestion des carrières.....	45
4.1 Évaluation et promotion du personnel	45
4.2 La formation continue.....	46
4.3 Le régime disciplinaire	47
4.4 Le défi du redéploiement.....	47
4.5 La dimension genre dans la gestion des carrières	48

4.6 Mise à la retraite	49
4.7 Conclusion et recommandations pour la gestion des carrières	51
5. Conclusions et résumé des recommandations	52
5.1 Les réformes des RHS dans une perspective internationale et régionale	52
5.2 Stratégie de réforme et recommandations	55
Annexes.....	60
Annexe 1 : Un bref historique des RHS en RDC	60
Annexe 2 : L'organisation formelle du secteur de la santé.....	66
Annexe 3 : Financement du secteur de la santé et implications pour les ressources humaines	70
Annexe 4 : Le secteur privé et les RHS.....	75
Annexe 5 : Le rôle des Partenaires Techniques et Financiers dans le secteur de la santé	80
Annexe 6 : Tableaux et graphiques liés à la répartition des RHS.....	84
Annexe 7 : Genre et emploi dans le secteur de la santé	101
Annexe 8 : Pratiques actuelles et initiatives en cours en matière de gestion de bases de données des RHS dans le secteur de la santé en RDC.....	105
Annexe 9 : Les rémunérations des RHS	111
Annexe 10 : Les processus de gestion de la paie des RHS	122
Annexe 11 : Les abus du système, les fictifs	131
Annexe 12 : La bancarisation : une réforme à double tranchant	146
Annexe 13 : La prime locale, le FBP, et les conséquences de l'inadéquation des rémunérations	150
Annexe 14 : Réformes en matière de gestion des ressources humaines et leçons à tirer	157
Annexe 15 : Analyse d'économie politique de la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé en RDC.....	164

Liste des acronymes et des abréviations

AEP	Analyse d'Économie Politique
AG	Administrateur-gestionnaire
AS	Agents de Santé
AT	Assistance Technique
BCZS	Bureau Central de Zone de Santé
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BP	Budget Programme
CNSSAP	Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'État
CS	Centre de santé
CSR	Centre de santé de référence
CSU	Couverture Santé Universelle
DEP	Direction Étude et Planification
DESS	Direction des Établissements des Soins de Santé
DGI	Direction Générale des Impôts
DGDA	Direction Générale des Douanes et Accises
DGRAD	Direction Générale des Recettes Administratives, Judiciaires, Domaniales et de Participations
DINACOPE	Direction nationale de contrôle, de la préparation de la paie et de la maîtrise des effectifs des enseignants et du personnel administratif des établissements scolaires
DPS	Division Provinciale de la Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
ESPT	Enseignement Primaire, Secondaire, et Technique
ESU	Enseignement Supérieur et Universitaire
FBP	Financement Basé sur la Performance
FC	Franç Congolais
FCDO	Foreign, Commonwealth and Development Office
FCV	Fragilité, Conflit et Violence
FOSA	Formation Sanitaire
FRAP	Fichier de Référence de l'Administration Publique
GFP	Gestion des Finances Publiques
GIBS	Groupe Inter-Bailleurs Santé
GRH	Gestion des Ressources Humaines
HGR	Hôpital Général de Référence
IEM	Institut d'Enseignement Médical
IGF	Inspection Générale des Finances
IGS	Inspection Générale de la Santé
iHRIS	Integrated Human Resource Information System
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
ISTM	Institut Supérieur des Techniques Médicales
ITM	Institut des Techniques Médicales
IT	Infirmier Titulaire
ISTM	Institut Supérieur des Techniques Médicales
JICA	Japan International Coopération Agency
MCZ	Médecin Chef de Zone
MD	Médecin Directeur
MIP	Médecin Inspecteur de Province

MSP	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale
NU	Nouvelle Unité
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PDSS	Projet de Développement du Système de Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRRAP	Projet de Réforme et de Rajeunissement de l'Administration Publique
PS	Poste de Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines en Santé
SECOPE	Service de Contrôle de la Paie des Enseignants
SG	Secrétariat Général
SIGRH-P	Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie
SYGECPAF	Système de Gestion Centralisé de la Paie des Agents et Fonctionnaires de l'État
WISN	Workload Indicator of Staffing Needs
ZS	Zone de santé

Tableau des tableaux et des figures

Tableau 1: Institutions concernées par la collecte de données de l'étude (et de l'AEP).....	6
Tableau 2 : Effectifs des RHS par province (2019-2023).....	13
Tableau 3 : Densités de personnel de santé en RDC en 1990 et 2019	22
Tableau 4 : Pléthores de personnel dans certaines FOSA à Kinshasa.....	25
Tableau 5 : Effectifs en place par rapport aux effectifs autorisés et lits montés	26
Tableau 6 : Taux d'utilisation des médecins	30
Tableau 7 : Estimation du temps presté par le médecin	30
Tableau 8 : Typologie des composantes de la rémunération des RHS en RDC	35
Tableau 9 : Barème de rémunération des primes des différentes catégories d'agents de santé du ministère de la santé en CDF, T1 2019	36
Tableau 10 : Nombres de NU et de personnels matriculés dans différents niveaux de la pyramide sanitaire	37
Tableau 11 : Proportions des personnels recevant salaire et prime dans la province de la Tshopo	37
Tableau 12 : Analyse de la masse salariale des agents de santé indemnisés dans les provinces du Kasai et du Kasai Central	40
Tableau 13 : Montants des primes locales	42
Figure 1 : Évolution des effectifs dans le secteur de la santé	11
Figure 2 : Évolution du nombre de RHS engagées par décennies	12
Figure 3 : Évolutions du nombre de RHS engagées par décennies et par catégories professionnelles	12
Figure 4 : Nombres d'AS immatriculés et NU	14
Figure 5 : Nombre des médecins inscrits au tableau de l'Ordre National des Médecins par années de 1990 à 2023 (source : Ordre National des Médecins)	20
Figure 6 : Répartition en pourcentages des RHS par catégorie professionnelle	23
Figure 7 : Moyennes des effectifs (Tot), médecins, infirmiers et administratifs dans les HGR et CSR publics et confessionnels (province de l'Équateur)	27
Figure 8 : Moyennes des effectifs (Tot), médecins, infirmiers et administratifs dans les HGR et CSR publics et confessionnels (ville-province de Kinshasa)	27
Figure 9 : Répartition des RHS selon le type de rémunération par catégories professionnelles	34

Résumé exécutif

La République démocratique du Congo (RDC) se trouve confrontée à des lacunes dans ses services essentiels, à des infrastructures défaillantes ainsi qu'à des problèmes de gouvernance et de fragilité, ce qui a engendré l'une des crises humanitaires les plus prolongées au monde. Dans un contexte de fragilité, de conflit et de violence (FCV), le pays fait face à de sérieux problèmes de gouvernance qui impactent quasiment tous les aspects des systèmes gouvernementaux, notamment en ce qui concerne les ressources humaines (RH) et la gestion des rémunérations. Les ressources humaines pour la santé (RHS) sont cruciales pour la performance du système de santé et requièrent une attention particulière de la part des décideurs politiques, surtout dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU), de l'agenda des objectifs de développement durable (ODD) et de la préparation et de la réponse aux pandémies. Cependant, le pays est confronté à d'importants défis en matière de gestion des RH, notamment des disparités géographiques, des disparités de compétences et de salaires, une faible rémunération des agents de santé (AS) et une gestion inadéquate du personnel du secteur. En RDC, environ 40 % des dépenses totales de santé reposent sur les frais d'utilisation (et donc sur les contributions des ménages), alors qu'environ 62 % de la population vit avec moins de 2,15 dollars par jour. Dans le même temps, la majeure partie des dépenses publiques du ministère de la santé est consacrée aux rémunérations du personnel (93 % en 2022), alors même que des pans entiers du personnel de santé ne sont pas rémunérés. Par conséquent, une évaluation exhaustive de l'intégralité du continuum des ressources humaines en santé (de la formation à la retraite) revêt une importance capitale. Cette évaluation vise à identifier les principales contraintes et opportunités à chaque étape, à éclairer l'élaboration des politiques, à orienter les ressources et les investissements, et à faciliter une gestion et une planification efficaces du personnel de santé. L'objectif principal de cette étude est donc de fournir aux décideurs gouvernementaux ainsi qu'aux partenaires du développement des données sur la gestion des ressources humaines en santé, afin de formuler des politiques plus éclairées pour le pays dans ce domaine crucial. Cette étude permettra aux décideurs de réviser la politique sectorielle sur le recrutement, la gestion du personnel, les affectations et le renforcement des capacités des ressources humaines en santé. Elle intervient à un moment opportun, alors que le pays élabore son plan de développement du secteur de la santé (PNDS) 2023-2030 et met en place des institutions pour la couverture sanitaire universelle (CSU).

L'étude s'est déroulée en deux phases distinctes. La première phase a débuté par un atelier de consultation en février 2023, qui avait pour but d'établir une compréhension partagée et de déterminer ensemble l'étendue de l'analyse. Cette étape initiale a été suivie d'un examen approfondi de la littérature existante, de l'élaboration d'un protocole de recherche et de la collecte de données à Kinshasa ainsi que dans huit provinces. Lors de la présentation des résultats préliminaires à Kinshasa en juin 2023, trois thèmes prioritaires ont été identifiés : la maîtrise des effectifs, la structuration des rémunérations et la gestion des carrières. Ces thèmes ont été sélectionnés pour une étude plus approfondie.

La seconde phase, qui s'est étendue de juillet 2023 à mars 2024, a comporté une série de recherches complémentaires sur le terrain réalisées en octobre 2023. Ces recherches ont permis d'examiner en détail les trois thèmes prioritaires et de formuler des recommandations en concertation avec les parties prenantes. Parallèlement, une analyse d'économie politique menée par l'équipe de gouvernance de la Banque mondiale a enrichi les travaux de recherche. La phase finale, qui s'est déroulée entre novembre 2023 et février 2024, a consisté en l'analyse des données recueillies et la rédaction du rapport final. La méthodologie de l'étude s'appuyait sur une approche intégrée de méthodes mixtes, combinant l'analyse de données quantitatives et qualitatives. La première étape, centrée sur l'analyse statistique des listes déclaratives des ressources humaines en santé (RHS) des 26 provinces, fournies par les structures sanitaires publiques, visait à cartographier les tendances telles que la composition et la répartition géographique du personnel de santé. Elle cherchait également à identifier les disparités, notamment les

déséquilibres dans les catégories professionnelles, les proportions de personnel enregistré ou non, ainsi que les différences entre personnel rémunéré et non rémunéré.

L'analyse qualitative s'est appuyée sur plus de 180 entretiens semi-structurés avec des acteurs clés aux niveaux central, provincial et local, tant dans l'administration de la santé que dans les établissements de soins. Cette démarche visait à comprendre en profondeur les enjeux de la gestion des RHS, de la formation au recrutement, des affectations à la rémunération, et de la gestion des carrières jusqu'à la retraite. Grâce à cette analyse, il a été possible de dresser un tableau détaillé des problématiques liées à la gestion des RHS et d'identifier trois thèmes principaux qui ont structuré la présentation des résultats :

1. La maîtrise des effectifs, y compris l'analyse de la répartition des RHS à travers le pays.
2. L'ordre dans la rémunération des RHS.
3. La gestion des carrières, incluant les processus de déploiement, de promotion et de mise à la retraite.

Le rapport se divise en trois chapitres correspondant à ces thèmes prioritaires et se termine par des recommandations. Un chapitre de conclusion offre une perspective sur le contexte international et régional des réformes en RHS, récapitule la stratégie de réforme envisagée et suggère une priorisation phasée des recommandations.

Chapitre 2 : Maîtrise des effectifs et répartition des ressources humaines

Le chapitre 2 examine la gestion des effectifs, y compris la distribution des ressources humaines en santé (RHS) à travers le pays, et met en lumière l'augmentation rapide et non régulée du personnel de santé dans le secteur public au cours des deux dernières décennies. Durant cette période, les effectifs ont augmenté de moins de 100 000 en 2006 à 256 000 en 2023. Cependant, la fiabilité des données issues des listes déclaratives appelle à une interprétation prudente.

Cette croissance n'est pas le fruit d'une planification stratégique, mais plutôt le résultat de multiples facteurs. Parmi eux, la surproduction de certaines catégories professionnelles, comme les médecins généralistes et les infirmiers, due à une augmentation des instituts de formation dont la qualité est parfois douteuse, exerce une pression considérable sur les autorités politiques. Ces dernières jouent un rôle prépondérant dans l'intégration d'un nombre croissant de diplômés sur le marché du travail, dans un contexte de chômage et de sous-emploi généralisés.

En outre, l'ambiguïté des règles et réglementations officielles concernant le recrutement conduit à leur non-respect fréquent, avec un processus d'affectation fortement influencé par la politique, en particulier au niveau provincial, et souvent en contradiction directe avec les besoins réels des établissements de santé. De nombreuses autorités politiques et administratives interviennent dans le recrutement et les affectations. Les pouvoirs décisionnels sont éparpillés, les nominations sont souvent le résultat de négociations et d'arrangements au sein de réseaux locaux de patronage, et sont influencées par l'opportunisme politique.

Les réformes telles que la politique de décentralisation de 2006 et le redécoupage territorial de 2015, qui a divisé le pays en 26 provinces, ont eu des conséquences mitigées. Elles ont introduit une confusion quant aux rôles et responsabilités des niveaux central et provincial en matière de recrutement et d'affectation, et ont contribué à une augmentation du tribalisme.

Ces recrutements incontrôlés et non planifiés entravent la capacité du ministère de la Santé Publique (MSP) à maîtriser ses effectifs et à gérer son personnel de manière efficace. De plus, ils ont un impact significatif sur la distribution géographique des travailleurs de santé. Les zones urbaines souffrent d'un excès de personnel, tandis que les zones rurales manquent cruellement de professionnels de santé

qualifiés, tels que les médecins, pharmaciens, radiologues et nutritionnistes. Les pénuries de personnel dans les zones de santé rurales sont aggravées par un déficit d'infrastructures, d'équipements et de possibilités de développement professionnel pour les agents de santé. Les incitations, tant sociales que financières, sont insuffisantes pour encourager les affectations en milieu rural, avec des problèmes de salaires et de primes inadéquats, et une proportion importante de personnel non rémunéré. Ces déséquilibres spatiaux sont particulièrement marqués pour certaines catégories professionnelles. Par exemple, il est estimé que près de la moitié des médecins du pays sont concentrés à Kinshasa, tandis que plus de 17 provinces ne disposent d'aucun clinicien spécialiste.

La pléthore de personnel dans les formations sanitaires publiques, particulièrement en milieu urbain, semble être motivée par la perspective d'intégration dans le fichier de paie et l'attrait des primes sectorielles, comme la prime de risque professionnel. Bien que le secteur privé en République Démocratique du Congo (RDC) soit au moins aussi important que le secteur public en termes de prestation de services de santé, avec une estimation d'environ 40% de l'offre de soins assurée par le secteur privé confessionnel et associatif, les informations relatives à sa composition, sa couverture et sa gestion des ressources humaines en santé (RHS) sont beaucoup moins accessibles, surtout en ce qui concerne les établissements privés à but lucratif. De manière générale, il est ardu de recueillir des données sur les RHS dans le secteur privé, une tâche compliquée par des problèmes de chevauchement des fonctions. Les établissements gérés par des organisations confessionnelles emploient un grand nombre de personnes rémunérées par le secteur public. Toutefois, ces établissements connaissent peu de problèmes de sureffectif grâce à une convention avec le ministère de la Santé Publique (MSP) qui leur permet de s'opposer à des affectations non fondées.

Malgré le rôle du secteur public dans le développement, la supervision et la régulation du secteur privé, ce dernier reste largement méconnu et insuffisamment régulé en pratique. C'est pourquoi ce rapport se concentre essentiellement sur les RHS du secteur public.

Ces éléments ont un impact profond sur l'instabilité et la grande mobilité du personnel, se manifestant par des conséquences négatives telles que la politisation nuisant à l'adéquation entre les profils et les postes, l'aggravation de la mauvaise gestion et de la qualité des soins et services, les effets pervers de la pléthore sur l'organisation du travail, les rémunérations financées par les ressources propres des établissements de santé, les difficultés pour l'État de payer le personnel de santé, et le gaspillage ou la dilapidation des ressources lorsque les RHS sont sous-utilisées ou mal utilisées. En somme, les conséquences d'un recrutement non planifié et d'une répartition désordonnée du personnel se traduisent par un fardeau financier imposé aux patients et aux ménages, qui doivent assumer le coût des dépenses de santé via les frais d'utilisation, ce qui nuit à la qualité des soins.

Chapitre 3 : Les rémunérations des ressources humaines en santé

Ce chapitre décrit la situation des salaires dans le secteur public. L'analyse révèle que seulement environ 18% des RHS perçoivent le salaire de base et 41% bénéficient de la prime de risque professionnel. Le salaire de base, administré par le Ministère de la Fonction Publique, est réservé aux agents de santé enregistrés et reste modeste. Il est uniforme pour l'ensemble de la Fonction Publique, ce qui inclut les agents de santé sous le statut général du personnel de carrière. La prime de risque, quant à elle, est censée être versée à tout personnel figurant sur les listes déclaratives du Ministère de la Santé Publique (MSP). Cependant, elle varie considérablement entre les catégories professionnelles, en grande partie à cause de l'influence et des actions collectives des syndicats, ce qui engendre de la démotivation. De plus, des disparités géographiques sont observées : les zones urbaines, les services administratifs et le personnel hospitalier sont privilégiés par rapport aux zones rurales éloignées.

Ces inégalités sont en partie dues à une gestion des rémunérations complexe et dysfonctionnelle, répartie entre plusieurs institutions. Cette situation laisse place à des arrangements, des négociations et du trafic d'influence. Il apparaît que les individus « les plus forts », c'est-à-dire ceux qui disposent de connexions, de réseaux politiques, de ressources financières, de capital relationnel et de proximité avec le pouvoir à Kinshasa, ont plus de chances d'être inclus dans les listes de paie. L'implication active des syndicats ajoute une couche supplémentaire de complexité à ce processus.

Le paiement des salaires est aussi entaché de malversations et d'abus, avec notamment le problème des travailleurs fictifs, un phénomène bien documenté et particulièrement répandu en République Démocratique du Congo (RDC). Ce problème est symptomatique d'un dysfonctionnement institutionnel majeur, où chaque ministère ou service impliqué dans la gestion de la paie se renvoie la responsabilité. Les ministères de la Santé, de la Fonction Publique et du Budget gèrent leurs propres bases de données de manière isolée, sans interfaces ni communication adéquate. La situation est exacerbée par la politisation, une culture de rentes, l'opacité des processus et un système où certains fonctionnaires et autorités tirent des avantages substantiels.

Le secteur de la santé est aussi influencé par les interventions des bailleurs de fonds, qui visent à améliorer la qualité des services. Cela a mené à l'adoption du système de financement basé sur la performance (FBP) à l'échelle nationale. Une évaluation du Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) de la Banque Mondiale en 2022 indique que le FBP a entraîné des améliorations notables dans les zones de santé soutenues, notamment en matière de santé reproductive, maternelle et infantile. Cependant, le FBP présente aussi des défis, notamment des complications dans la gestion du personnel non couvert par le FBP, des allégations de fraude et des problèmes de durabilité post-financement.

En conclusion, les problèmes non résolus de gestion des RH, tels que les sureffectifs et la couverture inadéquate de la paie, pourraient compromettre la politique de Couverture Santé Universelle (CSU) récemment lancée. Les établissements où le personnel n'est pas correctement rémunéré ou qui souffrent de sureffectifs dépendent fortement des allocations de financement de la CSU. Des retards ou des problèmes dans la distribution de ces fonds pourraient gravement affecter le fonctionnement des établissements de santé.

Chapitre 4 : La gestion des carrières

Ce chapitre aborde la gestion des carrières, y compris les aspects du redéploiement, de la promotion et de la retraite. Il examine pourquoi les politiques de gestion de carrière — évaluation et promotion du personnel, formation continue, discipline, politique de redéploiement et retraite — sont souvent mal appliquées ou devenues obsolètes.

L'évaluation du personnel (cotation) et la progression en grade ne sont plus pratiquées depuis longtemps. Cette situation pourrait s'expliquer par le peu de valeur accordée aux évaluations dans un contexte de dysfonctionnement chronique de la gestion des ressources humaines, où la majorité du personnel est démoralisée et/ou non rémunérée. En outre, les résultats attendus des évaluations, tels que les augmentations salariales automatiques et les promotions, ont été interrompus pendant de longues périodes, rendant la gestion des carrières caduque.

La stagnation des carrières et l'inefficacité des promotions sont des problèmes persistants au sein de la Fonction Publique, affectant notamment le personnel de santé. Cette négligence envers l'avancement et la promotion a entraîné une démotivation généralisée, une stagnation des employés à leur grade initial,

des rémunérations insuffisantes et des complications lors de la retraite, souvent calculée sur la base du grade de recrutement et des salaires peu élevés.

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) a établi un cadre juridique pour encadrer la formation continue et a créé une direction dédiée. Cependant, le manque de financement a freiné les progrès, rendant la formation continue dépendante des partenaires techniques et financiers (PTF). Le régime disciplinaire est également peu appliqué, souvent à cause de l'influence politique.

Les défis du redéploiement du personnel, visant à corriger les déséquilibres entre les zones rurales sous-desservies et les centres urbains surpeuplés, sont nombreux. Ils incluent le sous-développement des zones rurales, l'absence d'incitations financières, les opportunités limitées de travailler dans le secteur privé, le non-paiement des frais d'installation, l'insécurité dans certaines régions, le manque d'infrastructures et de conditions de vie adéquates, ainsi que la difficulté d'intégration dans les systèmes de paie ruraux. Pour surmonter ces obstacles, il est essentiel de créer des conditions minimales favorables au redéploiement en milieu rural.

Le processus de mise à la retraite, normalement une procédure standard et périodique, est au point mort depuis la fin des années 1980, faute de ressources. Il n'a été relancé que récemment grâce à des interventions ciblées, notamment le financement de la Banque mondiale en 2017 via le Projet de Réforme et de Rajeunissement de l'Administration Publique (PRRAP), et par le gouvernement à partir de 2022. Dans le secteur de la santé, on estime que 10 % des effectifs sont éligibles à la retraite. Cependant, l'accélération du processus de mise à la retraite rencontre plusieurs obstacles : non seulement le financement est insuffisant, mais la législation actuelle stipule que les pensions doivent être calculées sur la base des salaires de base, qui sont extrêmement bas, sans tenir compte des primes qui constituent la majeure partie de la rémunération. Ceci est dû au fait que les travailleurs de la santé sont soumis au statut général de la Fonction Publique. Une solution envisageable serait de créer un Statut Spécifique pour le personnel du secteur de la santé, le séparant ainsi de la Fonction Publique. Cela offrirait plus de flexibilité pour ajuster le rapport salaire/prime et faciliterait la planification des retraites.

Chapitre 5 : Contexte international et régional des réformes en matière de Ressources Humaines de Santé (RHS) et stratégie de réforme

Ce chapitre examine le contexte international et régional des réformes des RHS et propose des recommandations stratégiques basées sur les conclusions de ce rapport, accompagnées d'un plan d'action détaillé et hiérarchisé.

Actions immédiates :

1. Établir une gestion routinière des flux de RH (recrutements et départs alignés sur les besoins) nécessite des prérequis essentiels :

- Définir et instaurer la **structure organique** des établissements de santé (HGR, CS/CSR, PS) et des bureaux administratifs (DPS, IPS, BCZS) avec des limites maximales autorisées. Cette démarche s'appuie sur les normes existantes, révisées et une méthode consensuelle et documentée impliquant les acteurs locaux. Elle vise à développer **une nomenclature uniforme** des fonctions et **un modèle standard de fichiers** (quantité et type de postes), s'inspirant des pratiques de la liste déclarative et du système iHRIS.
- Réaliser **un contrôle physique** du personnel actif répertorié dans les listes déclaratives, mené par une entité indépendante selon des critères définis pour garantir la transparence et l'objectivité du processus.

- **Mettre à jour la carte sanitaire** pour refléter la distribution actuelle et future des structures de santé et garantir un accès équitable aux soins primaires pour tous.
- Effectuer des **projections démographiques** pluriannuelles pour appliquer une méthode standard (WISN) et anticiper la charge de travail liée à l'évolution démographique.

2. Organiser des consultations avec les groupes d'influence et les parties prenantes identifiés (pour une analyse détaillée de la situation et du rôle de ces groupes, voir la section 8, annexe 15 de l'Analyse d'Économie Politique (AEP) de la gestion des RHS). Ces échanges visent à unifier les différents acteurs autour d'un modèle de base de données sécurisée et à élaborer une stratégie pour convaincre les décideurs politiques de son importance.

À court terme :

3. Promulguer une loi, initiée par le Chef de l'État et adoptée par le Parlement, qui établit la structure organique comme fondement d'une gestion structurée des Ressources Humaines de Santé (RHS). Cette loi pourrait également s'appliquer à d'autres secteurs (comme l'EPST) et servir soit de rappel, soit de contrainte légale pour le respect des normes établies. Elle pourrait détailler les aspects techniques nécessaires (par exemple, les conditions préalables et les principes de gestion à observer) pour une planification efficace des effectifs. La loi pourrait également inclure des dispositions permettant au personnel de faire valoir un droit d'opposition, soulignant ainsi le droit de tout agent de l'État de contester les décisions administratives contraires à la loi, telles que des affectations non justifiées ou le remplacement d'un agent sans motif légitime.

4. Suite à l'adoption de cette loi, déployer une stratégie de communication robuste pour informer toutes les parties prenantes (à tous les niveaux de la pyramide sanitaire) de la pertinence et de l'urgence de la loi. Cette communication devrait clarifier les obligations légales et le fonctionnement de la base de données, et viser à éradiquer les pratiques abusives dans le processus de recrutement.

5. Externaliser la gestion de la base de données en confiant cette tâche, via un appel d'offres, à une entité réputée, non gouvernementale et indépendante, avec laquelle le Ministère de la Santé Publique (MSP) établirait un contrat. Cette mesure éliminerait de facto et de jure toute forme de pression administrative (politique, tribale, familiale, etc.), actuellement perçue comme un obstacle majeur à une gestion efficace des RHS. Dans le contexte congolais, de nombreux acteurs au sein du MSP considèrent que la délégation de gestion est la voie la plus appropriée pour établir un système de RHS fonctionnel et performant.

6. Réaliser un audit du fichier des rémunérations des Ressources Humaines de Santé (RHS) dans le Système de Gestion Centralisé de la Paie des Agents et Fonctionnaires de l'État (SYGECPAF) du Ministère du Budget. Des allégations crédibles suggèrent des irrégularités significatives dans la base de données des salaires des RHS. Un audit à court terme, pendant la mise en place d'une base de données unique des RHS, pourrait aider à rationaliser le secteur et à réduire les abus, y compris la récupération des pertes dues aux paiements indus (salaires versés à des travailleurs fictifs). Cette mission devrait impliquer les représentants des ministères de la Santé, du Budget et de la Fonction Publique.

7. Identifier les besoins et élaborer :

- **Un plan de redéploiement du personnel excédentaire** vers les zones et structures de santé en manque de personnel. Ce plan nécessite une étude sur les conditions de redéploiement, en particulier pour les transferts en zones rurales.
- **Un plan équitable de mécanisation (régularisation) et de rémunération (alignement)** pour le personnel non-mécanisé et non-payé. L'équité doit être respectée en termes de

répartition géographique (provinces, zones de santé), de catégories professionnelles (traitement uniforme de tout le personnel de santé) et doit prioriser le personnel redéployé et la lutte contre les déserts médicaux.

- **Un plan équitable de mise à la retraite pour les agents éligibles, en établissant des critères d'équité propres.** Avec environ 10 % du personnel de santé éligible à la retraite, l'expansion du processus de retraite est essentielle pour réduire le personnel excédentaire dans les établissements de santé et pour résoudre la situation actuelle où les entrées sont ouvertes et les sorties bloquées. L'identification du personnel éligible sera facilitée par la base de données des RHS. Le ministère de la Fonction Publique, en charge du processus de retraite, participera à l'identification du personnel éligible en vérifiant l'exactitude des données. Les partenaires techniques et financiers (PTF) pourraient contribuer au financement d'un plan de retraite, mais les fonds devraient être complétés par des contributions gouvernementales pour montrer l'engagement à résoudre le problème.
- **Des plans annuels de recrutement,** détaillés par structure, zone de santé (ZS) et province. Ces plans, partagés avec l'Enseignement Supérieur et Universitaire (ESU), devraient mettre en évidence les pénuries en RHS et les priorités d'action, tout en maintenant l'objectif principal d'un accès équitable aux soins pour tous.

À envisager à plus long terme (une fois la base de données opérationnelle) :

8. Mettre en œuvre les dispositions légales concernant la gestion des carrières. L'évaluation régulière et la promotion du personnel sont cruciales pour mesurer l'assiduité et l'efficacité. Ces tâches relèvent de la responsabilité conjointe du ministère de la Santé et du ministère de la Fonction Publique. Idéalement, l'application de ces dispositions, telles que définies dans le Statut Général, devrait être intégrée à la base de données RH pour un suivi en temps réel des performances. La mise à jour et la correction des grades, qui sont fondamentales pour l'avancement professionnel (et pour assurer que les rémunérations correspondent aux grades réels), nécessiteront des évaluations périodiques basées sur les cotations du personnel. Ces évaluations pourraient agir comme un levier pour redynamiser la motivation des employés.

9. Il est crucial d'engager des discussions internes (MSP/D6/IEM) et externes (MSP/ESU) sur l'adéquation de la formation initiale. Une base de données fiable et actualisée est essentielle pour identifier les besoins spécifiques par province et zone de santé (ZS), permettant ainsi une planification efficace des ressources humaines en santé (RHS). Ces besoins doivent être communiqués à l'ESU chaque année. L'ESU, en tant que principal fournisseur de RHS, doit être réceptif aux exigences du MSP. Ce dialogue technique, qui a également une portée structurelle, nécessite une discussion sereine et la médiation du Premier ministre, sous l'égide du Chef de l'État, conformément à la nouvelle Loi sur les RH. L'objectif est de prévenir la surproduction, qui engendre le sous-emploi et la pression sociale, et d'éviter de former des professionnels qui ne répondent pas aux besoins réels du MSP. Une gestion rationnelle des RHS passe inévitablement par une évaluation de l'efficacité de la formation initiale.

La mise en place d'un mécanisme formel de discussion entre et au sein des deux ministères peuvent s'appuyer sur des projets existants. Un cadre de concertation est déjà préparé et attend la signature des deux ministres. Ce mécanisme pourrait être renforcé par des mesures complémentaires, telles que la création d'une **agence d'homologation et d'accréditation des établissements de formation**, incluant la participation des ministères concernés et des ordres professionnels. De plus, une **évaluation approfondie de l'état des établissements de formation existants** (IEM/ITM/ISTM/Facultés de Médecine) est nécessaire, car nombreux sont ceux qui ne respectent pas les normes de base.

10. Il est essentiel d'adopter un statut spécifique pour le personnel de santé, à l'instar de celui du personnel du ministère de l'Enseignement Supérieur. Actuellement, le salaire de base des ressources humaines en santé (RHS) est directement lié à celui de la fonction publique, ce qui signifie que toute augmentation salariale aurait des répercussions statutaires sur l'ensemble des fonctionnaires et un impact budgétaire considérable. Un statut distinct permettrait de faciliter les négociations salariales, d'ajuster le rapport entre la prime sectorielle et le salaire de base, et d'améliorer le calcul des pensions. Bien que l'initiative puisse être lancée par le ministère de la Fonction publique, une collaboration étroite et un soutien actif des syndicats seront indispensables pour sa mise en œuvre.

1. Introduction

La République démocratique du Congo (RDC) est confrontée à une crise humanitaire prolongée, exacerbée par des services de base insuffisants, des infrastructures inadéquates et des défis de gouvernance. En tant que pays affecté par la fragilité, les conflits et la violence (FCV), la RDC rencontre des problèmes de gouvernance qui influencent tous les aspects des systèmes gouvernementaux, y compris la gestion et la rémunération des ressources humaines (RH). Les ressources humaines pour la santé (RHS) sont cruciales pour l'efficacité du système de santé et requièrent une attention soutenue des décideurs, en lien avec la couverture sanitaire universelle (CSU), les objectifs de développement durable (ODD) et la gestion des pandémies. Néanmoins, le pays fait face à d'importants défis en matière de gestion des RHS, tels que des déséquilibres dans la répartition géographique et la mixité des compétences, des échelles salariales inégales, des rémunérations insuffisantes et une gestion défailante du personnel de santé.

Par conséquent, il est crucial de réaliser un examen approfondi de l'ensemble du cycle de vie des ressources humaines pour la santé (RHS), de leur formation à leur retraite. Cet examen permettra d'identifier les contraintes majeures et les opportunités à chaque étape, d'informer l'élaboration des politiques, de guider l'allocation des ressources et des investissements, et d'assurer une gestion et une planification efficaces du personnel de santé. L'objectif de cette étude est de fournir aux décideurs gouvernementaux et aux partenaires de développement des informations pertinentes sur la gestion des RHS, afin d'élaborer des politiques RH plus adaptées pour le pays. Les résultats de l'étude contribueront à la révision de la politique sectorielle en matière de recrutement, de gestion des ressources humaines, d'affectations et de développement des compétences en RDC. Cette étude est particulièrement opportune, car elle coïncide avec l'élaboration du plan de développement du secteur de la santé pour la période 2023-2030 et la mise en place de structures de gouvernance pour la santé universelle.

Cette introduction a pour but de définir le contexte de l'étude (Section 1.1), de décrire les étapes méthodologiques suivies pour son élaboration (Section 1.2), d'explicitier la méthodologie employée (Section 1.3), de donner un aperçu des spécificités du secteur de la santé en République démocratique du Congo (Section 1.4), et de présenter l'organisation du rapport (Section 1.5).

1.2 Contexte de l'étude

La crise humanitaire en République démocratique du Congo (RDC), qui dure depuis trois décennies, est exacerbée par des carences en services de base, des infrastructures défailtantes et des défis de gouvernance. Ces problèmes sont le résultat d'une longue histoire marquée par des conflits, des troubles politiques, de l'instabilité et des régimes autoritaires, ayant provoqué d'importants déplacements de populations (5,53 millions de personnes déplacées internes). Les racines de la fragilité structurelle de la RDC plongent dans l'histoire précoloniale, se sont étendues à la période coloniale et persistent à ce jour. En tant que pays confronté à la fragilité, aux conflits et à la violence (FCV), la RDC est affectée par des problèmes de gouvernance qui impactent tous les niveaux gouvernementaux et administratifs, y compris la gestion des ressources humaines (GRH). Le secteur public est le principal employeur formel du pays. Depuis 2007, le nombre de travailleurs du secteur public figurant sur les listes de paie de l'État est passé

de 600 000 à 1 300 000 et la masse salariale absorbe entre un tiers et deux cinquièmes du budget national¹.

Le secteur de la santé est plus intensif en main-d'œuvre que bien d'autres secteurs et les performances du système de santé dépendent fortement de la qualité des ressources humaines. Une main-d'œuvre bien formée, hautement motivée et correctement gérée fait une grande différence dans le succès d'un système de santé. Le personnel de santé est de loin le principal poste de dépenses dans la plupart des systèmes de santé, et une gestion efficace des ressources humaines est donc essentielle pour la viabilité financière du système. Cependant, la gestion des ressources humaines dans ce secteur est souvent sujette à des enjeux politiques, les gouvernements cherchant à fournir des emplois publics, tandis que les syndicats et autres acteurs influencent également ce domaine.

La RDC est confrontée à de sérieux défis en matière de ressources humaines. Il n'existe pas de chiffres fiables concernant le nombre d'agents de santé (AS) dans le système de santé de la RDC, et les données disponibles sont des estimations. La faible rémunération et la bonne gestion des travailleurs de la santé sont des préoccupations majeures en RDC. Dans les contextes à faibles revenus, l'exploration des sources de revenus disponibles pour les agents de santé, leurs déterminants et les stratégies de subsistance que ces rémunérations impliquent sont essentiels pour mieux comprendre la motivation des agents et les effets sur leur performance et sur la prestation de services. Ceci est d'autant plus pertinent dans un contexte tel que celui de la RDC, caractérisé par l'incapacité de l'Etat à fournir des services publics par le biais d'une main-d'œuvre publique bien soutenue et financée.

La pandémie de COVID-19, associée aux multiples épidémies en cours, a mis en évidence une capacité limitée des RHS à prévenir, préparer et répondre efficacement aux urgences en RDC. Les difficultés préexistantes du personnel de santé dans le pays constituent une menace sérieuse pour le système de santé publique et la pandémie a exacerbé la situation. Le système de santé répond simultanément à de multiples autres urgences de santé publique (Ebola, épidémie de rougeole, variole du singe, poliomyélite et choléra) qui, avec le COVID-19, ont aggravé les problèmes de main-d'œuvre, les établissements étant confrontés à une demande accrue de services, notamment de dépistage, d'immunisation et de traitement. Cette situation a eu un impact sur la disponibilité et la capacité des agents de santé à préserver la continuité des services essentiels dans l'ensemble du pays. Une analyse de la disponibilité et de l'état de préparation des services au cours de la période COVID-19 montre des perturbations importantes des services de santé essentiels dans l'ensemble du pays et l'insuffisance des capacités des RHS a été identifiée comme l'un des principaux facteurs de ces perturbations². En termes de vaccination COVID-19, avec seulement 6% de la population cible complètement vaccinée, la RDC est toujours en bas de la liste de tous les pays au niveau mondial, juste un peu au-dessus du Burundi. Il est donc essentiel de renforcer les capacités du personnel en matière de gestion des urgences et des risques de catastrophe et de veiller à ce que les investissements en ressources humaines soient adaptés aux besoins actuels et futurs de la population.

Le système de santé de la République Démocratique du Congo (RDC) fait face à des défis significatifs dans la collecte, la gestion et la diffusion des données sur les ressources humaines de santé (RHS), ce qui

¹ Moshonas, S. (2019). The political economy of human resource and payroll management in the Democratic Republic of Congo. London, ODI, Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC) Working Paper 71.

² Global Financing Facility; World Bank Group, "Monitoring Essential Health Services During COVID-19," Global Financing Facility, Washington DC, 2022.

entrave la prise de décisions éclairées. Les systèmes de gestion des RHS sont défaillants à plusieurs niveaux, notamment en raison de l'absence de mise à jour et d'harmonisation des données entre les provinces et le ministère de la Santé. En conséquence, le système national d'information sur la gestion de la santé n'est pas en mesure de fournir un profil précis et à jour de la main-d'œuvre sanitaire, y compris sa taille, sa composition, sa répartition géographique, sa productivité et sa performance.

Un exemple concret de cette problématique est le programme de vaccination contre la COVID-19, qui souffre de l'absence d'un registre actualisé des professionnels de santé impliqués dans la vaccination à l'échelle nationale. Le renforcement du système d'information sur les RHS est donc crucial pour permettre aux décideurs d'améliorer la planification, le contrôle de la qualité, la réglementation, les performances et le suivi des professionnels de santé en RDC. Face aux réalités évoquées, la gestion des ressources humaines émerge comme un défi majeur pour l'efficacité des services de santé en République Démocratique du Congo (RDC). Les agents de santé (AS) sont confrontés à un manque de motivation, causé par des conditions de travail précaires, une rémunération incertaine et une dépendance excessive aux frais d'utilisation pour leur salaire. Cette situation crée des barrières financières considérables pour les populations pauvres, qui forment la majorité des Congolais – 52,5 % vivent avec moins de 1,96 USD par jour³. Malheureusement, ces populations démunies n'ont guère d'alternatives pour accéder aux soins de santé, d'autant plus que la distinction entre les services publics et privés est ambiguë.

Le secteur de la santé publique en RDC est marqué par une « informalisation interne », où les secteurs public et privé, qu'ils soient lucratifs ou non, opèrent selon leurs propres dynamiques et besoins. Cela conduit à une « marchandisation » de la santé, où les soins sont traités comme des marchandises. Les frais d'utilisation, qui sont informels, non réglementés et ne résultent pas d'une politique gouvernementale claire, varient d'un établissement à l'autre. Chaque centre de santé a la latitude de fixer ses propres tarifs et de décider de la part des frais d'utilisation à allouer à la rémunération de son personnel. En outre, la majorité des ressources récurrentes au niveau des établissements proviennent de ces frais d'utilisation informels plutôt que de financements gouvernementaux.

Compte tenu de l'importance de la génération de revenus à partir de la base, il n'est pas surprenant que le financement de la santé en RDC ait tendance à « fonctionner à l'inverse de ce qui se passe dans la plupart des pays », une grande partie des frais d'utilisation au niveau de l'établissement étant « canalisés vers le haut pour financer le fonctionnement des niveaux plus élevés de la pyramide »⁴. Le système est également caractérisé par un manque de clarté en ce qui concerne la retraite et les pensions - « retraite égale la mort » est une phrase couramment entendue parmi les fonctionnaires qui décrit la réalité d'un système où la retraite a été suspendue de facto en raison d'un manque de ressources disponibles.

Malgré les efforts déployés pour améliorer la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé en République Démocratique du Congo (RDC), les résultats restent modestes et n'ont pas significativement influencé les performances du système de santé. Les réformes de l'administration publique, y compris celles concernant le système de rémunération, sont en cours depuis 15 ans. Ces initiatives, souvent pilotées par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et supervisées par le Ministère de la Fonction Publique, n'ont pas suffisamment abordé les problèmes systémiques de gestion

³ DRC Economic Update, The World Bank, October 2021.

⁴ Likofata Esanga, J.-R. et al. (2017) How the introduction of a human resources information system helped the Democratic Republic of Congo to mobilise domestic resources for an improved health workforce, *Health Policy and Planning*, 32, 2017, iii25-iii31.

des ressources humaines, de rémunération, de retraites et de pensions. En effet, bien que le Ministère du Budget, et plus précisément la Direction de la paie, soit principalement responsable de la gestion de la paie, les réformes majeures telles que l'informatisation de la gestion des salaires et la « bancarisation » n'ont pas eu l'impact escompté sur ces problèmes endémiques.

Pour résoudre les défis interinstitutionnels liés à la gestion des rémunérations, il est crucial de s'appuyer sur les dispositifs existants et de renforcer les initiatives nationales plutôt que de dépendre exclusivement de solutions importées. Les réformes techniques actuellement proposées en RDC, telles que l'audit des ressources humaines pour la santé (RHS), l'assainissement de la paie et la gestion électronique de la paie, doivent être complétées par des réformes des RHS plus contextuelles, qui abordent les problèmes systémiques et sont ancrées tant au niveau central que provincial, en adoptant des approches flexibles et adaptées localement.

Les RHS sont un élément clé du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2019-2022, qui vise à : (i) améliorer la disponibilité et la rétention des RHS qualifiés ; (ii) renforcer la formation de base ; et (iii) développer les compétences des prestataires de soins. Le plan fournit des directives pour résoudre les problèmes critiques de gestion des RHS dans cinq domaines clés : gouvernance, formation de base, formation continue, gestion des carrières, partenariat et intersectorialité. Le Plan National des Ressources Humaines pour la Santé 2019-2022, aligné sur les priorités du PNDS, vise à améliorer la disponibilité et la rétention des RHS, la qualité de l'enseignement des sciences de la santé et le développement des compétences du personnel. Cependant, l'application effective de ces plans est entravée par des problèmes systémiques et politiques plus larges.

En République Démocratique du Congo (RDC), le secteur de la santé doit relever les défis liés aux ressources humaines pour la santé (RHS) afin de renforcer l'efficacité des soins de santé. Cela est crucial pour répondre aux nombreuses urgences de santé publique et améliorer la santé de la population, en particulier en ce qui concerne la santé maternelle et infantile, l'équité, l'accès, l'inclusion sociale et la croissance économique. Les données sur les RHS sont actuellement insuffisantes pour éclairer les décisions politiques et les investissements, car les recherches se limitent souvent à des aspects spécifiques du marché du travail dans le secteur de la santé. Cette étude vise à analyser de manière globale le parcours complet des RHS, de la formation à la retraite. Elle a pour objectif d'identifier les principales contraintes et opportunités à chaque étape, afin de contribuer à l'élaboration de politiques pertinentes, d'orienter les ressources et les investissements de manière stratégique, et de promouvoir une gestion et une planification efficace du personnel de santé.

1.2 Étapes de l'étude

L'étude s'est déroulée en deux phases distinctes : la première s'étendant de février à juin 2023, et la seconde se déployant de juin 2023 à février 2024.

Phase 1

L'organisation et la tenue d'un atelier consultatif en 2023 ont rassemblé un large éventail de parties prenantes afin d'identifier les enjeux majeurs relatifs aux Ressources Humaines en Santé (RHS). Cet atelier a vu la participation de représentants gouvernementaux issus de divers ministères (Santé, Budget, Fonction publique, Finances, Enseignement supérieur), de partenaires au développement (équipes de la santé et de la gouvernance de la Banque mondiale, JICA, et autres membres du GIBS), de partenaires

sociaux (Ordres des médecins et des infirmiers, syndicats du secteur de la santé), d'institutions d'enseignement supérieur (facultés de médecine, instituts de formation), ainsi que d'acteurs du secteur privé. L'objectif de l'atelier était de parvenir à une compréhension partagée des objectifs de l'étude, de déterminer ensemble l'étendue de l'analyse et de cerner les questions pertinentes. Les participants ont été invités à affiner la direction des recherches pour en augmenter la pertinence. Cette démarche a conduit à l'identification de thèmes prioritaires qui ont guidé l'élaboration du protocole de recherche.

Une revue de la littérature effectuée en 2023 a permis de fournir une synthèse actualisée et exhaustive des recherches internationales et nationales, publiées et non publiées (littérature grise), concernant les Ressources Humaines en Santé (RHS) en République Démocratique du Congo (RDC). Cette analyse documentaire a révélé les principaux obstacles entravant le développement des RHS, a raffiné l'approche méthodologique de la recherche et des méthodes de collecte de données, tant quantitatives que qualitatives (à l'aide de guides d'entretien semi-structurés), a compilé les leçons tirées de réformes antérieures et les meilleures pratiques en matière de gestion des RHS dans la région, et a proposé des interventions potentielles.

Un protocole de recherche (2023) a été conçu autour des thèmes prioritaires identifiés. Le cadre méthodologique adopte une approche sur base de méthodes de collecte quantitatives et qualitatives.

Les recherches de terrain dans huit provinces ont eu lieu en avril-juin 2023. L'équipe a réalisé des enquêtes au niveau central et dans les provinces de Kinshasa, Kongo Central, Kasai Oriental, Sud Kivu, Tanganyika, Kivu, Nord Ubangi et Tshopo. Près de 150 entretiens ont été réalisés lors de la phase 1 (15 à 20 entretiens par province). Les institutions et répondants ciblés sont détaillés dans la méthodologie ci-dessous.

Les résultats préliminaires ont été présentés lors du Forum de vaccination (Kinshasa, fin juin 2023) devant un large éventail d'autorités politiques et administratives. Les résultats préliminaires ont permis d'identifier trois thèmes prioritaires à approfondir (phase 2) afin d'affiner les recommandations du rapport. Ces trois thèmes sont : 1) La maîtrise des effectifs (y compris la répartition des RH à travers le pays ; 2) L'ordre dans la rémunération des RHS; et 3) La gestion des carrières (surtout le déploiement, la promotion et la mise à la retraite).

Phase 2

La phase 2 de notre étude a démarré par l'élaboration d'une série de recommandations préliminaires, inspirées des trois thèmes prioritaires identifiés précédemment. Ces recommandations ont servi de fondement à la création de guides d'entretien spécifiques. En octobre 2023, une session de recherche de terrain supplémentaire de deux semaines a été effectuée à Kinshasa. Durant cette période, nous avons consulté des experts et des acteurs clés au niveau central pour discuter des recommandations, clarifier les enjeux et défis, et explorer des solutions potentielles.

Cette phase de recherche empirique a également permis d'approfondir l'analyse de la dimension genre dans la gestion des Ressources Humaines en Santé (RHS), grâce à des entretiens ciblés avec des femmes occupant des postes de direction dans le secteur de la santé. De plus, deux groupes de discussion ont été organisés avec des femmes responsables de centres de santé à Kinshasa. Au total, 26 entretiens approfondis ont été menés durant cette phase.

Parallèlement, une Analyse d'Économie Politique (AEP) sur la gestion des RHS a été menée par l'équipe de gouvernance de la Banque mondiale en RDC. Cette analyse a inclus un travail de terrain à Kinshasa et dans la province de l'Équateur, et a contribué à mettre en lumière les principales contraintes du secteur de la santé et de son environnement multisectoriel.

De novembre 2023 à février 2024, nous avons procédé à l'analyse des données empiriques collectées lors des deux phases de l'étude. Cette analyse a abouti à la rédaction de la première ébauche du rapport final.

1.3 Méthodologie de l'étude

La méthodologie employée pour ce rapport repose sur une stratégie intégrée de méthodes mixtes, combinant des analyses quantitatives et qualitatives pour une compréhension approfondie des données.

Sources de données

Pour élaborer le rapport, une vaste gamme de documents a été rassemblée, incluant les annuaires des Ressources Humaines en Santé (RHS) de 2009 à aujourd'hui, les listes déclaratives du personnel de santé des 26 provinces et du niveau central, ainsi que diverses autres sources telles que les listes du personnel de certaines Formations Sanitaires (FOSA) et les effectifs des institutions de formation. Les données qualitatives ont été extraites des entretiens semi-directifs menés durant les phases 1 et 2, et des groupes de discussion avec des infirmiers titulaires (IT) à Kinshasa.

Des guides d'entretien spécifiques ont été préparés pour chaque phase de l'étude, adaptés en fonction des différents types d'interlocuteurs. Ces derniers variaient selon le niveau d'administration (central, provincial, périphérique, opérationnel) et le type d'institution (autorités politiques, Fonction Publique, Budget, Enseignement Supérieur et Universitaire (ESU), Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP), partenaires sociaux, Partenaires Techniques et Financiers (PTF), Directions Provinciales de la Santé (DPS), Bureaux Centraux de Zone (BCZ), FOSA, institutions de formation), comme détaillé dans le tableau annexé. Neuf guides d'entretien ont été utilisés pour la phase 1 et huit pour la phase 2. En outre, une diversité de documents, tels que des rapports, des documents administratifs, des circulaires et de la législation, ont aussi été collectés et analysés.

Collecte de données au niveau central :
▶ Ministères (MSPHP, FP, ESU, Budget)
▶ Partenaires sociaux (Ordres professionnels, syndicats)
▶ Secteur privé (confessionnels et privés lucratifs)
▶ PTF et ONG
Collecte de données au niveau provincial : Kinshasa, Kongo Central, Kwilu, Kasai Oriental, Tanganyika, Tshopo, Sud Kivu, Nord Ubangi + Equateur (AEP)
▶ Autorités politico-administratives
▶ DPS, IPS, MCZ
▶ Institutions de formation (ITM, ISTM, Facultés),
▶ FOSA (HGR et centres de santé)

Tableau 1: Institutions concernées par la collecte de données de l'étude (et de l'AEP)

La majorité des entretiens ont été enregistrés et transcrits. Lorsque les participants ont choisi de ne pas être enregistrés, des notes détaillées ont été prises et ensuite transmises par écrit. Compte tenu de la nature sensible et confidentielle des sujets abordés, nous avons pris des mesures strictes pour anonymiser tous les entretiens. Les citations utilisées dans ce rapport ne révèlent ni le nom ni la fonction spécifique des participants, se référant à eux de manière générale pour préserver leur anonymat. De même, les informations issues des listes déclaratives ont été traitées pour garantir l'anonymat.

Analyse des données et rédaction du rapport

L'analyse des données a été conduite en adoptant une approche combinée, qui croise les informations issues de la revue documentaire, des documents collectés, et des entretiens avec les données quantitatives. Cette stratégie nous a permis de trianguler les informations, ce qui a enrichi nos entretiens grâce aux données quantitatives et vice-versa. Cette interaction a été bénéfique non seulement pendant les recherches de terrain, mais aussi dans l'intervalle entre les phases 1 et 2 de l'étude.

En ce qui concerne l'analyse quantitative, nous avons utilisé les données des listes déclaratives des provinces et du niveau central. L'objectif de l'analyse statistique de ces listes, fournies par les formations sanitaires publiques et reconnues par le Ministère de la Santé, était de cartographier les tendances, telles que la composition du personnel de santé et leur répartition entre les provinces, et d'identifier les écarts, comme les déséquilibres dans les catégories professionnelles et les différences entre le personnel enregistré et non enregistré, ainsi que le personnel rémunéré et non rémunéré.

Ces listes, n'ayant pas été créées selon une matrice standard, ont nécessité un réaligement pour uniformiser la présentation des données. Nous avons ensuite mené une analyse descriptive, y compris des analyses de fréquence, pour détecter les valeurs aberrantes et, si possible, les corriger, ainsi que pour standardiser les codes de réponse. Nous avons également dû résoudre des problèmes de consolidation des données au niveau provincial, comme des informations sur la date de recrutement mal placées. Les cas de doubles inscriptions ont été corrigés pour chaque province en considérant divers facteurs, tels que les dates, le sexe, l'affiliation à l'établissement, etc. Tous ces problèmes ont été résolus avant la consolidation finale des données et la création de la matrice finale, qui comprenait des informations sur la province, le sexe, le niveau d'éducation, le grade, la profession, la fonction, la catégorie professionnelle, la date de naissance, la date de recrutement, l'acte de recrutement, la décision de nomination, le numéro d'enregistrement, la zone de santé, l'affiliation à l'établissement, le salaire et la prime sectorielle. Les données ont été visualisées sous forme de graphiques et de tableaux, montrant les fréquences des différentes modalités et, dans certains cas, les mesures de tendance centrale et de dispersion.

Face aux problèmes de qualité affectant les données quantitatives tirées des listes déclaratives, marquées par des incohérences, un manque d'exhaustivité et d'exactitude, il convient de considérer les résultats de l'analyse quantitative comme des indications générales plutôt que des faits précis. Ces données, ainsi que d'autres sources telles que les éditions successives des Annuaire Nationaux des Ressources Humaines, fournissent des tendances plutôt que des certitudes absolues⁵.

L'analyse qualitative s'est fondée sur plus de 180 entretiens semi-directifs avec des intervenants clés à différents niveaux de la structure sanitaire, du central au local, et au sein des formations sanitaires. Cette démarche visait à approfondir notre compréhension des enjeux liés à la gestion des Ressources Humaines en Santé (RHS), couvrant l'ensemble du parcours professionnel, du recrutement à la retraite, en passant par l'affectation, la rémunération et la gestion de carrière. Les entretiens ont été analysés avec le logiciel NVIVO 14, où les transcriptions ont été soigneusement lues, codées, puis examinées à l'aide des outils analytiques du logiciel.

⁵ Ces questions expliquent en grande partie les incohérences mineures entre les sources de données – par exemple, entre les effectifs totaux du personnel de santé figurant dans l'Annuaire national des ressources humaines de 2019 et le Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) 2019-2022.

Les thèmes identifiés dans cette analyse qualitative forment la base des sections empiriques de ce rapport, notamment les chapitres 2 à 4, qui s'articulent autour de trois thèmes prioritaires révélés durant la phase 2 de l'étude. Ces thèmes ont servi de fil conducteur pour l'organisation de l'analyse post-codage. Bien que l'étude s'aligne sur le cadre conceptuel de l'OMS concernant le marché du travail dans le secteur de la santé, elle est structurée autour de ces thèmes prioritaires.

L'analyse a été enrichie par une Analyse d'Économie Politique (AEP) de la gestion des RHS, réalisée par l'équipe de gouvernance de la Banque mondiale en RDC. Cette analyse a éclairé les résultats et a contribué au rapport avec plusieurs tableaux et figures pertinents.

1.4 Aperçu des caractéristiques du secteur de la santé en RDC

Pour comprendre l'état actuel du secteur de la santé, il est crucial de prendre en compte son histoire, en particulier l'héritage des pratiques administratives passées. L'annexe 1 dresse un tableau général, quoique non exhaustif, de l'évolution historique du secteur, et l'annexe 2 en décrit l'organisation formelle. Dans cette section, nous résumons les éléments les plus pertinents, en mettant l'accent sur le financement et ses conséquences sur la gestion des Ressources Humaines en Santé (RHS), avec un complément d'information disponible dans l'annexe 3.

Le budget alloué au secteur de la santé a considérablement augmenté au cours des vingt dernières années. Entre 2007 et 2013, il a quintuplé, principalement en raison de l'augmentation de la masse salariale⁶. De 2014 à 2022, les dépenses de santé ont progressé, passant d'environ 200 millions de dollars à 370 millions de dollars. Malgré cette hausse, la part des dépenses de santé dans le budget total est restée relativement constante, aux alentours de 5 %. La composition des dépenses de santé est largement dominée par les dépenses courantes, et en particulier par les salaires et les primes, qui représentaient 93 % des dépenses en 2022.

Il est important de souligner que, malgré les prérogatives accordées aux provinces pour organiser et gérer les soins de santé primaires, et bien que le recrutement du personnel soit une compétence partagée entre le niveau central et provincial, la décentralisation a, en pratique, créé une certaine confusion et des conflits de rôles et responsabilités. Comme le détaille le chapitre suivant, cela a conduit à des pratiques de recrutement souvent politisées et non régulées au niveau provincial et local, entraînant une inflation des effectifs qui cherchent ensuite à être reconnus et rémunérés par le niveau central.

En théorie, la gestion et la rémunération du personnel de santé devraient être décentralisées au niveau provincial⁷. Cependant, un rapport de la Banque mondiale indique qu'en tant que mesure transitoire – et malgré les demandes des provinces – la gestion des salaires des fonctionnaires restera centralisée à moyen terme pour garantir la continuité et l'uniformité à travers le territoire de la RDC⁸, une situation qui persiste à ce jour. Par conséquent, bien qu'une certaine décentralisation administrative ait été mise en

⁶ Banque mondiale, 2018, *Améliorer la Dépense de Santé pour Renforcer le Capital Humain et Assurer une Croissance Inclusive*, Washington, rapport de la Banque mondiale, juin 2018, p. 41.

⁷ Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo, Rapport Final*, Kinshasa : Ministère de la Santé publique et Banque mondiale, p. 11.

⁸ World Bank, 2015, *RDC: Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington: Rapport No. 96172-ZR, p. 66.

œuvre dans le secteur de la santé, la décentralisation financière, en particulier pour la rémunération du personnel de l'État, n'a pas suivi⁹.

Sur le plan financier, la santé en RDC a été principalement soutenue par les bailleurs de fonds internationaux et les contributions directes des ménages (via les frais d'utilisation) au cours de la dernière décennie. En 2019, ces deux sources représentaient presque 80 % du financement du secteur, avec une répartition presque égale d'environ 39 % chacune.

RHS du secteur privé : Bien que ce rapport se concentre principalement sur la gestion des Ressources Humaines en Santé (RHS) dans le secteur public, il est important de noter que le secteur privé joue un rôle tout aussi crucial dans la prestation de services de santé. Cependant, les informations concernant la composition, la couverture et les aspects spécifiques des RHS dans le secteur privé restent moins connues. Pour offrir une vision plus complète, l'annexe 4 propose un aperçu des connaissances actuelles sur le personnel de santé travaillant dans le secteur privé.

Le rôle des bailleurs de fonds : Le rôle des bailleurs de fonds internationaux dans le secteur de la santé de la RDC est un aspect crucial à considérer. Il est essentiel de reconnaître non seulement l'importance et l'étendue des interventions et initiatives de ces bailleurs, mais aussi leur nombre considérable. Cependant, il est à noter que peu d'entre elles se concentrent explicitement sur la gestion des Ressources Humaines en Santé (RHS), un élément pourtant central à tous les projets de développement et source significative de difficultés. En effet, la réussite de la mise en œuvre de ces projets dépend souvent de la collaboration avec les services administratifs locaux et les professionnels de la santé.

Les contributions financières des bailleurs de fonds sont vitales pour le secteur de la santé, couvrant environ 20 % des coûts récurrents et 80 % des investissements en infrastructures¹⁰. Néanmoins, la présence massive et diversifiée de ces acteurs externes n'est pas sans complications. Entre 2006 et 2012, le secteur a vu se déployer 195 projets et programmes, la plupart ciblant des maladies spécifiques plutôt que de viser un renforcement systémique de la santé, ce qui a mené à une approche fragmentée. Parmi les autres problématiques rencontrées, on compte le manque d'harmonisation entre les différents projets, l'existence de multiples unités de mise en œuvre parallèles, une certaine opacité dans la gestion des financements, et un désalignement de l'aide par rapport aux priorités nationales.¹¹

Dans le cadre de la mise en œuvre des projets et programmes de santé, en particulier ceux axés sur le renforcement de la prestation de services, l'adoption du financement basé sur la performance (FBP) s'est largement répandu grâce aux efforts des partenaires internationaux. En 2018, il a été estimé que plus d'un quart des zones de santé en RDC bénéficiaient d'un soutien FBP de la part de divers donateurs, une

⁹ World Bank, 2015, *RDC: Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington DC, p. 66.

¹⁰ Lindström, C. (2019), *Weak States, Strong Elites and Acquiescent Donors : State-building and aid relationships in the Democratic Republic of Congo 2006-2016*, thèse de doctorat, Institute of Development Studies, University of Sussex, décembre 2019, pp. 92-93.

¹¹ Zinnen, V., 2012, *Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé*, Etude de cas de la RDC. Groupe de recherche en appui à la Politique sur la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide, GRAP-PA, p. 10 ; Kalambay Ntembwa, H. & Van Lerberghe, W., 2015, *République démocratique du Congo. Améliorer la coordination de l'aide dans le secteur de la santé*, Genève, OMS.

approche qui a reçu l'aval du ministère de la Santé¹². Pour une analyse plus approfondie du rôle des donateurs dans le secteur de la santé et des répercussions du FBP sur la gestion des Ressources Humaines en Santé, l'annexe 5 offre une vue d'ensemble détaillée.

1.5 Structure du rapport

Le corps du rapport est organisé en trois sections principales, suivies d'un chapitre conclusif qui compile l'ensemble des recommandations.

Chapitre 2

Ce chapitre examine la gestion des effectifs, y compris la répartition géographique du personnel à travers le pays. Il propose un diagnostic des problèmes clés liés à la gestion du personnel, notamment l'augmentation non maîtrisée et non planifiée des effectifs au cours des deux dernières décennies, le non-respect des règles et législations officielles en matière de recrutement et de nomination, la politisation qui influence ces tendances, ainsi que la pression sociale sur les autorités politiques résultant d'une production excessive de ressources humaines en santé (RHS). Il aborde également les répercussions de ces problèmes sur la répartition spatiale inéquitable des RHS et sur le fonctionnement des établissements de santé.

Chapitre 3

Ce chapitre aborde la rémunération des ressources humaines en santé (RHS), en examinant les divers enjeux qui influencent la paie du personnel soignant. Il met en lumière la structure disparate de la rémunération, qui se divise entre le salaire de base et les primes de risque professionnel, et souligne les lacunes en matière de couverture salariale, caractérisées par un nombre significatif de travailleurs non rémunérés et des disparités marquées tant spatiales qu'entre les différentes catégories de personnel. Le chapitre traite également de la complexité des procédures de gestion des salaires, de la problématique des employés fictifs, ainsi que des répercussions de la rémunération insuffisante sur la motivation des RHS, la gestion des établissements de santé, les interventions de financement basé sur la performance (FBP) et les implications potentielles pour la couverture sanitaire universelle (CSU).

Chapitre 4

Ce chapitre se penche sur les problèmes inhérents à la gestion des carrières des ressources humaines en santé (RHS). Il évalue divers aspects de cette gestion, notamment la classification et la promotion du personnel, la formation continue, le régime disciplinaire, la politique de redéploiement, ainsi que les procédures de mise à la retraite. Le diagnostic établi révèle que les dispositions relatives à ces aspects sont souvent peu appliquées ou sont devenues obsolètes.

Chaque chapitre est enrichi par une série de recommandations spécifiques. Ces recommandations sont synthétisées de manière globale dans le cinquième chapitre, qui offre une perspective sur le contexte international et régional des réformes des RHS. Ce chapitre décrit également la stratégie de réforme envisagée, organise les recommandations selon leur ordre d'exécution temporelle et propose un plan d'action prioritaire. Ce plan détaille la répartition des responsabilités entre les différents acteurs impliqués dans le processus de réforme.

¹² Maini, R., Mounier-Jack, S., & Borghi, J. (2018), Performance-based financing versus improving salary payments to workers : insights from the Democratic Republic of Congo, *BMJ Global Health*, 3:5, e000958, pp. 1-2.

2. Maîtrise des effectifs et répartition des ressources humaines en santé

2.1 L'évolution des effectifs

La gestion des ressources humaines en santé (RHS) dans le secteur de la santé en République Démocratique du Congo (RDC) est marquée par une croissance rapide et non maîtrisée du personnel dans le secteur public au cours des deux dernières décennies. Les données disponibles indiquent une augmentation significative du nombre de professionnels de santé, passant d'environ 2 000 médecins et 27 000 infirmiers en 1998¹³ à 200 964 agents en 2019¹⁴. En 2023, les effectifs déclarés par le ministère de la Santé s'élèvent à environ 256 000 agents. Cependant, il est important de souligner que ces chiffres, bien qu'indicatifs de la tendance, ne sont pas entièrement fiables. La capacité limitée du système de santé de la RDC à collecter et gérer les données sur les RHS, ainsi que les lacunes des listes déclaratives, rendent ces chiffres approximatifs.

Les listes déclaratives, qui constituent la base de données actuelle des RHS du Ministère de la Santé, sont compilées à partir des listes de personnel mises à jour et transmises trimestriellement par les bureaux des zones de santé aux Directions Provinciales de la Santé (DPS). Bien qu'elles soient la source principale d'information sur le personnel, ces listes présentent des problèmes de cohérence, d'exhaustivité et d'exactitude. Leur déconnexion avec les normes de dotation en personnel signifie qu'elles ne permettent pas une planification et une gestion éclairées des besoins en RHS, se limitant à de simples déclarations des effectifs existants.

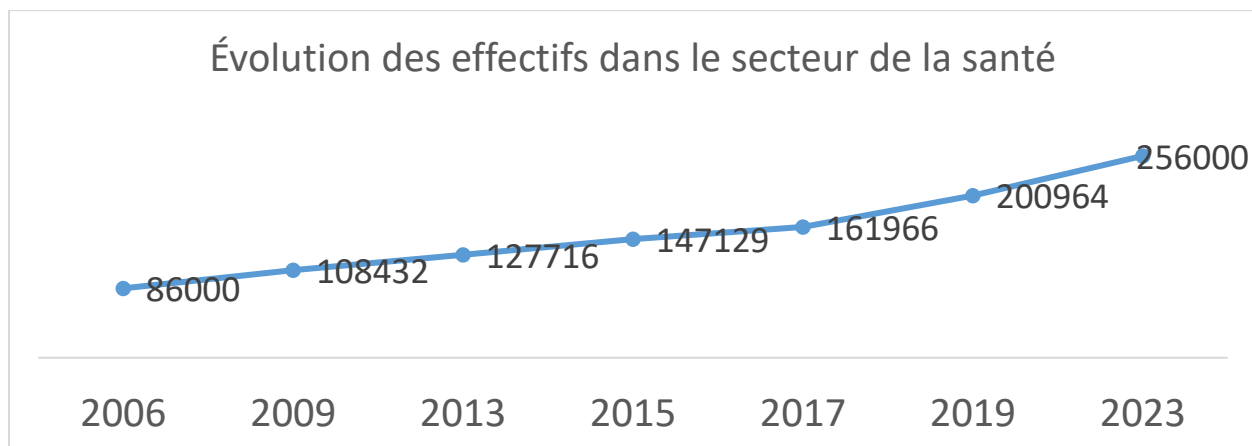


Figure 1 : Évolution des effectifs dans le secteur de la santé

¹³ RDC/Ministère de la Santé, 2006, *Stratégie de Renforcement du Système de Santé*, Kinshasa : Ministère de la Santé, p. 16.

¹⁴ Ces chiffres sont issus des rapports suivants : Banque mondiale, 2008, *République démocratique du Congo : Public Expenditure Review*, Washington, p. 105 ; RDC/Ministère de la Santé Publique, 2011, *Plan national de développement des ressources humaines pour la Santé 2011-2015*, Kinshasa : Ministère de la Santé Publique, p. 27 ; Banque mondiale, 2015, *RDC : Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington : Rapport No. 96172-ZR, p. 63 ; RDC/Ministère de la Santé Publique, 2018, *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa, p. 27 ; RDC/Ministère de la Santé, 2019, *Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) 2019-2022*, Kinshasa : Ministère de la Santé, p. 22.

Les graphiques ci-après dépeignent les tendances d'embauche par décennie et par catégorie professionnelle, révélant que la majorité de l'accroissement des effectifs a eu lieu au cours des vingt dernières années, avec une concentration notable dans certaines catégories de métiers de la santé. Les pics d'engagement en 2008 et en 2018, correspondant à des périodes de régularisation du personnel de santé, sont particulièrement évidents. Par ailleurs, le tableau suivant illustre la distribution géographique du personnel de santé à travers les différentes provinces.

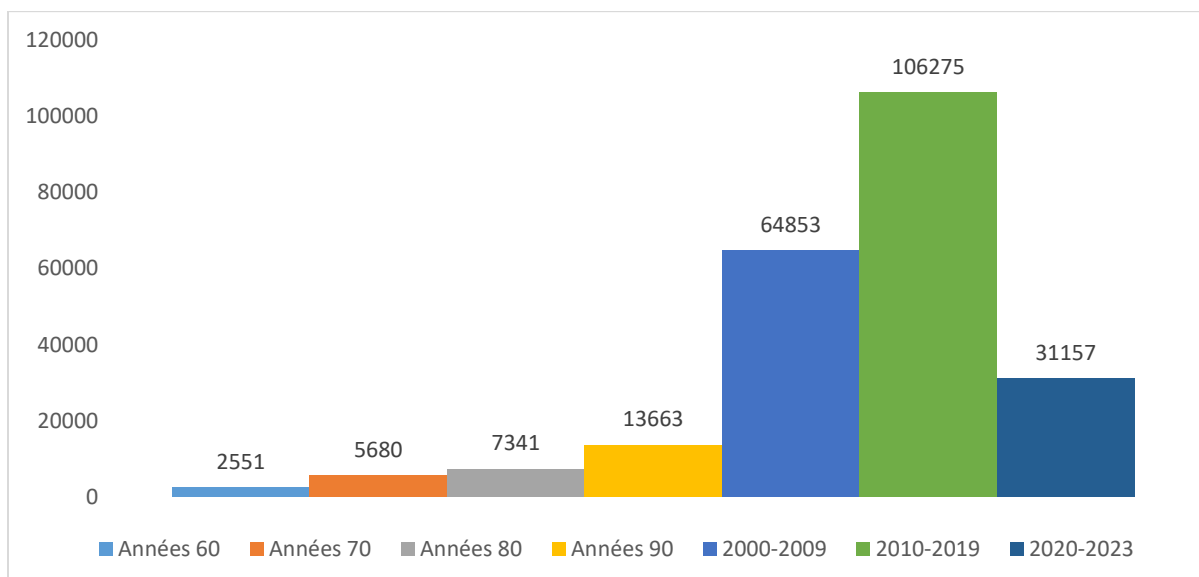


Figure 2 : Évolution du nombre de RHS engagées par décennies

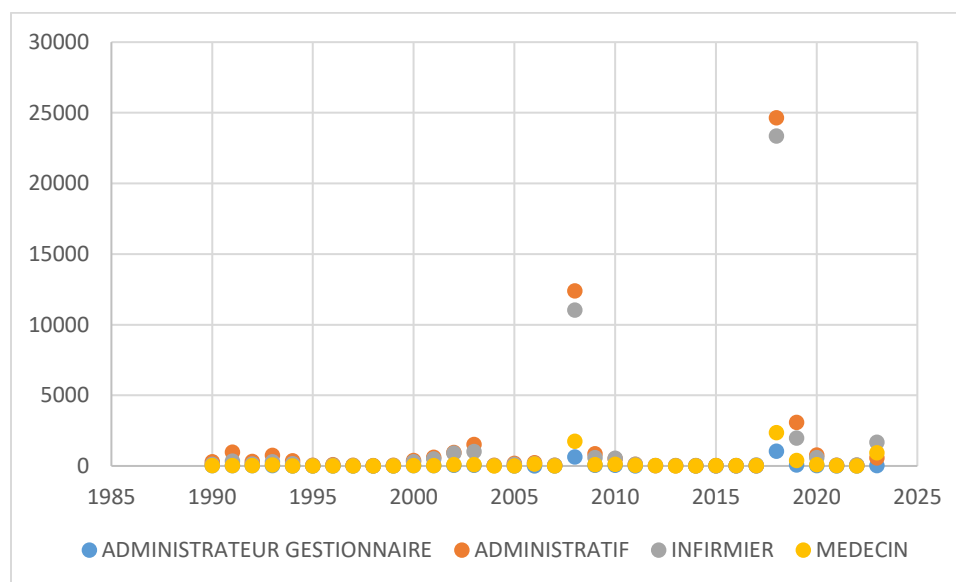


Figure 3 : Évolutions du nombre de RHS engagées par décennies et par catégories professionnelles

Il est essentiel de reconnaître que l'expansion du personnel de santé n'est pas le résultat d'une planification stratégique, mais plutôt la conséquence de divers facteurs. Bien que cette croissance ait été facilitée par l'augmentation du budget national, qui est passé de 400 millions de dollars en 2002 à plus de

10 milliards de dollars aujourd'hui, et par l'élargissement correspondant de la masse salariale du secteur public, d'autres facteurs ont également joué un rôle. La politisation est un élément clé parmi ces facteurs. Deux tendances particulières ont contribué de manière significative à l'augmentation des effectifs : d'abord, une prolifération de diplômés dans certaines catégories de personnel de santé (médecins, infirmiers, administratifs), due à une multiplication des instituts de formation. Cette situation a mis une pression considérable sur les autorités politiques, qui, cherchant à répondre aux attentes de leur électorat dans un contexte de chômage et de sous-emploi élevés, ont facilité l'accès à l'emploi public pour un nombre croissant de diplômés. Ensuite, l'ambiguïté législative et les règles floues en matière de recrutement ont mené à des affectations fortement influencées par la politique, en particulier dans les provinces où les interventions politiques arbitraires sont monnaie courante, souvent au mépris des besoins réels en personnel des établissements de santé.

Provinces	2019	2022	2023	Prop. 2023 %
<i>Bas-Uele</i>	2,449	2,350	2,837	1.1%
<i>Haut-Uele</i>	3,500	4,654	3,731	1.5%
<i>Ituri</i>	7,461	8,240	7,990	3.2%
<i>Tshopo</i>	6,112	7,481	8,211	3.3%
<i>Equateur</i>	8,720	12,319	10,199	4.1%
<i>Tshuapa</i>	4,702	3,888	6,448	2.6%
<i>Nord-Ubangi</i>	3,144	2,997	3,841	1.5%
<i>Sud-Ubangi</i>	2,951	5,859	6,625	2.6%
<i>Mongala</i>	2,777	4,812	5,174	2.1%
<i>Mai-Ndombe</i>	7,088	10,035	8,649	3.4%
<i>Kwilu</i>	15,996	21,177	20,829	8.3%
<i>Kwango</i>	6,577	12,678	11,760	4.7%
<i>Kongo-Central</i>	12,674	16,078	17,057	6.8%
<i>Maniema</i>	7,857	11,431	7,755	3.1%
<i>Sud-Kivu</i>	12,147	12,808	14,285	5.7%
<i>Nord-Kivu</i>	13,980	18,045	16,667	6.6%
<i>Kinshasa</i>	29,335	42,191	34,071	13.6%
<i>Kasaï</i>	5,989	5,451	5,997	2.4%
<i>Kasaï-Central</i>	7,288	7,319	7,788	3.1%
<i>Kasaï-Oriental</i>	7,422	8,222	8,598	3.4%
<i>Lomami</i>	5,192	5,683	7,301	2.9%
<i>Sankuru</i>	6,806	9,869	8,378	3.3%
<i>Haut-Katanga</i>	6,057	6,153	7,990	3.2%
<i>Haut-Lomami</i>	3,320	3,452	3,363	1.3%
<i>Lualaba</i>	3,214	3,696	4,086	1.6%
<i>Tanganyika</i>	2,654	2,915	3,095	1.2%
<i>Adm centrale</i>	4,744	6,606	8,334	3.3%
Totaux	200,156	256,409	251,059	

Source: Listes déclaratives DPS/Ihris (2023); MSP/AS 2022 (draft)

Tableau 2 : Effectifs des RHS par province (2019-2023)

Les sections suivantes résument nos découvertes, issues d'études menées à Kinshasa et dans les neuf provinces visitées durant cette recherche. Nous débutons par l'analyse des facteurs contribuant aux infractions de la législation en vigueur concernant le recrutement (Section 2.2). Nous abordons ensuite une des principales causes de ces infractions : les répercussions de la politisation du secteur de la santé (Section 2.3). Puis, nous étudions la production des ressources humaines en santé (RHS) (Section 2.4), suivie d'un examen des effets sur la distribution des RHS (Section 2.5), et de l'impact de cette distribution sur le fonctionnement des Formations Sanitaires (FOSA) (Section 2.6). La section finale propose nos recommandations pour parvenir à une gestion contrôlée des effectifs (Section 2.7).

2.2 Les règles officielles en matière de recrutement et d'affectation et leurs violations

Officiellement, le recrutement dans le secteur de la santé est un processus centralisé. Pour les médecins, il est encadré par le Statut Spécifique des Médecins de 2006, bien que ses dispositions ne soient pas toujours suivies. Les autres catégories de personnel sont régies par le Statut Général de la Fonction Publique de 2016. Selon ces statuts, les principes de recrutement sont explicites : il doit y avoir un poste vacant, prévu et budgétisé, pour lequel un concours est organisé.

Cependant, en pratique, ces règles sont souvent ignorées. Le recrutement tend à se faire au niveau provincial, en contournant les procédures officielles (ignorance des postes vacants, absence de budgétisation, pas d'annonces de recrutement ou de concours organisés) et sans coordination préalable avec le niveau central, ni avec le Ministère de la Santé à Kinshasa. Les institutions centrales sont ainsi confrontées à des faits accomplis, devant régulariser la situation a posteriori (intégration dans les listes déclaratives du ministère de la Santé, attribution d'un numéro matricule par le Ministère de la Fonction Publique, intégration dans les listings de paie par le ministère du Budget).

Cette pratique a conduit à une augmentation des « Nouvelles Unités » (NU), c'est-à-dire des agents de santé qui, bien que reconnus par le ministère de la Santé via les listes déclaratives provinciales, n'ont pas de numéro matricule officiel de la Fonction Publique et sont souvent dépourvus de documents officiels, se contentant parfois d'une simple commission d'affectation provinciale. L'analyse des listes déclaratives indique que près de 40% des agents de santé pourraient être classés comme Nouvelles Unités, comme l'illustre le graphique ci-joint.

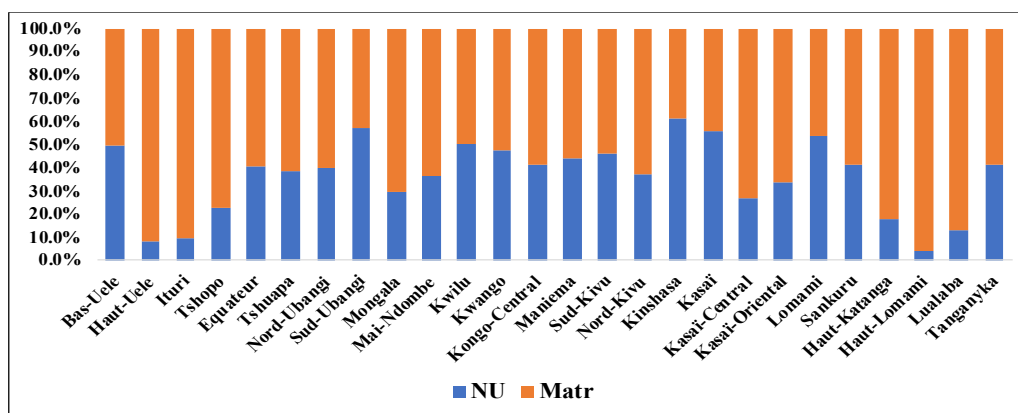


Figure 4 : Nombres d'AS immatriculés et NU

La multiplicité des centres de décision : qui recrute ?

"La multiplicité des centres de décision en matière de recrutement crée une situation complexe. Comme nous le détaillerons, le processus de recrutement au niveau provincial est souvent chaotique et ne tient pas compte des besoins réels en personnel des services administratifs et des établissements de santé de base, cédant plutôt à des motivations politiques opportunistes. Nos enquêtes dans les provinces révèlent que, bien que les Directions Provinciales de la Santé (DPS) soient en général bien informées des besoins en personnel des différentes structures sanitaires et des déséquilibres existants, et qu'elles s'efforcent de proposer des affectations qui prennent en compte ces facteurs, l'intervention des autorités politiques — telles que les ministres provinciaux de la santé et les gouverneurs — dans les Commissions d'affectation

perturbe souvent ces plans. Ces autorités ont tendance à augmenter le nombre d'affectations et à les imposer aux structures sanitaires selon des priorités politiques, laissant les administrations provinciales de la santé, les zones de santé et les responsables des Formations Sanitaires (FOSA) impuissants à s'opposer à ces décisions (selon une expression souvent répétée, « on ne peut pas refuser la signature du chef »).

Les données recueillies sur le terrain révèlent que le recrutement est influencé par une diversité d'acteurs, dont l'impact est corroboré par de nombreux entretiens et études antérieures¹⁵. En effet, au-delà des autorités politico-administratives, les politiciens locaux et les notables influents opèrent au sein de réseaux de patronage régionaux, exerçant une influence notable sur le recrutement (y compris les députés provinciaux, les ministres de la santé, les maires, les administrateurs territoriaux et les chefs de secteur). Par ailleurs, d'autres figures au sein de la hiérarchie sanitaire, telles que des agents influents des Directions Provinciales de la Santé (DPS), le Médecin Inspecteur de Province (MIP), les Médecins Chefs de Zone (MCZ), les Médecins Directeurs (MD) et les Infirmiers Titulaires (IT), semblent également jouer un rôle dans les décisions de recrutement et d'affectation, surtout à l'échelle locale. Cette complexité des centres de décision rend la gestion des effectifs et le suivi des mouvements de personnel particulièrement ardue pour le Ministère de la Santé.

Les données indiquent que le recrutement et les affectations sont souvent le résultat de transactions et d'accords où les autorités politico-administratives jouent un rôle central (« pour être nommé, il faut payer ; sinon, tu feras le tour, tu resteras au chômage »¹⁶). À Kinshasa, sous l'ancien régime, les tarifs pour obtenir des postes clés tels que Médecin Chef de Zone (MCZ), Médecin Directeur (MD) et Infirmier Titulaire (IT) étaient apparemment bien établis et standardisés¹⁷. Il est crucial de reconnaître une dimension de genre significative dans ce processus : le personnel féminin admet presque unanimement que, contrairement aux hommes, qui sont généralement contraints de payer, les femmes sont souvent sollicitées pour des faveurs sexuelles en échange d'une affectation (« on demande aux femmes plus que de l'argent » ; « le sexe est demandé en échange de l'affectation »¹⁸)).

Impact de la décentralisation et du découpage.

L'impact de la décentralisation et du découpage sur le système de recrutement est complexe. Initialement, ces politiques ont été conçues pour rapprocher les administrations provinciales du niveau périphérique, offrant ainsi une proximité accrue pour résoudre les problèmes locaux. Cependant, ces changements ont également entraîné des inconvénients significatifs. Tout d'abord, la décentralisation a souvent été mal interprétée par les autorités politiques provinciales, qui ont tendance à revendiquer des compétences exclusives en matière de recrutement et d'affectation, au détriment de la coordination avec les autorités centrales. Cette confusion des rôles a été exacerbée par le découpage en provinces en 2015, conduisant à des recrutements désordonnés et à une gestion chaotique du personnel.

¹⁵ Verhaghe, J., 2018, *Pratiques de financement et de gestion financière des hôpitaux publics en RDC. Constats et pistes d'amélioration*, Rapport non publié, Kinshasa, août 2018.

¹⁶ Entretien, IT d'un centre de santé, Kinshasa, mai 2023.

¹⁷ Entretien, autorités politico-administratives de la province de Kinshasa, mai 2023.

¹⁸ Focus groups tenus à Kinshasa, Octobre 2023 ; entretiens avec des hauts cadres du Ministère de la Santé, Kinshasa, octobre 2023.

Deuxièmement, une conséquence préoccupante de ces réformes est la montée du tribalisme, comme en témoignent de nombreuses observations recueillies lors des enquêtes sur le terrain. Cette tendance favorise souvent les candidats appartenant aux groupes ethniques locaux (« il faut être fils du terroir »¹⁹) au détriment des non-autochtones (les « non-originares »²⁰), créant ainsi des tensions sociales et sapant l'égalité des chances dans le processus de recrutement. Alors que cette dynamique est moins prononcée à Kinshasa, elle est devenue un problème croissant dans d'autres provinces du pays.

« La décentralisation et le découpage a aussi ouvert la boîte de pandore aux vieux démons. Le tribalisme ! On n'accepte pas facilement d'accueillir [les médecins non-originares] dans les provinces, c'est la politique encore. Il a peu de soucis de ce côté-là à Kinshasa, mais ailleurs c'est un problème »²¹

« Depuis qu'on a démembré, chacun pense dans les limites de sa province. (...) [lors des] affectations, les gens analysent qui sont originaires de province et qui ne le sont pas. Ça fait même débat sur les réseaux sociaux. Ils amènent des listes d'affectations chez les députés pour leurs montrer les noms des non-originares »²²

Les autorités nationales sont manifestement au fait des défis posés par la décentralisation et ont pris des mesures pour y remédier. L'ordonnance-loi de mars 2023, qui complète la loi de décembre 2018 établissant les principes fondamentaux de l'organisation de la santé publique²³, propose la création de provinces sanitaires déconcentrées. Inspirées par le modèle de l'EPST et des provinces éducationnelles, ces nouvelles entités visent à recentraliser les compétences en matière de recrutement pour remédier au recrutement désordonné au niveau provincial. De plus, la nomination des responsables des provinces sanitaires hors de leur région d'origine, une mesure saluée par de nombreux responsables tant au niveau central que provincial, pourrait contribuer à réduire la pression politique sur les administrateurs du secteur de la santé. Selon nos entretiens, cette initiative pourrait également contribuer à « déstresser » les responsables administratifs du secteur de la santé, qui sont assujettis à des logiques politiques alors même qu'ils occupent des postes administratifs. Pour que cette initiative porte ses fruits, il est essentiel d'accompagner les mesures législatives de campagnes de sensibilisation auprès des autorités provinciales et de mettre en place des mécanismes d'application efficaces, y compris des sanctions en cas de non-respect des nouvelles directives.

¹⁹ Entretien, autorité d'une université du Kasaï Oriental, Mbuji-Mayi, mai 2023 ; et entretien avec un professeur de l'UNIKIS, Kisangani, mai 2023. Il faut noter que ceci s'applique surtout à la période d'avant les années 1990 ; vers la fin de son règne, le président Mobutu se replia sur sa propre région, ethnie et famille au fur et à mesure que son régime fut contesté, avec le tribalisme et le phénomène de la « géopolitique » prenant dès lors de l'ampleur : le principe de la géopolitique signifiait que les institutions nationales devaient être composée de quotas ethniques, mais il fut progressivement interprété comme la réservation de toutes les positions d'autorité aux ressortissants d'une région donnée.

²⁰ Sur ces tendances, voir Ngoy B. & Englebert, P., (eds.) (2020), *Congo, l'État en morceaux. Politique et administration au prisme du découpage provincial*, Paris & Tervuren : MRAC & L'Harmattan.

²¹ Entretien, syndicaliste, Kinshasa, avril 2023.

²² Entretien, autorité politico-administrative, Tanganyika, Kalemie, mai 2023.

²³ Ordonnance-loi no 23/006 du 3 mars 2023 modifiant et complétant la loi no 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique.

2.3 Le désordre des affectations et l'impact de la politisation

Comme nous l'avons observé précédemment, le chaos qui prévaut dans les processus de recrutement et de nomination est largement attribuable à l'ingérence et à l'influence persistantes des autorités politiques provinciales dans ces domaines. Il est donc essentiel d'examiner les dynamiques politiques qui motivent ces interventions. D'une part, la majorité des hôpitaux et des établissements de santé de premier niveau rejettent l'interférence constante de leurs supérieurs et des acteurs politiques dans la gestion des ressources humaines. Ils estiment que les nominations devraient être guidées par les besoins en personnel clairement identifiés sur le terrain. Cependant, les gestionnaires des FOSA (Formations Sanitaires) et des services administratifs disposent d'une marge de manœuvre très restreinte pour refuser des nominations dictées par des recommandations politiques. En réalité, au lieu de procéder à des nominations basées sur les besoins réels des établissements de santé pour corriger les déséquilibres (décrits plus bas), les administrateurs (DPS, MCZ, MD, IT) se voient souvent contraints, par respect des principes hiérarchiques, d'accepter et d'entériner les décisions prises en haut lieu (« les besoins sont formulés par les structures, mais face aux exigences qui nous sont imposées d'en haut, nous sommes impuissants » ; « Nous nous contentons d'exécuter les ordres », « Nous ne pouvons pas remettre en question la décision du chef », « Les directives des autorités doivent être suivies ; nous ne pouvons pas refuser la signature du chef »²⁴). Ainsi, même lorsque les nominations vont à l'encontre des règles établies et ne répondent pas aux besoins des structures, contester les décisions venues d'en haut peut s'avérer très coûteux pour un administrateur.

Il est essentiel de souligner que les Commissions d'affectation, normalement signées par les gouverneurs pour répondre aux besoins identifiés par les zones de santé auprès de la DPS, deviennent fréquemment le théâtre d'interventions de la part des élites locales. Ces dernières, incluant les députés provinciaux et les ministres, saisissent l'occasion pour recommander des candidats. Les gouverneurs provinciaux, une fois en poste, privilégient également l'insertion de fidèles au sein du système (« placer leurs protégés »), le secteur de la santé étant un domaine de choix pour de telles manœuvres, pour des motifs qui sont examinés plus en détail ci-dessous.

Les pressions politiques et sociales qui pèsent sur les autorités

Les acteurs politiques et les autorités administratives de haut niveau ne sont pas à l'abri de ces dynamiques ; ils subissent également d'intenses pressions politiques et sociales. En théorie, le secrétaire général du Ministère de la Santé et le Ministère de la Fonction Publique devraient servir de garde-fous contre de telles pratiques. Cependant, le premier est souvent dépassé par la pression politique qui influence les nominations, tandis que le second est depuis longtemps contourné et s'est révélé incapable de s'opposer à ces schémas de recrutement. Les impératifs politiques peuvent forcer le Secrétaire Général du Ministère de la Santé à valider des affectations, au risque de rencontrer des difficultés en cas de refus. Cette contrainte s'applique également aux chefs de division des DPS et même aux gouverneurs de province :

« Lui-même le gouverneur peut subir les injonctions des députés. Si le gouverneur ne fait pas, et bon on dit que toi tu ne réponds pas à la politique du pays, on le fait partir.

²⁴ Entretien, agent de la DPS de la province du Kongo Central, mai 2023 ; entretien, administrateur gestionnaire (AG) d'une zone de santé de la province du Kwilu, mai 2023 ; entretien, MCZ de la province du Nord Ubangi, mai 2023 ; entretien, administrateur d'une HGR de la province du Kongo Central, mai 2023 .

Le seul moyen pour protéger sa fonction c'est de répondre à cette préoccupation. Quelle que soit l'anarchie il fallait appliquer, le reste on verra »²⁵

« Il y a trois autorités qui ont compétence d'engager : le ministre national de la santé, le secrétaire général de la santé, et le gouverneur de province. (...) En pratique, cependant, le ministre engage et affecte, le SG affecte, le gouverneur engage en affecte, sur base des pressions politiques, pas des besoins. Le SG, s'il ne recrute pas, le ministre, des députés peuvent lui faire perdre son poste. Le gouverneur, si il n'obéit pas au président de l'Assemblée provinciale et aux députés provinciaux, il peut être déchu. C'est la loi du plus fort »²⁶

Il s'agit manifestement d'une dynamique systémique, ancrée dans des stratégies de conservation du pouvoir par les autorités, qui s'efforcent de renforcer leur base dans leurs bastions. Cette situation peut conduire à des cas où les gouverneurs se retrouvent sous l'emprise des députés provinciaux – les premiers étant normalement élus par les seconds – qui s'emploient à distribuer des postes et des affectations à leurs partisans dans leurs circonscriptions, en exerçant des pressions politiques pour garantir leur réussite. Mais au-delà de cette logique de renforcement du pouvoir, les autorités politico-administratives font également face à des pressions de la part de leur entourage et de la population pour procéder à des recrutements ; ces pressions découlent en partie de l'afflux sur le marché du travail d'un grand nombre de diplômés récemment sortis des institutions de formation.

Il est notable que les autorités politiques sont pleinement conscientes des problématiques qui les amènent à subir des pressions sociales : conscientes du défi du chômage auquel sont confrontés les jeunes diplômés issus des nombreux IMT, ISTM et facultés de médecine de leurs provinces, elles se sentent néanmoins tenues de remplir leurs obligations envers leurs partisans et leurs électeurs.

« À cause de leur influence sur l'administration publique du pays, les politiciens (...) se considèrent comme les représentants de leurs circonscriptions électorales, avec une obligation morale et sociale de rendre service à la famille, aux adeptes, aux partisans, etc. »²⁷

Les décisions de recrutement prises par les acteurs politiques sont largement influencées par des considérations électorales et la nécessité de cultiver des bases de soutien pour garantir leur réélection. Dans ce contexte, l'impact des MCZ (Médecins Chefs de Zone) ne doit pas être sous-estimé, étant donné leur influence considérable ; c'est pourquoi les gouverneurs s'efforcent souvent de placer à des postes clés des individus qui leur sont fidèles. Outre ces considérations politiques, une autre préoccupation concerne l'appropriation des ressources : en d'autres termes, l'argent et les bénéfices qui peuvent être extraits du secteur de la santé. Étant donné que ce secteur est l'un des plus financés par les partenaires techniques et financiers, des enjeux significatifs entourent la nomination des responsables des zones de santé. Il est communément admis que la fonction de MCZ est de facto un poste à forte connotation politique, dont les occupants bénéficient de la protection des politiciens qui les ont soutenus et à qui ils sont redevables (en termes de redistribution de ressources ou de « rapportage »). En réalité, la politisation

²⁵ Entretien, syndicaliste 1, Kinshasa, avril 2023.

²⁶ Entretien, syndicaliste 2, Kinshasa, avril 2023.

²⁷ Entretien, ministre provincial de la santé d'une des provinces visitées, avril 2023.

affecte la plupart des postes d'autorité, que ce soit au sein de la pyramide sanitaire ou dans les grandes structures de santé.

En même temps, malgré les effets pervers indirects de l'aide – liés à la captation des ressources des PTF – il y a des cas où le rôle des acteurs externes peut être constructif dans la gestion des ressources humaines : Un exemple probant est celui de quatre zones de santé rurales dans le Kasai Oriental, qui bénéficient du soutien de l'Union européenne. Ces zones ont reçu un personnel suffisant (sans pénurie d'agents de santé) et ont été stimulées par le Financement Basé sur la Performance (FBP), tout en évitant les pléthores en posant des conditions strictes : les affectations de personnel (une mesure tentante pour les politiciens conscients des ressources disponibles dans ces zones de santé) sont strictement interdites, l'Union européenne menaçant de mettre fin à ses opérations si cela se produisait. Ce type de garde-fou n'est cependant pas une panacée, dans la mesure où la rigueur dans la gestion d'étend aussi longtemps que l'appui du partenaire perdure ; lorsque le projet se clôture, le risque de régression est réel²⁸.

2.4 La production des ressources humaines en santé (RHS)

L'impact de la pression sociale sur les décideurs politiques peut être mieux compris en examinant les facteurs qui influencent la production des RHS. Ces ressources sont principalement générées au sein d'institutions supervisées par le Ministère de la Santé, notamment les infirmiers A2 formés dans les Instituts d'Enseignement Médical (IEM) et les Instituts des Techniques Médicales (ITM), ainsi que dans les établissements relevant du Ministère de l'Enseignement Supérieur, qui organise la formation des professionnels de santé dans les Instituts Supérieurs des Techniques Médicales et des médecins dans les Facultés de Médecine. Par conséquent, la majorité de ces ressources est sous la responsabilité du Ministère de l'Enseignement Supérieur.

Avec la libéralisation du secteur de l'enseignement supérieur, le nombre d'institutions de formation a connu une croissance exponentielle : en 2019, la RDC comptait 102 Facultés de Médecine, 192 ISTM, et 525 ITM/IEM²⁹, entraînant une augmentation incontrôlée du personnel formé, concentré dans certaines catégories professionnelles, notamment les médecins généralistes, les infirmiers, et les administratifs, au détriment des autres. Pour illustrer cette tendance, la figure ci-dessous démontre que le nombre de médecins a été multiplié par 13,2 depuis 1990. En 2019, la République Démocratique du Congo (RDC) comptait 102 Facultés de Médecine, 192 Instituts Supérieurs des Techniques Médicales (ISTM) et 525 ITM/IEM. Cette expansion rapide a mené à une production incontrôlée de personnel formé, avec une sur-représentation dans certaines catégories professionnelles telles que les médecins généralistes, les infirmiers et le personnel administratif, au détriment d'autres spécialités.

En 2015, le nombre de médecins et d'infirmiers formés chaque année a été estimé à 2.000 et 7.000 respectivement³⁰.

²⁸ Entretien, médecin dans la province du Kasai oriental, mai 2023 ; Entretien, agent de la DPS de la province du Kasai oriental, mai 2023.

²⁹ RDC/Ministère de la santé publique, 2019, Annuaire national des ressources humaines de la santé 2019, Kinshasa : ministère de la Santé publique, p. 145.

³⁰ Nathe, M. (2015), VITAL: Where Are the DRC's Doctors and Nurses? iHRIS Data Give Us Hints, disponible à <https://www.intrahealth.org/vital/where-are-drcs-doctors-and-nurses-ihris-data-give-us-hints>.

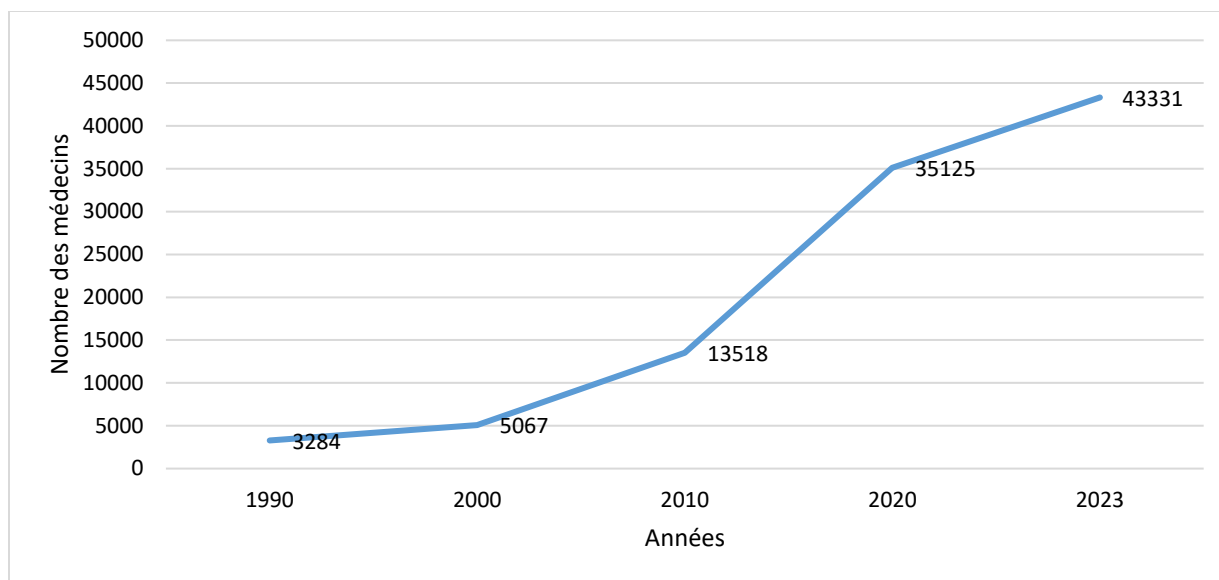


Figure 5 : Nombre des médecins inscrits au tableau de l'Ordre National des Médecins par années de 1990 à 2023 (source : Ordre National des Médecins)

Ces tendances dans la production de RHS sont sous-tendues par plusieurs facteurs : tout d'abord, il y a des raisons mercantiles, dans la mesure où la formation médicale est devenue une activité commerciale lucrative, où les instituts de formation publics et privés maximisent le nombre d'étudiants inscrits, même lorsque les conditions nécessaires ne sont pas remplies, parce que leurs budgets dépendent des frais payés par les étudiants³¹. Il est important de noter que le ministère de l'enseignement supérieur a également des intérêts en jeu, puisqu'il reçoit apparemment une part des flux de revenus liés à l'inscription des étudiants, et n'a donc que peu d'incitations à limiter le nombre d'étudiants³². Deuxièmement, des raisons politiques poussent les autorités à ouvrir des établissements de formation à des fins électorales³³. Enfin, la situation est aggravée par l'absence d'un cadre de concertation entre le ministère de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur, qui permettrait de planifier la formation des RHS en fonction des besoins du pays.

La qualité des institutions chargées de former les professionnels de la santé a semblé décliner avec le temps, une tendance qui s'est accentuée suite à la politique de libéralisation ayant entraîné une multiplication de ces établissements. Comme l'ont révélé des recherches sur le terrain, nombre de ces institutions souffrent d'un manque d'infrastructures adéquates, telles que des laboratoires, des opportunités de stages pratiques, des cliniques universitaires, des bibliothèques et des équipements informatiques. Lorsque de tels équipements existent, ils sont souvent obsolètes, et l'excès de personnel enseignant ne permet pas de fournir une formation pratique de qualité. De plus, la quantité et la qualité du personnel enseignant qualifié sont préoccupantes. L'absence d'un mécanisme efficace d'accréditation et d'assurance qualité contribue également à cette érosion de la qualité. Par conséquent, pour résoudre

³¹ Banque mondiale, 2018, *Améliorer la Dépense de Santé pour Renforcer le Capital Humain et Assurer une Croissance Inclusive*, Washington, rapport de la Banque mondiale, juin 2018, p. 69.

³² Entretien, autorité politique, Kinshasa, mai 2023. Ces dernières années, un certain nombre de Facultés de Médecine ont été fermées et leur nombre réduit à 27, bien que cette mesure n'ait pas permis de résoudre complètement le problème.

³³ Entretien, autorité politique de la province du Sud-Kivu, mai 2023.

les problèmes de recrutement et d'affectation, il est essentiel de s'attaquer à la question interministérielle liée à la production des ressources humaines en santé (RHS).

La mise en œuvre de la politique de Couverture Santé Universelle (CSU) implique des ajustements significatifs dans la gouvernance du système de santé et, de manière plus large, une réévaluation des pratiques actuelles. Le paysage actuel est caractérisé par une production déséquilibrée de ressources humaines en santé (RHS), avec une surproduction dans certains secteurs et une sous-production notable de médecins spécialistes dans presque toutes les spécialités. Cette sous-production est particulièrement criante dans le domaine de la santé mentale, un problème exacerbé par la distribution inégale des spécialistes sur le territoire. Pour que la CSU soit couronnée de succès, il est impératif de développer les RHS dans les régions qui en manquent le plus. L'accent devrait être mis sur la formation de ces professionnels de santé afin d'assurer une qualité de soins optimale. À ce jour, une politique répondant à ces enjeux n'a pas encore été mise en place.

2.5 La répartition inégale des ressources humaines en santé (RHS)

Le recrutement incontrôlé et non planifié des RHS a conduit à une situation où le Ministère de la Santé se trouve dans l'incapacité de suivre avec précision et exactitude les effectifs du personnel de santé. Cette problématique a des répercussions supplémentaires, notamment une répartition inégale des RHS, tant au niveau des différentes catégories professionnelles que géographiquement. Cette inégalité est exacerbée par les difficultés liées au (re)déploiement du personnel de santé.

Si l'on a constaté qu'en 2000, les hôpitaux des zones urbaines manquaient cruellement de personnel, en raison de la situation économique catastrophique et des années de conflit³⁴, aujourd'hui, des pléthores de personnel sont invariablement localisées dans les zones de santé urbaines³⁵, alors que les zones rurales manquent sérieusement de personnel de santé qualifié (médecins, pharmaciens, radiologues, nutritionnistes, etc.)³⁶. Les pénuries de personnel dans les zones de santé rurales sont exacerbées par plusieurs facteurs défavorables. Le manque d'infrastructures et d'équipements adéquats, ainsi que le déficit d'opportunités professionnelles, contribuent à rendre ces zones moins attrayantes pour le personnel de santé. De plus, l'absence d'incitations sociales et financières appropriées, telles que des salaires et des primes insuffisants, ainsi que des cas de personnel non rémunéré, dissuadent davantage

³⁴ Persyn, P., & Ladrière, F., 2004, Le miracle de la vie à Kinshasa : Nouvelles approches de la santé publique. In T. Trefon (Ed.), *Reinventing Order in the Congo: How People Respond to State Failure in Kinshasa*, London & New York: Zed Books, pp. 65-81, p. 66.

³⁵ Fox, S., Witter, S., Wylde, E., Mafuta, E. & Lievens, T. (2014) Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state : reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo, *Health Policy and Planning* 2014;29, pp. 96-105, p. 100 ; Bertone, M.P., Lurton, G. & Beya Mutumbo, P. (2016) Investigating the remuneration of health workers in the DR Congo : implications for the health workforce and the health system in a fragile setting, *Health Policy and Planning*, 2016, 1-9, p. 3.

³⁶ RDC/Ministère de la santé & Banque mondiale, 2015, Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République Démocratique du Congo (RDC) . Une note politique, Kinshasa : RDC/Ministère de la santé & Banque mondiale ; voir aussi Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo*, Rapport Final, Kinshasa : RDC/Ministère de la Santé publique et Banque mondiale.

les affectations en milieu rural. Ces éléments combinés créent un environnement peu propice à l'attraction et au maintien des ressources humaines en santé dans les régions rurales.

Les effectifs par rapport aux normes établies,

Avant d'aborder la question de la distribution inéquitable des travailleurs de la santé, il est essentiel de considérer les effectifs actuels en les comparant aux normes établies. Comme l'indique un rapport de 2015, se référant aux normes des zones de santé de 2008³⁷, le nombre de médecins, d'infirmiers et de sage-femmes était largement supérieur aux normes nationales et aux moyennes régionales pour l'Afrique subsaharienne. En effet, la RDC comptait alors 0,7 médecin pour 10.000 habitants (contre une norme nationale de 0,3 et 0,3 pour la moyenne de l'Afrique subsaharienne) et 8,9 infirmiers pour 10.000 habitants (contre une norme nationale de 4,8 et 1,7 pour la moyenne de l'Afrique subsaharienne)³⁸. Il est également important de souligner que ces données reposent sur des estimations du nombre de médecins, lequel a significativement augmenté depuis le rapport de 2013 qui en recensait 5 719. Par ailleurs, en tenant compte de la croissance rapide de la population, qui dépasse les 100 millions d'habitants en 2023, et de l'étendue géographique du pays, la République Démocratique du Congo fait face moins à un problème de sureffectif qu'à un enjeu de distribution inégale des ressources médicales.

En effet, des recherches récentes indiquent une pénurie significative de travailleurs de la santé, ce qui pose un défi majeur pour répondre aux besoins de la Couverture Santé Universelle (CSU). Selon l'étude *Global Disease Burden* de 2019, pour atteindre des niveaux de CSU de 80 %, les niveaux minimums de travailleurs de la santé pour 10.000 habitants sont de 20,7 pour les médecins, 70,6 pour les infirmières et les sage-femmes, 8,2 pour le personnel dentaire et 9,4 pour les pharmaciens³⁹. Il est crucial de reconnaître que les niveaux mentionnés ne représentent pas des standards idéaux et universels, mais plutôt des seuils minimums aspirants liés à de hautes performances en matière de Couverture Santé Universelle (CSU). Ces seuils peuvent servir de repères pour les décideurs politiques. Les données relatives à la République Démocratique du Congo (RDC), illustrées dans le tableau suivant, révèlent une carence notable de travailleurs de la santé en comparaison avec ces références.:

	1990	2019	Taux de variation annualisé
Médecins	3.3	4.1	0.80%
Infirmiers et sages-femmes	24.7	43.8	2%
Autres ressources humaines en santé	8.4	18.6	2.90%

Tableau 3 : Densités de personnel de santé en RDC en 1990 et 2019

³⁷ Recueil des normes de la zone de santé, 2008.

³⁸ Bertone, M.-P. et Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo*, Rapport Final, Kinshasa : RDC/Ministère de la Santé publique et Banque mondiale, p. 24-25.

³⁹ Haakenstad et al. 2019 (2022) Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *The Lancet*, 399(10341), 2129-2154, p. 2143.

Il convient de souligner que, comme le démontre le tableau ci-dessous, dans les milieux urbains, les Formations Sanitaires (FOSA) et les services administratifs (tels que les Directions Provinciales de la Santé, DPS, et les zones de santé) excèdent souvent les normes nationales, qui ont été relevées depuis 2008. Les standards de 2008 recommandaient cinq agents de santé par centre de santé et quarante-trois pour un Réseau Hospitalier de Santé (RHS) de cent lits. Les normes réactualisées en 2012, actuellement en cours de révision depuis 2019, ont revu ces chiffres à la hausse, établissant des critères de huit à dix agents de santé pour un centre de santé en milieu rural, de quinze à seize pour un centre de santé urbain, de cent trois pour un RHS de cent lits (y compris six médecins et trente-et-un infirmiers), et de cent quarante-quatre pour un RHS de cent cinquante lits (dont 8 médecins et 36 infirmiers)⁴⁰. Ces normes n'ont jamais été appliquées et sont largement dépassées dans de nombreux cas.

La distribution inégale du personnel de santé

Le graphique ci-joint met en évidence la distribution inégale du personnel de santé par catégorie. Il révèle que la majorité du personnel des Réseaux Hospitaliers de Santé (RHS) est constitué de personnels administratifs, représentant 45%, suivis par les infirmiers à hauteur de 39%, et les médecins à 8%. Cette répartition soulève plusieurs points d'attention. Notamment, la prédominance du personnel administratif par rapport aux professionnels de santé cliniques est une problématique notable. Des représentations graphiques supplémentaires de nos analyses quantitatives sont disponibles dans l'annexe 6, et la répartition du personnel des RHS par sexe est présentée dans l'annexe 7.

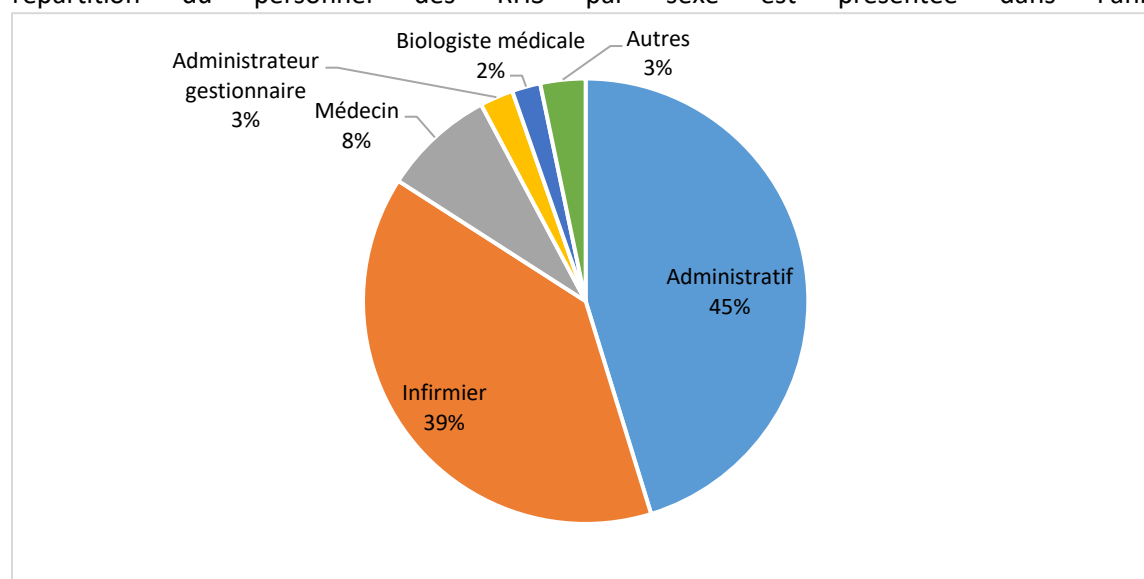


Figure 6 : Répartition en pourcentages des RHS par catégorie professionnelle

⁴⁰ RDC/Ministère de la Santé Publique, 2012, *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé en RDC*, Juillet 2012, et RDC/Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, 2019, *Recueil des normes de création, d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé en RDC*, Octobre 2019.

Selon la documentation disponible⁴¹, les normes dans les établissements de santé prévoient un minimum de 70% de professionnels de santé, pour un nombre maximum de 30% de personnel administratif. D'autres textes avancent la norme d'un agent administratif pour trois professionnels de santé dans les établissements de santé⁴². Le graphique illustre clairement que les normes établies sont souvent largement excédées. Il est important de souligner que la définition de « personnel administratif » peut varier et inclure des professionnels en interaction directe avec les patients. Par exemple, les sages-femmes, les infirmières de catégorie A3, les laborantins et les pharmaciens sont parfois classés dans cette catégorie. Cette réalité appelle à une interprétation prudente des données présentées. Pour une compréhension approfondie, l'annexe 6 offre une répartition détaillée des postes inclus dans la catégorie du personnel administratif. La classification des emplois au sein du secteur de la santé souffre d'un manque de standardisation, avec des nomenclatures variables et des incohérences notables dans la saisie des données, ce qui engendre une certaine confusion dans l'interprétation des classifications.

Deuxièmement, la plupart des médecins se trouvent à Kinshasa (qui compte 7.670 médecins, soit plus de la moitié des effectifs totaux selon le recensement effectué dans la capitale en 2021⁴³). Ce déséquilibre est particulièrement marqué pour les cliniciens spécialistes, qui sont principalement concentrés à Kinshasa et dans quelques autres zones urbaines, tandis que plus de 17 provinces se retrouvent sans aucun spécialiste⁴⁴. Un autre enjeu réside dans l'engouement croissant pour les spécialisations en santé publique, ce qui provoque ce que l'un de nos interlocuteurs a qualifié « d'exode clinique »⁴⁵. Cette tendance ouvre souvent la voie à des postes administratifs, à des rôles au sein de programmes spécialisés du Ministère de la Santé, ou à des engagements dans des projets et programmes d'ONG financés par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF), postes qui sont généralement mieux rémunérés que le travail clinique

Les pléthores de personnel en milieu urbain

La concentration disproportionnée de personnel de santé dans les zones urbaines est évidente, avec des surpopulations caractéristiques dans la plupart des établissements de santé urbains et les services administratifs. Il est important de souligner que cette situation affecte principalement le secteur public, contrairement aux établissements de santé privés. Les nominations au sein des structures publiques sont souvent motivées par l'objectif d'être inclus dans les listings de paie et de recevoir des primes de risque professionnel. Par conséquent, dans les zones urbaines provinciales où les FOSA sont limitées, elles deviennent rapidement surchargées en raison d'affectations en cascade. Pour illustrer ce point, prenons l'exemple de Kinshasa, où ce phénomène est particulièrement prononcé.

En 2019, le ministère de la Santé de la RDC, appuyé par la fondation Bill et Melinda Gates, a réalisé un audit des effectifs de santé à Kinshasa. Sur les 200 000 professionnels de santé du pays, la capitale

⁴¹ IMA World Health, 2021, Kinshasa health workers verification. Rapport final, Kinshasa: IMA World Health, juin 2021, p. 17.

⁴² Annuaire des RHS de 2009.

⁴³ IMA World Health, 2021, Kinshasa health workers verification. Rapport final, Kinshasa: IMA World Health, juin 2021, p. 17.

⁴⁴ Ici, les données communiquées sont confuses et doivent être interprétées avec prudence ; les versions 2017 et 2019 des Annuaire nationaux des RHS fournissent des données fortement contrastantes.

⁴⁵ Entretien, autorité politico-administrative de la province du Kwilu, mai 2023.

comptait près de 40 000 agents (dont 5 278 dans l'administration centrale et 34 512 dans les structures provinciales, dans les zones de santé et les FOSA)⁴⁶. Face à un contexte socio-économique complexe marqué par un fort taux de chômage parmi les jeunes, Kinshasa subit des pressions considérables sur ses administrations, tant centrales que provinciales, pour intégrer les diplômés issus des nombreux établissements de formation en santé. Le tableau suivant illustre les effectifs de personnel dans plusieurs hôpitaux de Kinshasa, mettant en lumière le phénomène d'inflation des effectifs.

	HGRP Kinshasa (ZS Gombe)	CH CME Barumbu (ZS Kinshasa)	Maternité Pilote (ZS Masina)	HGR Kintambo (ZS Kintambo)
Managing administrators	31	44	33	33
Administrative staff	1046	451	118	347
Dentists	10	26	10	26
Nurses	1449	1205	485	635
Physicians	416	548	165	620
Nutritionists	16	33	10	9
Pharmacists	4	46	21	10
Lab technicians	120	195	97	130
Radiologists	23	11	12	20
Total	3115	2559	951	1830

Tableau 4 : Pléthores de personnel dans certaines FOSA à Kinshasa⁴⁷

Ce phénomène de pléthores de personnel en milieu urbain se retrouve aussi dans les provinces ; il est important de souligner que cette inflation des effectifs dans certaines catégories professionnelles s'accompagne souvent de pénuries marquées dans d'autres. Par exemple, l'Hôpital Général de Référence (HGR) Mpokolo à Mbuji Mayi, situé dans la province du Kasaï Oriental, emploie 110 médecins pour un total de 168 agents de santé, malgré le fait qu'il ne dispose que d'un modeste cabinet de consultation⁴⁸. L'HGR Muya, à Mbuji Mayi, compte 232 agents de santé, dont 150 médecins pour 40 lits, tout en fonctionnant sans anesthésiste, sans personnel de réanimation et sans pharmacien⁴⁹. L'Hôpital Général de Référence (HGR) de Gbadolite, situé dans la province du Nord Ubangi, dispose de 118 lits et emploie une équipe médicale composée de 32 médecins et 96 infirmiers. Cependant, l'établissement fait face à un déséquilibre notable avec ses 52 agents administratifs, un nombre excessif qui souligne un problème récurrent dans cette région. Par ailleurs, l'HGR de Bandundu, au Kwilu, avec une capacité de 201 lits, présente une situation encore plus marquée avec un total de 561 agents de santé, incluant 105 médecins et 215 infirmiers, ainsi que 23 administrateurs-gestionnaires. Cette surabondance de personnel ne se limite pas aux hôpitaux, mais s'étend également aux centres de santé de niveau inférieur, particulièrement dans les zones urbaines. Les services administratifs, y compris les Directions Provinciales

⁴⁶ IMA Santé Mondiale, 2021, Vérification du personnel de santé de Kinshasa. Rapport final, Kinshasa : IMA World Health, juin 2021.

⁴⁷ IMA Santé Mondiale, 2021, Vérification du personnel de santé de Kinshasa. Rapport final, Kinshasa: IMA World Health, juin 2021, p. 16.

⁴⁸ Entretien, AG, Mbuji Mayi, mai 2023.

⁴⁹ Entretien, AG, Mbuji Mayi, mai 2023.

de la Santé (DPS) et les zones de santé, sont également affectés par cette pléthore, en particulier à Kinshasa et dans d'autres capitales provinciales⁵⁰.

Il est également important de souligner que les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) gérés par des organisations confessionnelles, souvent désignés comme conventionnés, tendent à ne pas être affectés par le problème de surabondance de personnel. Par exemple, dans la province du Sud-Kivu, plusieurs HGR administrés par l'église catholique, que nous avons visités, se conforment davantage aux normes établies. C'est le cas du HGR de Miti-Murhesa, qui compte 62 agents de santé, dont 5 médecins, 34 infirmiers et 10 administratifs. De même, le HGR de Nyatende emploie 79 agents de santé, y compris 6 médecins, pour une capacité de 182 lits⁵¹. Il convient de noter que la situation actuelle est largement influencée par l'accord établi avec le ministère de la Santé, qui autorise les établissements gérés par des organisations confessionnelles à contester et à rejeter les affectations de personnel non justifiées. Cette capacité de refus a conduit à des résultats tangibles : les structures dirigées par des entités confessionnelles ont un effectif nettement inférieur à celui des établissements publics, comme en témoignent les tableaux et graphiques ci-après :

Zone de santé	Structure sanitaire	Lits montés	Effectifs actuels	Effectifs autorisés (2006)	Effectifs autorisés (2012-19)	Mode de gestion
Kinshasa						
ZS Lingwala	Hôpital pédiatrique Kalembe-Lembe	150	276	65	145	Convention avec la Croix-Rouge
ZS Limete	HGR Bondeko ya Sika	290	218	125	281	Cession en gestion BDOM
ZS Kinshasa	HGR Mère et Enfant de Barumbu	110	3743	47	136	Etat
ZS Selembao	HGR Makala (ex-sanatorium)	200	1603	86	248	Etat
ZS Kintambo	HGR Kintambo	269	2695	116	334	Etat
ZS Kintambo	Maternité Kintambo	110	933	47	136	Etat
ZS Kingasani	CH Kingasani	167	210	72	207	Cession en gestion BDOM
ZS Barumbu	CH Boyambi	36	92	16	45	Armée du Salut
ZS Masina 2	CSR Kimbela	32	143	14	40	Etat
ZS Barumbu	CSR Kasai	28	143	12	35	Etat
ZS Makala	CSR Kinkosi	20	89	9	25	Etat
ZS Selembao	CSR Kitokimosi	30	298	13	37	Etat
ZS Lingwala	CSR Kitega	23	87	10	28	CBFC (protestant)
Equateur						
ZS Mbandaka	HGR Mbandaka	65	293	28	80	Etat
ZS Wangata	HGR Wangata	179	489	77	222	Etat
ZS Bikoro	HGR Bikoro	120	67	52	148	Cession en gestion BDOM
ZS Wangata	CSR Maman Balako	45	211	19	56	Etat

Source: Listes déclaratives collectées (2023) - surligné en jaune les effectifs des structures confessionnelles

Tableau 5 : Effectifs en place par rapport aux effectifs autorisés et lits montés

⁵⁰ Il convient de noter que dans ces cas, l'impact des paiements du FBP aux équipes des zones de santé peuvent être considérablement dilué, dans la mesure où les effectifs excédentaires conduisent souvent à des mécanismes de partage des primes de performance.

⁵¹ Un agent de CARITAS, interviewé à Kinshasa, a néanmoins noté que les pléthores peuvent aussi parfois affecter les structures gérées par les confessionnels ; il arrive que les chefs de division de la DPS, sur instruction des gouverneurs, envoient des RHS dans des structures gérées par l'église sans qu'il y ait de besoin, une situation qui cause souvent des problèmes dans leurs paroisses. Entretien, responsable RH de CARITAS, Kinshasa, mai 2023.

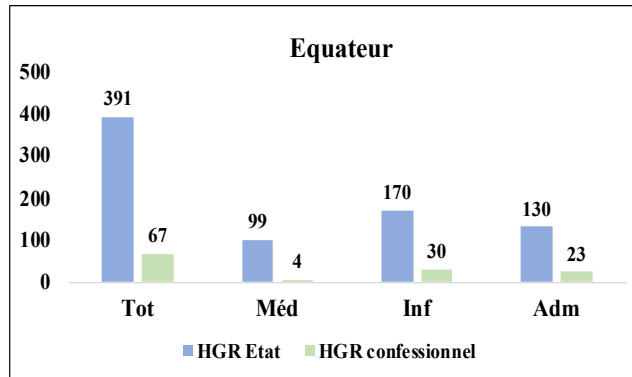


Figure 7 : Moyennes des effectifs (Tot), médecins, infirmiers et administratifs dans les HGR et CSR publics et confessionnels (province de l'Équateur)

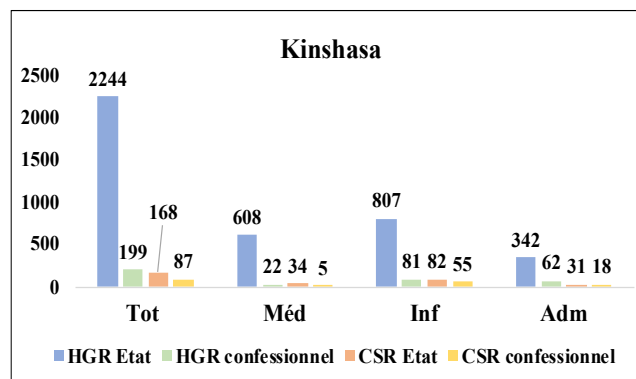


Figure 8 : Moyennes des effectifs (Tot), médecins, infirmiers et administratifs dans les HGR et CSR publics et confessionnels (ville-province de Kinshasa)

La désertification médicale des zones rurales

La désertification médicale des zones rurales est un phénomène complexe résultant de la réticence des professionnels de santé à s'installer et travailler dans les régions éloignées. Cette tendance est alimentée par plusieurs facteurs, notamment le manque d'équipements adéquats, les faibles opportunités de développement professionnel, l'insuffisance des infrastructures et des services de base, ainsi que des conditions de vie précaires. Ce problème est exacerbé par le sous-développement chronique des zones rurales en République Démocratique du Congo (RDC), qui est lui-même renforcé par un exode rural important et un investissement limité dans le développement rural.⁵² Ces raisons sont examinées plus en détail dans la section sur le redéploiement du personnel du chapitre 4, qui traite de la gestion des carrières. Il est important de souligner que la pénurie de personnel de santé qualifié dans les zones rurales n'est pas un problème exclusif à la République Démocratique du Congo (RDC). Cette problématique est également présente dans de nombreux autres pays d'Afrique subsaharienne, ainsi que dans d'autres

⁵² Sur ces questions dans une perspective historique, voir Vanderlinden, J., (ed.), (1980), *Du Congo au Zaïre, 1960-1980*, Bruxelles : Centre de recherche et d'information socio-politique, CRISP ; Bezy, F., J.-P. Peemans, & J.-M. Wautelet, (1981) *Accumulation et sous-développement au Zaïre 1960-1980*, Louvain-LaNeuve : Presses Universitaires de Louvain.

régions du monde⁵³. Ces questions se posent également en Afrique de l'Ouest et au Sahel⁵⁴, où les personnels font généralement tout ce qu'ils peuvent pour éviter une affectation « en brousse »⁵⁵. Cette désertification bureaucratique des zones rurales est fréquente en Afrique et dans d'autres pays en développement, avec de nombreux exemples dans des régions aussi diverses que le Ghana, l'Inde, le Bangladesh, l'Équateur ou le Niger⁵⁶.

2.6 Les conséquences du désordre en matière de recrutement et d'affectation

Au-delà d'une répartition inégale des RHS, les modes de recrutement et de nomination désordonnés et incontrôlés ont d'autres conséquences, que cette section résume succinctement. Trois d'entre elles semblent capitales : la grande instabilité, forte mobilité et les mouvements du personnel dans le secteur de la santé, ainsi que l'inflation du nombre de Nouvelles Unités ; les répercussions de la politisation du recrutement sur l'adéquation entre les profils et les postes des RHS, sur la mauvaise prestation des services et sur la mégestion ; et enfin, les conséquences multiples des pléthores de personnel sur l'organisation du travail, les rémunérations basées sur les revenus locaux (prime locale) et les difficultés rencontrées par l'État pour payer les agents de santé, y compris le gaspillage et la dilapidation des ressources occasionnés par la rémunération de RHS sous-utilisées.

Instabilité et mobilité du personnel de santé

La forte mobilité et l'instabilité du personnel de santé sont des symptômes d'un système de gestion des ressources humaines qui fait face à des défis importants. Les agents de santé, en quête de meilleures conditions de travail et de rémunération, peuvent être tentés de quitter leur poste actuel si les opportunités se présentent ailleurs, surtout si leur motivation est affectée par des facteurs tels que le non-paiement de leur salaire. Cette situation est exacerbée par le manque de suivi et de gestion efficace des mouvements de personnel par le Ministère de la Santé, ce qui rend difficile la mise à jour des listes de personnel et la gestion des rémunérations. Les conséquences de cette instabilité sont multiples, affectant non seulement la continuité et la qualité des soins de santé, mais aussi la capacité du secteur public à planifier et à allouer ses ressources humaines de manière efficace.

⁵³ Nembot, M. (2000). *Le glas de la fonction publique dans les Etats d'Afrique francophone. Essai sur la signification d'une institution en quête de légitimité*. Paris : L'Harmattan.

⁵⁴ Olivier de Sardan, J.-P., Ali Bako, M.T. & Harouna, A. (2018) Les normes pratiques en vigueur dans les secteurs de l'éducation et la santé au Niger. Une base pour des réformes ancrées dans les réalités ? *Études et Travaux du LASDEL* no 127, pp. 28-29.

⁵⁵ Olivier de Sardan, J.-P., 2021, *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*, Paris : Éditions Karthala, pp. 171-172.

⁵⁶ Olivier de Sardan, J.-P., 2021, *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*, Paris : Éditions Karthala, p. 256 ; Schaaf, M., & Freedman, L. P. (2015). Unmasking the open secret of posting and transfer practices in the health sector (Démasquer le secret des pratiques de détachement et de transfert dans le secteur de la santé). *Health policy and planning*, 30(1), 121-130; Sheikh K., Freedman L., Ghaffar A., Marchal B., el-Jardali F., McCaffery J., Olivier de Sardan J.-P., dal Poz Mario, F. Walter, Garimella S., Schaaf M. (2015), Posting and transfer: key to fostering trust in government health services. *Human Resources for Health*, 13(1), 1-4; Belaid, L., Dagenais, C., Moha, M., & Ridde, V. 2017, Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas : a mixed-method study in Niger, *Human Resources for Health*, 15 (1).

L'inadéquation profil-poste et la mégestion

L'inadéquation entre le profil des agents de santé et les postes qu'ils occupent, ainsi que la gestion déficiente, ont des répercussions notables sur la qualité des services de santé. Dans un environnement où les nominations sont influencées par la politique, il arrive fréquemment que les individus nommés ne possèdent pas les qualifications nécessaires pour leurs fonctions. Cette situation est exacerbée lorsque les autorités, souvent les protecteurs de ces employés, attendent des faveurs en retour. Ce phénomène, connu sous le nom d'« opérations retour » ou de « rapportage » dans le milieu administratif congolais, a un impact défavorable sur la prestation des soins. Les témoignages recueillis sur le terrain révèlent une frustration généralisée face à la non-prise en compte des qualifications et de l'expertise requises lors des nominations. Les conséquences incluent un personnel souvent peu compétent, une expérience insuffisante pour les postes à responsabilité attribués sur la base de critères politiques, des lacunes en matière de compétences et un manquement au respect des procédures établies, telles que l'obligation pour les médecins d'exercer en tant qu'interne dans les hôpitaux avant leur affectation)⁵⁷.

L'impact de cette situation sur l'organisation du travail et la prestation de services peut être grave. Étant donné l'importance critique des compétences et des qualifications dans un domaine aussi vital que les soins de santé, il n'est pas difficile de percevoir les conséquences de nominations qui vont à l'encontre des principes élémentaires, des normes et des besoins d'un système de santé : des cas où la faute professionnelle et l'incompétence ont conduit à des résultats dramatiques ont été fréquemment évoqués (« nous risquons de perdre des vies humaines »; « l'incompétence peut facilement entraîner des décès » ; « si vous n'êtes pas à la hauteur de la tâche, vous commencez à tuer des patients »⁵⁸).

L'impact s'étend également au niveau de la gestion : à cause de personnels sous-utilisés, mal rémunérés (par le biais de primes locales inadéquates) et parfois non-payés (privé de salaire et de prime de risque professionnel), des phénomènes tels que le « pharماسac » ou le « pharmapoché » (la vente privée frauduleuse de médicaments détournés du stock des établissements de santé), le vol de fournitures et de matériel, et le détournement de fonds sont monnaie courante.

Les conséquences des pléthores de personnel sur les rémunérations

Les déséquilibres dans la répartition du personnel de santé ont des répercussions directes sur les rémunérations. La prime locale, calculée à partir des revenus générés par les établissements de santé et répartie entre les agents, est inévitablement réduite lorsque le personnel est pléthorique. Cette dynamique, qui sera explorée plus en détail dans le chapitre suivant, entraîne une diminution de la satisfaction et de la motivation du personnel. En conséquence, l'assiduité et la qualité des soins prodigués par les travailleurs de la santé s'en trouvent affectées. Cette situation contribue également à la pratique

⁵⁷ Il va sans dire que dans un contexte où la politisation est omniprésente, il est souvent impossible de sanctionner les agents de santé pour faute professionnelle, notamment parce que les responsables ne savent pas toujours à quel patron politique ils auront à faire face.

⁵⁸ Entretiens, respectivement directeurs de HGR dans les provinces du Sud-Kivu et du Tanganyika, et AG d'une zone de santé dans la province du Tanganyika, mai 2023.

de l'extra muros, où les médecins cherchent à compléter leurs revenus en travaillant pour des structures privées.

Mais la conséquence la plus grave est sans aucun doute le fait que l'État verse des rémunérations à de nombreux agents de santé sous-utilisés. Les pléthores de personnel posent le problème de l'utilisation du personnel de santé, et il est fréquent dans les hôpitaux de trouver des systèmes de rotation complexes en raison d'un excès de médecins, qui dans certains cas ne travaillent que quelques jours par mois : « Il y a une structure ici à Kinshasa avec 30 médecins. Mais cette structure ne reçoit qu'une quinzaine de patients par jour en consultation. Chaque médecin a donc sa journée, et travaille donc un jour par mois, mais ils sont payés par l'État »⁵⁹. Le tableau ci-dessous présente les taux d'utilisation des médecins dans un certain nombre d'établissements de santé et montre que seule une fraction des médecins déclarés par les établissements travaille à temps plein, les autres n'étant présents que quelques jours par semaine. De nombreux médecins absentéistes reçoivent un salaire et/ou une prime sectorielle, au désespoir et au détriment de ceux qui travaillent réellement et attendent d'être budgétisés (et payés).

	Médecins				Temps presté par mois par les médecins disponibles
	Nombre sur la liste déclarative	Nombre retenus pour la rotation	Taux d'utilisation des médecins	Horaires des médecins (système de rotation)	
1 CSR Kimbela	38	12	32%	Médecins 5 fois/semaine ou plus = 6 Médecins 4 fois/semaine = 6	90%
2 CSR Kasai	28	17	61%	Médecins 5 fois/semaine ou plus = 3; Médecins 4 fois/semaine = 5 Médecins 3 fois/semaine = 6; Médecins 2 fois/semaine = 3	56%
3 CSR Kitokimosi	38	31	82%	Médecins 4 fois/semaine = 12 Médecins 2 fois/semaine = 19	30%
4 CSR Mama Balako	62	40	65%	Médecins 4 fois/semaine = 1; Médecins 3 fois/semaine = 9 Médecins 2 fois/semaine = 24; Médecins 1 fois/semaine = 6	33%
5 HGR Mbandaka	80	53	66%	Médecins 5 fois/semaine = 1; Médecins 4 fois/semaine = 4 Médecins 3 fois/semaine = 10; Médecins 2 fois/semaine = 29 Médecins 1 fois/semaine = 9	32%
6 HGR Makala	549	317	58%	non analysé	
L'état de paie des honoraires des médecins (juillet 2023) montre 442 médecins - dont 317 ont réellement perçu la prime locale. Cela indique que le nombre de médecins qui viennent 'travailler' s'élève à 317 (ou 58% du staff médecin)					

Source: Documents collectés dans les structures sanitaires (2023)

Source: Documents collectés dans les structures sanitaires (2023)

Tableau 6 : Taux d'utilisation des médecins

Médecins repris sur la liste déclarative	= 100%
Nombre de médecins présents au travail	= 60%
dont ceux qui prestent	
↳ 4 à 5 jours par semaine	= 25%
↳ 3 jours par semaine	= 15%
↳ 2 jours par semaine	= 50%
↳ 1 jours par semaine	= 10%

Source: Horaires des médecins

Tableau 7 : Estimation du temps presté par le médecin

En d'autres termes, la perception du salaire et de la prime de risque, en principe conditionnée par l'occupation d'un poste dans le secteur public, n'est nullement liée à l'accomplissement effectif d'un certain nombre d'heures de travail (question étroitement liée à celle du personnel fictif) ; il semble donc

⁵⁹ Entretien, autorité politique, Kinshasa, mai 2023.

que dans le secteur public, la relation contractuelle liant la rémunération publique au travail effectif soit largement rompue ; les rémunérations publiques tendent à être perçues comme un droit, pour autant qu'elles soient reconnues par l'administration publique. Le résultat net est un gaspillage important de ressources publiques.

2.7 Conclusion et recommandations stratégiques pour la gestion des effectifs

La gestion des effectifs soulève une multitude de questions interdépendantes, présentant divers degrés de complexité et des priorités variables. La série de recommandations proposée ci-après ne prétend pas couvrir l'ensemble des problématiques liées à la gestion des effectifs. Elle vise plutôt à mettre en lumière les réformes les plus porteuses de valeur ajoutée. Au cœur de ces recommandations figure l'établissement d'une base de données des ressources humaines en santé (RHS) fiable. Cette base de données est essentielle pour que le Ministère de la Santé puisse précisément identifier les effectifs par catégorie, leur distribution spatiale, ainsi que leurs caractéristiques spécifiques. Sans cet outil fondamental, il sera difficile de mettre en œuvre d'autres réformes cruciales telles que la rationalisation des systèmes de rémunération, la restauration des procédures de gestion de carrière, ou encore le redéploiement du personnel selon les besoins réels.

Par conséquent, les recommandations relatives au thème 1 – la rationalisation des effectifs – doivent être considérées comme des prérequis à l'application des réformes associées aux thèmes 2 et 3. Le chapitre de conclusion (5) synthétise notre analyse et revisite la stratégie globale de réforme et ses recommandations. Il présente également un plan d'action prioritaire assorti d'une répartition des responsabilités clairement définie entre les différents intervenants. Avant de présenter nos recommandations, il est important de noter l'état actuel de la gestion des bases de données et des dossiers du personnel. Notre analyse détaillée, disponible dans l'annexe 8, examine la gestion des bases de données des ressources humaines en santé (RHS) en RDC, évalue les logiciels utilisés, et discute de la faisabilité de leur déploiement élargi⁶⁰. Actuellement, environ la moitié des Directions Provinciales de la Santé (DPS) utilisent le logiciel iHRIS (Integrated Human Resource Information System), tandis que d'autres, ainsi que la Direction des Ressources Humaines (DRH) du Ministère de la Santé, s'appuient sur Microsoft Excel et, parfois, sur des listes manuelles en papier. Ces méthodes de gestion de données sont largement inefficaces et vulnérables aux erreurs, à la fraude et à la manipulation.

Bien que des outils comme iHRIS présentent un potentiel significatif pour améliorer les pratiques de gestion actuelles, leur adoption réussie dépend de certaines conditions préalables. Une extension efficace d'iHRIS nécessiterait un exercice de vérification biométrique impartial, mené par une entité indépendante qui inclurait des représentants des ministères de la Santé, de la Fonction publique et du Budget. Cette démarche permettrait d'établir une base de données fiable sur les RHS, qui serait reconnue et utilisée par toutes les institutions concernées.

⁶⁰ Ce paragraphe et l'annexe 8 sont basés sur des conversations tenues à Kinshasa avec les équipes d'IMA World Health et de la JICA, ainsi que sur le travail de terrain dans les provinces.

Recommandations-clé

Actions immédiates

1. Pour établir une gestion efficace des flux de ressources humaines en santé, alignée sur les besoins réels, il est impératif de mettre en place certaines conditions préalables majeures :

- **Définition et mise en œuvre d'une structure organique** pour les établissements de santé (hôpitaux généraux de référence, centres de santé) et les bureaux administratifs (Directions Provinciales de la Santé, etc.), en s'appuyant sur les normes existantes. Cette structure doit être élaborée de manière consensuelle, impliquant tous les acteurs concernés, et doit aboutir à **une nomenclature uniforme** des fonctions et à **un format standardisé** pour les fichiers de personnel, en s'inspirant des modèles existants tels que la liste déclarative et iHRIS.
- Réalisation d'un **contrôle physique du personnel** actuellement en poste, basé sur des critères objectifs et mené par une entité indépendante pour garantir l'intégrité du processus.
- Mise à jour de **la carte sanitaire** pour refléter avec précision la distribution actuelle et future des structures de santé, afin de garantir un accès équitable aux soins pour toute la population.
- Élaboration de **projections démographiques** sur plusieurs années, permettant l'utilisation d'une formule standardisée (comme le WISN - Workload Indicators of Staffing Needs) pour prévoir les besoins en personnel face à l'évolution démographique et à la charge de travail associée.

Actions à court terme :

2. Promulguer une loi, initiée par le Chef de l'État et adoptée par le Parlement, qui établit la structure organique comme fondement d'une gestion structurée des ressources humaines en santé (RHS). Cette loi pourrait également s'appliquer à d'autres secteurs et servir soit de rappel, soit de contrainte légale pour le respect des normes établies. Elle devrait détailler les aspects techniques essentiels pour une planification efficace du personnel et pourrait inclure des dispositions permettant au personnel de contester les décisions administratives non conformes à la loi.

3. À la suite de l'adoption de cette loi, déployer une stratégie de communication solide pour informer toutes les parties prenantes de son importance et de son caractère obligatoire, ainsi que des procédures relatives à la base de données sécurisée. Cette stratégie vise à éliminer les pratiques abusives dans le recrutement et à renforcer la compréhension et le respect de la loi.

4. Externaliser la gestion de la base de données des RHS en confiant cette tâche, via un appel d'offres, à une organisation réputée, non gouvernementale et indépendante. Un contrat sera signé avec le Ministère de la Santé Publique (MSP) pour officialiser cette délégation, qui devrait éliminer toute forme de pression administrative (politique, tribale, familiale, etc.), actuellement perçue comme un obstacle majeur à une gestion efficace des RHS.. Cette délégation de service public, autorisée par la loi⁶¹ est considérée par de nombreux acteurs au sein du MSP comme la voie la plus appropriée pour établir un système de RHS opérationnel et efficace dans le contexte congolais. (Chapitre 7) .

⁶¹ La délégation d'un service public est autorisée par l'article 14 de la Loi Organique 16-001 (2016) fixant l'organisation et le fonctionnement des services publics du pouvoir central, des provinces et des entités territoriales décentralisées : Le gouvernement central, la province et les entités territoriales décentralisées peuvent, conformément à la loi, déléguer leurs missions à des organismes publics ou privés assimilés. Les services publics ne peuvent être délégués pour les missions régaliennes de l'Etat, notamment la justice, la sécurité et la défense.

Actions à moyen terme

5. Élaborer des plans annuels de recrutement qui soient spécifiques à chaque structure, zone de santé (ZS) et province. Ces plans doivent être partagés avec l'Enseignement Supérieur et Universitaire (ESU) et doivent mettre en évidence les déficits en RHS ainsi que les priorités d'intervention, tout en veillant à maintenir l'accès équitable aux soins pour tous.

Actions à plus long terme (une fois la base de données opérationnelle) :

6. Engager des discussions à la fois internes (entre le Ministère de la Santé Publique, la Direction des Ressources Humaines et les IEM/ITM) et externes (entre le Ministère de la Santé Publique et l'ESU) concernant la pertinence de la formation initiale. Une base de données fiable et à jour est essentielle pour identifier précisément les besoins en RHS par province et ZS, et pour planifier les flux de personnel en conséquence. Ces besoins doivent être communiqués annuellement à l'ESU, qui, en tant que fournisseur de RHS, doit être réceptif aux demandes du Ministère de la Santé Publique. Ce dialogue technique, mais fondamental pour la structure du système de santé, nécessite une discussion sereine et peut requérir la médiation du Premier ministre, sous l'égide du Chef de l'État, conformément à la nouvelle législation sur les RHS. L'objectif est d'éviter à la fois la surproduction, qui peut conduire au sous-emploi et à une pression sociale accrue, et la production de RHS qui ne répondent pas aux besoins réels du Ministère de la Santé Publique. Une gestion rationnelle des RHS implique une évaluation critique de l'efficacité de la formation initiale. La mise en place d'un mécanisme formel de discussion entre les deux ministères peut s'appuyer sur des projets existants et sur un cadre de concertation déjà préparé mais non signé par les ministres. Ce mécanisme pourrait être renforcé par des mesures complémentaires, telles que **la création d'une agence d'homologation ou d'accréditation pour les établissements de formation**, avec la participation des ministères concernés et des ordres professionnels (médecins, infirmiers, sage-femmes), ainsi que par **une évaluation de la qualité des nombreux établissements de formation existants** (IEM/ITM/ISTM/Facultés de Médecine), dont beaucoup ne répondent pas aux normes minimales requises.

3. Les rémunérations des ressources humaines en santé

3.1 Les rémunérations des RHS : une vue globale

La maîtrise des effectifs est évidemment étroitement liée aux efforts de rationalisation de la masse salariale et gestion de la paie ; l'expansion anarchique des effectifs évoquée dans le chapitre précédent rend difficile le suivi des mouvements de personnel, gonfle la masse salariale et rend le Ministère de la Santé incapable de couvrir ses engagements en matière de rémunérations compte tenu de l'augmentation précipitée des effectifs. Bien que les rémunérations absorbent l'écrasante majorité des dépenses sectorielles, selon nos calculs basés sur les listes déclaratives, si le nombre de RHS reconnus par le Ministère de la Santé avoisine 256.000, moins de 20% d'entre elles reçoivent un salaire de base, environ 41% reçoivent la prime de risque professionnel, et la proportion de RHS ne recevant aucune rémunération de l'Etat est de 56%, comme l'indique le graphique suivant.

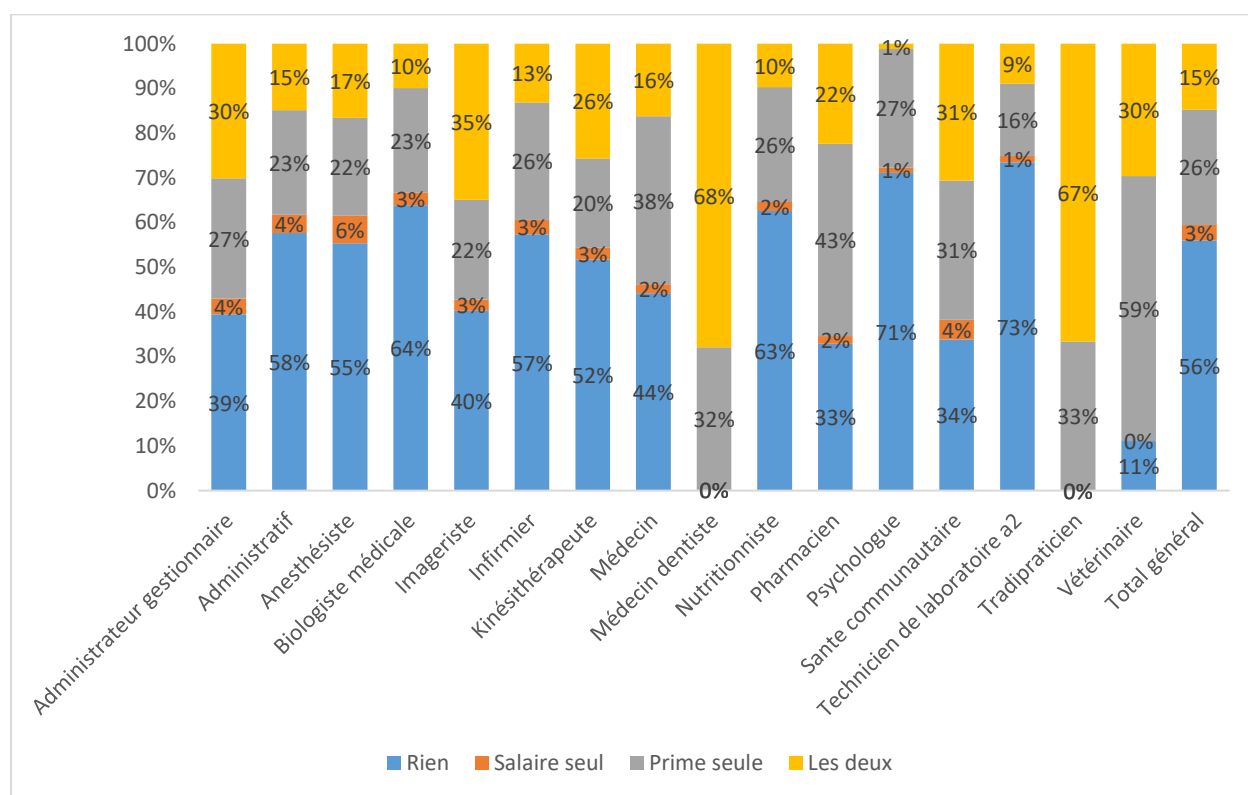


Figure 9 : Répartition des RHS selon le type de rémunération par catégories professionnelles

Avant d'examiner en détail les structures de rémunération du personnel, il est primordial de définir la composition des revenus des Ressources Humaines de Santé (RHS). Le tableau ci-dessous illustre les différentes formes de revenus que les professionnels de santé peuvent percevoir, avec des explications supplémentaires fournies dans l'annexe 9. Depuis plusieurs décennies, les établissements de santé fonctionnent avec un haut degré d'autonomie de facto, en raison de l'insuffisance de financements publics pour leur opération. Ces établissements s'autofinancent et versent à leur personnel des rémunérations basées sur les recettes internes, connues sous le nom de « prime locale ». Pour un grand nombre de RHS qui ne reçoivent pas de salaire de l'État, cette prime locale constitue l'unique source de revenu.

Type de revenu	Explication
Salaire de base	Perçu par les agents de santé ; il faut avoir un numéro matricule pour être éligible, mais ce n'est pas une condition suffisante ; il est basé sur un barème uniforme de la Fonction Publique, indexé sur le grade
Prime de risque	Tous les agents de santé figurant sur les listes déclaratives sont en droit de les percevoir, quel que soit le lieu de travail ; en pratique, le processus d'alignement sur la prime de risque est complexe et difficile
Prime locale	Payée sur base des recettes locales des formations sanitaires, suivant une clé de répartition qui peut varier selon les structures
Temps supplémentaire	Ce sont les heures travaillées au-delà de l'horaire régulier et du travail de nuit
Primes partenaires	Versées par des organismes externes à certains agents de santé comme compléments ou substituts de salaire/prime de risque. Ces primes comprennent à la fois des montants fixes et des primes liées au financement basé sur la performance
Per diems	Généralement versés aux agents de santé pour certaines activités, telles que la supervision, la formation, la facilitation, etc. Ils sont normalement destinés à couvrir les frais encourus par les AS (logement, nourriture, transport, etc.), mais il est connu qu'une partie de ces per diems n'est pas dépensée et constitue un revenu pour les AS
Revenus informels	Revenus gagnés au sein des établissements et qui proviennent de pratiques et activités informelles, telles que le fait de vendre médicaments et services aux patients sans les déclarer dans la comptabilité des établissements, ainsi que de recevoir des « cadeaux »/dessous de table de la part des patients
Pratiques privées	Activités menées au sein du secteur de la santé, et exécutées en dehors de la pratique régulière dans l'établissement d'affectation des agents de santé
Activités extérieures au secteur de la santé	Des activités génératrices de revenus qui ne sont pas liées à la pratique de la santé, telles que le commerce et les affaires, la location, l'exploitation minière, l'agriculture, etc.
Paiements liés au financement ascendant	Il s'agit de paiements touchés par les agents travaillant dans la pyramide sanitaire, qui sont issus du « financement ascendant », c'est-à-dire des contributions versées par les formations sanitaires à la hiérarchie administrative

Tableau 8 : Typologie des composantes de la rémunération des RHS en RDC⁶²

Dans ce qui suit, nous nous concentrons en particulier sur les deux types de rémunération versés par l'État aux agents de santé : le salaire de base et la prime de risque professionnel. Le salaire de base est géré par le Ministère de la Fonction Publique (sur base d'instructions données au Ministère du Budget) ; seuls les agents de santé immatriculés par le Ministère de la Fonction Publique y ont droit, et il est harmonisé pour l'ensemble des agents de carrière de l'administration publique (y compris les agents de santé, qui relèvent toujours du Statut Général de la Fonction Publique) à un niveau très bas, bien qu'il ait connu une certaine progression nominale au cours des vingt dernières années (voir l'annexe 8). Seul un faible pourcentage des agents de santé (18 %) reçoit ce salaire de base, en partie à cause de l'exclusion des Nouvelles Unités – les fonctionnaires non matriculés – qui représentaient 116 338 agents de santé en 2022. En outre,

⁶² Ce tableau s'inspire et complète celui de Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo, Rapport Final*, Kinshasa : ministère de la Santé publique et Banque mondiale, p. 35-36.

seulement un tiers des fonctionnaires matriculés sont effectivement inclus dans les listes de paie pour le salaire de base⁶³.

La prime de risque professionnel, également connue sous le nom de prime sectorielle, est théoriquement attribuée à l'ensemble du personnel répertorié dans les listes déclaratives du ministère de la Santé. Les données issues de ces listes indiquent que 41 % des professionnels de santé reconnus par le Ministère bénéficient de cette prime, un taux de couverture nettement supérieur à celui du salaire de base. Néanmoins, l'attribution de cette prime est entachée de plusieurs problèmes. Un des enjeux majeurs réside dans les disparités significatives de rémunération entre les différentes catégories de personnel de santé, ce qui peut engendrer une démotivation. Introduite initialement en 2005/2006 comme un complément de salaire et une mesure incitative, la prime de risque professionnel est devenue, au fil du temps, l'élément prédominant de la rémunération des agents de santé.

GRADE		BAREME PRIME DE RISQUE						
Adm.	Prosanté	Méd.	Dent.	Adm.	Autres Prosanté	Prosanté L2	Dentistes/ Pharmaciens	Médecins
SG	En Chef 4 et 5	MG	MC4		278.000	572.950	1.354.672	2.311.359
DG	En Chef 1 2et 3	MCC	MC3		261.200	515.655	1.233.905	2.080.223
Dir	En Chef	MRS	MC2	195.500	215.500	418.360	1.233.905	1.849.087
CD	Inspecteur	MRG	MC1	173.100	198.300	366.064	1.101.128	1.617.951
CB	Chef Clin/ Chef de service	MJU	MCC	158.200		313.475	1.101.128	1.386.815
ATA1	DH1	MI	MJU	136.000	156.200	286.475	882.603	1.155.680
ATA2	DH2		MINT	122.700	133.000	243.503	796.822	
AGA1	DHA			107.500	127.127			
AGA2	HOSP 1			101.500	113.204			
AA1	HOSP 2			96.200	102.402			

Tableau 9 : Barème de rémunération des primes des différentes catégories d'agents de santé du ministère de la santé en CDF, T1 2019⁶⁴

Des inégalités marquées caractérisent la structure de rémunération entre les différentes catégories de personnel de santé, avec les médecins recevant généralement des rémunérations nettement supérieures par rapport à d'autres groupes professionnels. Cette disparité est en grande partie le résultat des dynamiques de négociation entre les syndicats et le gouvernement⁶⁵. En effet, les écarts de primes entre les catégories professionnelles reflètent souvent les rapports de force : la rémunération tend à être proportionnelle à l'influence des syndicats, mesurée par leur capacité à exercer des pressions, à mobiliser leurs membres et à perturber le système si nécessaire. Une analyse approfondie de ces dynamiques est

⁶³ Présentation par la Direction des Ressources Humaines du ministère de la Santé à l'atelier consultatif pour l'étude sur les RHS en RDC, Kinshasa, février 2023.

⁶⁴ RDC/Ministère de la Santé, 2019, Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) 2019-2022, Kinshasa: ministère de la Santé, p. 32.

⁶⁵ Ravez, L., Rennie, S., Yemesi, R., Chalachala, J.-L., Makindu, D., Behets, F., Fox, A., Kashamuka, M. & Kayembe, P., 2019, Les grèves de médecins en République Démocratique du Congo : quels repères éthiques généralisables, *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 2:2, 63-72, p. 66.

présentée dans l'annexe 9. Ces divergences sont exacerbées par des inefficacités notables, notamment la sous-utilisation des médecins dans des contextes où ils sont en surnombre. Malgré cela, et bien que les médecins ne constituent que 8 % du personnel de santé, ils ont capté plus de la moitié de la masse salariale dédiée aux primes en 2019⁶⁶.

Deuxièmement, des disparités géographiques significatives existent également dans la répartition des ressources humaines en santé. À Kinshasa, où se trouve une concentration exceptionnelle de ressources, plus de la moitié des médecins du secteur public sont basés⁶⁷, créant un écart notable avec les provinces. Cette disparité s'accroît encore lorsqu'on compare les zones urbaines aux régions rurales éloignées : plus on s'éloigne de la capitale, plus la proportion de personnel bénéficiant de salaires de base ou de primes sectorielles diminue. Cette tendance révèle une préférence pour l'administration de la santé en termes de personnel matriculé, par opposition aux établissements de soins périphériques. En outre, les agents de santé dans les Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) sont souvent mieux rémunérés que leurs collègues des centres de santé et des postes de santé, situés plus bas dans la hiérarchie sanitaire, comme l'illustrent les tableaux ci-dessous.

Structure	NU	Matr
<i>DPS Tshopo</i>	0%	100%
<i>IPS Tshopo</i>	0%	100%
<i>IPS Prov Orientale</i>	0%	100%
<i>BCZS (23)</i>	8%	92%
<i>HGR</i>	11%	89%
<i>CSR</i>	33%	67%
<i>CS</i>	27%	73%
<i>PS</i>	27%	73%

Source: *Liste déclarative DPS Tshopo (2023)*

Tableau 10 : Nombres de NU et de personnels matriculés dans différents niveaux de la pyramide sanitaire

	NU	Matr.	Matr.
	Prime de	Sal. de	Prime de
	risque	base	risque
HGR	21%	16%	62%
CSR	24%	6%	57%
CS	13%	8%	46%
PS	10%	3%	42%

Source: *Liste déclarative DPS Tshopo (2023)*

Tableau 11 : Proportions des personnels recevant salaire et prime dans la province de la Tshopo

⁶⁶ RDC/Ministère de la Santé, 2019, *Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) 2019-2022*, Kinshasa : ministère de la Santé, pp. 32-33.

⁶⁷ Contraster les chiffres issus des rapports suivants : RDC/Ministère de la Santé, 2019, *Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) 2019-2022*, Kinshasa : ministère de la Santé, p. 22-23 ; IMA World Health, 2021, *Kinshasa health workers verification. Final Report*, Kinshasa : IMA World Health, June 2021, p. 17.

Les facteurs qui sous-tendent cette couverture spatiale inégale, et qui font de la proximité des centres de décision (en particulier Kinshasa) un avantage définitif par rapport aux zones rurales éloignées, sont complexes et ont beaucoup à voir avec les procédures d'intégration dans le fichier de la paie, discutées ci-dessous.

3.2 Les problèmes liés aux procédures de gestion de la paie

Une division du travail complexe (mais dysfonctionnelle)

Les procédures de gestion de la paie reposent sur une division complexe du travail entre les différentes institutions de la chaîne des dépenses de rémunération⁶⁸, dont les points-clés sont les suivants (l'annexe 10 fournit une analyse plus complète de la gestion de la paie en RDC) : les ministères sectoriels tels que la Santé sont chargés de préparer les mises à jour concernant les mouvements de personnel ayant une incidence financière, le Ministère de la Fonction publique est chargé de l'engagement des dépenses de rémunération, le Ministère du Budget est chargé de la liquidation des dépenses de rémunération, le Ministère des Finances est chargé de l'ordonnancement des dépenses de rémunération, exécuté par la Banque centrale vers le secteur bancaire et/ou CARITAS, tandis que le Comité de suivi de la paie coordonne et fait le suivi des questions de rémunération.

Cependant, dans la pratique, un dysfonctionnement majeur du circuit réside dans l'incapacité du ministère de la fonction publique à jouer pleinement son rôle. Pour les recrutements et les mouvements de personnel ayant un impact financier, les ministères sectoriels ont tendance à se concerter directement avec la Direction de la Paie du Ministère du Budget, sans en informer le Ministère de la Fonction Publique ; en effet, ce dernier n'engage que les dépenses des salaires de base des fonctionnaires enregistrés auprès du Ministère du Budget ; les primes sectorielles tendent à échapper largement à son contrôle. En outre, en raison des contraintes budgétaires strictes et de l'expansion rapide des effectifs dans l'ensemble de l'administration, y compris dans le secteur de la santé, il n'y a pas assez de latitude pour payer tout le personnel déclaré ; cela implique à son tour un certain degré de discrétion, qui offre une grande marge de manœuvre pour des arrangements, des négociations et du trafic d'influence. En fait, un large éventail de sources convergentes suggère que ce sont généralement les « plus forts » – en termes de connexions/branchements, de réseaux politiques, de poids financier, de capital relationnel et de proximité avec Kinshasa – qui ont les meilleures chances d'être intégrés dans les listes de paie. La répartition spatiale inégale du personnel rémunéré – avec de graves déséquilibres entre les zones urbaines et rurales et de profondes inégalités – est étroitement liée à cette configuration.

Un décalage entre les listes de paie et les réalités du terrain

Une deuxième série de problèmes liés à la gestion des rémunérations concerne la correspondance entre le personnel figurant sur les listes de paie et les réalités au sein des formations sanitaires et des services

⁶⁸ Voir RDC/Ministère des Finances, & RDC/Ministère du Budget. (2010). Manuel des procédures et du circuit de la dépense publique. Circuit rationalisé. Kinshasa : ministère des Finances et Ministère du Budget; Beaudienville, G. (2012), Public financial management reforms in fragile states. The case of Democratic Republic of the Congo. ODI Briefing Paper 77; Moshonas, S. (2019). The political economy of human resource and payroll management in the Democratic Republic of Congo. London, ODI, Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC) Working Paper 71; Moshonas, S., De Herdt, T., Titeca, K. et Balungwe Shamavu, P., (2022), Bureaucratic fragmentation by design? The case of payroll management in the Democratic Republic of Congo, *African Affairs*, 121(485), 509-534.

administratifs de la pyramide sanitaire. En effet, lors de nos recherches dans les provinces visitées, de nombreux responsables des ressources humaines au niveau des DPS ou des zones de santé ont déploré le décalage fréquent entre ces listes (ouvrant ainsi la voie à toutes sortes d'abus, y compris des travailleurs fictifs). Cette situation est en partie due à la qualité des informations contenues dans les listes déclaratives (qui font rarement l'objet de contrôles croisés et de vérifications lors des visites de terrain des DPS/IPS), en partie aux faiblesses du département des ressources humaines du ministère de la santé, et en partie aux procédures par lesquelles les nouvelles mises à jour sont apportées aux listes de paie, dans lesquelles les syndicats jouent un rôle important.

Le rôle des syndicats dans la mise à jour des listings

Les raisons pour lesquelles les syndicats ont été amenés à jouer un rôle croissant dans la gestion des rémunérations remontent à 2005, lors de la mise en place de la prime de risque professionnel pour les médecins ; les syndicats devaient initialement servir de frein aux dérives administratives (la DRH avait alors déclaré trois fois plus de médecins qu'il n'y en avait en réalité), mais il est vite apparu que ce nouveau système – où les syndicats jouent un rôle prépondérant dans l'actualisation des salaires – était loin d'être à l'abri des dérives (largement favorisées par la faiblesse de l'administration, ainsi que par la connivence et la complicité d'autorités politico-administratives).

Aujourd'hui, un mécanisme *ad hoc* a été institué pour gérer les questions de rémunération, qui prend la forme de négociations périodiques (cadre de concertation permanent) entre le gouvernement et les syndicats, organisées au sein d'une Commission interministérielle, composée de délégués du gouvernement et des syndicats, qui statue sur les questions de régularisation et d'intégration dans le fichier de la paie ; si, en principe, la sélection suit des critères d'équité (années de service, zones de conflit, genre et priorité aux zones rurales), dans la pratique, il est largement reconnu que les syndicats sont souvent impliqués dans des arrangements, des accords et des négociations (où les travailleurs de la santé doivent payer pour faciliter leur intégration dans la liste de paie, par exemple en renonçant à leurs trois premiers mois de rémunération) qui amplifient l'arbitraire, l'injustice et les inégalités. Cette situation a également une dimension sexo-spécifique, comme le montre l'annexe 7, dans la mesure où les femmes seraient soumises à des formes de discrimination sexuelle (y compris la sollicitation de faveurs sexuelles) afin d'obtenir leur rémunération.

Une configuration fortement centralisée

Cette configuration est également fortement centralisée : les institutions centrales sont le principal lieu de décision en matière de gestion de la paie des RHS, à la croisée de plusieurs acteurs institutionnels (les Ministères de la Santé, de la Fonction publique, du Budget, et la Direction nationale des syndicats étant les plus importants). L'intégration de la paie est donc construite sur un ensemble de procédures complexes, multipliant le nombre d'interfaces entre acteurs, et introduisant des marges de discrétion, tout en restant exposée à l'influence syndicale, et à la politisation, dans un contexte de faiblesse de l'administration sectorielle privée d'outils de gestion solides et d'une base de données fiable sur les RHS. Le résultat net est un système qui privilégie systématiquement les mieux placés (ceux qui sont capables de mobiliser un capital relationnel et l'influence politique), renforçant les inégalités existantes. Cela explique en partie pourquoi une grande partie du personnel situé dans des zones rurales éloignées a invariablement tendance à être défavorisée, en termes d'immatriculation et d'intégration dans le fichier de la paie.

3.3 Les abus du système de gestion de paie et le personnel fictif

Le système de gestion de la paie est confronté à des complexités et dysfonctionnements qui ouvrent la porte à des pratiques illicites et des abus administratifs. Parmi ces problèmes, la présence de « personnel fictif » est particulièrement préoccupante. Bien que ce phénomène ne soit pas exclusif à la République Démocratique du Congo (RDC) et qu'il soit répandu dans de nombreuses régions du monde, son ampleur y est remarquablement élevée⁶⁹. Les premières traces documentées de personnel fictif en RDC remontent au début des années 1970⁷⁰ ; et depuis 2001, de nombreux cas ont été signalés. Une analyse détaillée de cette problématique est présentée dans l'annexe 11.

Une illustration contemporaine

Pour illustrer de manière actuelle la problématique des agents fictifs, le tableau ci-dessous détaille les résultats d'une opération d'identification biométrique effectuée en 2016 dans les provinces du Kasaï et du Kasaï Central. Financée par le Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO) et exécutée par IMA World Health/IntraHealth, cette initiative a révélé et permis l'élimination d'un nombre considérable d'agents fictifs des registres de paie, soit 27% des bénéficiaires de salaires de base et 42% des bénéficiaires de primes sectorielles. Il faut noter que ces agents fictifs n'avaient pas été détectés par le SYGECPAF, le système informatique de gestion de la paie utilisé par la Direction de la paie du Ministère du Budget.

Agents de santé (Kasaï et Kasaï Central confondus)	Nombre de personnes indemnisées	
	Salaire	Prime de risque
Nombre d'agents de santé répertoriés dans le logiciel de gestion de la paie (SYGECPAF)	3380	5062
Nombre de travailleurs de la santé trouvés dans les deux (SYGECPAF et iHRIS)	2453	2938
Travailleurs fictifs (nombre de travailleurs de la santé répertoriés dans le SYGECPAF moins le nombre vérifié dans iHRIS)	927 (27%)	2124 (42%)

Tableau 12 : Analyse de la masse salariale des agents de santé indemnisés dans les provinces du Kasaï et du Kasaï Central⁷¹

Durant nos entretiens, les participants, qu'ils soient de Kinshasa ou des provinces, ont fréquemment souligné l'importance du phénomène des agents fictifs. Malgré la sensibilité du sujet, qui est souvent entouré de secret et difficile à examiner en profondeur, il est manifeste que sa persistance est facilitée par diverses lacunes systémiques. Ces failles peuvent être exploitées par des acteurs qui, agissant au sein de réseaux organisés, tirent avantage de ces vulnérabilités.

Un problème multisectoriel et multi-niveaux

⁶⁹ World Health Organisation, 2020, *Findings from a rapid review of literature on ghost workers in the health sector: towards improving detection and prevention*, Geneva: WHO.

⁷⁰ Voir, à part les sources citées dans l'annexe 11, Gould, D.J., 1980, *Bureaucratic Corruption and Underdevelopment in the Third World. The Case of Zaire*, New York: Pergamon Press.

⁷¹ Likofata Esanga, J.-R. et al. (2017) How the introduction of a human resources information system helped the Democratic Republic of Congo to mobilise domestic resources for an improved health workforce, *Health Policy and Planning*, 32, 2017, iii25-iii31.

La problématique des agents fictifs transcende les secteurs et les échelons de la pyramide sanitaire, impliquant une multitude d'acteurs à travers les différents niveaux, depuis le sommet à Kinshasa jusqu'aux formations sanitaires (FOSA). La complexité de ce problème réside dans sa nature d'action collective, où la résolution exige une coordination et une coopération accrues entre les institutions. Chacune de ces entités, impliquées dans la gestion de la paie, a tendance à se renvoyer la responsabilité des dysfonctionnements, rendant ainsi la recherche de solutions d'autant plus ardue.

Des allégations récurrentes au ministère de la Santé suggèrent que des fonctionnaires des Ministères de la Fonction Publique et du Budget collaborent avec les gestionnaires des établissements de santé pour détourner frauduleusement des fonds ou pour insérer des agents fictifs dans la paie, qui sont rémunérés sans être reconnus par l'administration de la santé. Face à ces accusations, le Ministère du Budget insiste sur son adhérence stricte aux directives du Ministère de la Santé en matière de paiement des primes sectorielles, affirmant qu'aucune mise à jour de la paie n'est réalisée sans ces instructions. Il attribue les problèmes à des défaillances au sein de la DRH du ministère de la Santé et à la qualité médiocre des données reçues, telles que des erreurs dans les listes de mise à jour et la circulation de documents frauduleux. Du côté du Ministère de la Fonction Publique, on critique le logiciel SYGECPAF utilisé par le ministère du Budget, le jugeant inadéquat pour identifier les doublons, les cumulards et les agents fictifs. Cette critique est apparemment soutenue par les résultats d'un audit réalisé en avril 2023 par l'Inspection Générale des Finances (IGF), qui a relevé des lacunes significatives dans la base de données de la paie.⁷²

Les provinces et les acteurs opérationnels attribuent les problèmes d'agents fictifs et de fraude dans le paiement des rémunérations à leur exclusion des processus de gestion de la paie. Les Directions Provinciales de la Santé (DPS) et les zones de santé se contentent souvent d'envoyer leurs listes déclaratives, espérant qu'elles seront intégrées dans la mise à jour des salaires et des primes. De leur point de vue, les abus dans la gestion de la paie sont principalement la responsabilité du niveau central, en particulier dans les interactions entre les Ministères de la Santé et du Budget. Cette situation conduit à des divergences entre les listes de paie officielles et les listes déclaratives établies localement par les zones de santé.

Politisation, rentes et opacité

Pour aborder la complexité de la question des agents fictifs et des fraudes dans le paiement des rémunérations, il est essentiel de reconnaître que le problème est exacerbé par la politisation et les enjeux financiers considérables qui y sont associés. La complexité des procédures et les vulnérabilités des interfaces du système de paie, notamment les manipulations manuelles et les mises à jour partiellement informatisées, facilitent l'apparition de rentes indues. L'opacité des opérations de paie complique davantage la situation, comme le soulignent les Directions Provinciales de la Santé (DPS) qui ne reçoivent pas toujours les listings de paie de manière systématique et régulière, rendant le suivi des mises à jour et la détection des irrégularités particulièrement difficile. Les effets de la bancarisation, bien qu'ayant le potentiel d'améliorer la transparence, ont eu des résultats ambivalents, comme il est discuté dans l'annexe 12.

En somme, les défis posés par les agents fictifs et les abus dans le paiement des rémunérations sont le reflet d'un système de gestion de la paie défaillant, qui peine à s'adapter aux mouvements de personnel

⁷² Inspection Générale des Finances, (2023), Communiqué de presse relatif à la mission d'audit du fichier de la paie des agents et fonctionnaires de l'État, 27 avril 2023.

rapides et imprévisibles, avec des conséquences graves pour la fiabilité du système de santé, notamment lorsque des agents de santé sont rémunérés sans être présents au travail, contribuant ainsi aux pléthores observées dans les formations sanitaires urbaines.

3.4 L'(in)adéquation de la rémunération et ses conséquences

Quatre points supplémentaires invitent quelques commentaires (le reste de notre analyse sur ces points figure à l'annexe 13). Premièrement, il est important de noter que la prime locale, qui est une rémunération versée aux agents de santé sur la base des revenus générés par les établissements de santé publics à partir des frais d'utilisation, est perçue de manière variable. Bien qu'elle soit considérée comme la source de revenus la plus fiable par le personnel actif des établissements de santé, les recherches sur le terrain indiquent que, dans la majorité des cas, cette prime est jugée insuffisante pour motiver le personnel, en particulier dans les zones où il y a surcharge de travail et pléthore de personnel. De plus, il semble que les structures sanitaires gérées par des organisations confessionnelles tendent à verser des primes locales plus élevées que celles gérées par l'État (comme le montre le tableau 13 ci-dessous), ce qui pourrait être attribué à des différences dans la gestion et les ressources disponibles.

Fonction	CS CSR	HGR	
		Etat	Conf
<i>Médecin généraliste</i>	30	10	410
<i>Médecin spécialiste</i>	(na)	15	450
<i>Infirmier/Sage-femme</i>	20	6	150
<i>T de Labo/Pharmacie</i>	15	8	160
<i>Caissière, Réceptionniste</i>	20	7	180
<i>F/G salle</i>	12	7	90
<i>Sentinelle</i>	10	6	50

Source: *Etats de paie structures sanitaires (2023)*

Tableau 13 : Montants des primes locales

Deuxièmement, la question du FBP : bien que nos visites sur le terrain n'aient pas permis un niveau d'immersion suffisamment approfondi pour examiner de manière exhaustive son efficacité, il est clair que, bien qu'apprécié par les différents niveaux de la pyramide sanitaire en tant que mécanisme permettant de compléter et de pallier aux difficultés rencontrées par les établissements (via l'acheminement de ressources matérielles et financières et source d'incitations), ainsi que d'obtenir des résultats, il s'accompagne également de sa propre série de défis. Le principal effet secondaire des interventions basées sur le FBP, tel que rapporté par nos répondants, tourne autour des questions de durabilité et de clôture du projet : lorsque le financement se tarit et que les établissements de santé sont obligés de revenir à des frais d'utilisation plus élevés, les conséquences peuvent être graves sur l'accès aux soins de santé et les taux d'utilisation des services, mais aussi sur les établissements de santé.

Troisièmement, le paiement de rémunérations inadéquates, ainsi que les inefficacités inhérentes au système de gestion de la paie, ont de graves conséquences : la première d'entre elles est la combinaison d'un grand nombre de personnels mal rémunérés ou non payés, avec une partie non négligeable qui est payée mais sous-utilisée ou qui ne travaille pas (un problème particulièrement grave parmi les médecins dans les hôpitaux urbains pléthoriques), ce qui représente un cas évident de gaspillage des ressources. De même, l'insuffisance des rémunérations aggrave les difficultés de gestion du personnel (absentéisme

élevé, instabilité et rotation rapide du personnel), tandis que le manque de motivation pèse lourdement sur l'organisation du travail et le fonctionnement des structures : mauvaises performances, détournement des ressources et des équipements, recours à des moyens illicites, vol de fournitures médicales à des fins privées (« pharماسac/pharmapoché ») sont des phénomènes courants.

Enfin, il convient également de noter les implications de rémunérations inadéquates sur la CSU récemment lancée, qui a commencé à fournir des soins de maternité gratuits dans les provinces. Bien que cette approche se veuille prudente afin de tirer des leçons avant de passer à l'échelle supérieure, l'une des leçons apprises est que si les problèmes des RHS ne sont pas résolus, cela pourrait être la cause de contre-performances : il est évident, par exemple, que dans les établissements où le personnel n'est pas correctement rémunéré et/ou caractérisé par des pléthores de personnel, la fourniture de soins de santé gratuits dépend fortement de la réception en temps voulu des allocations financières liées à la CSU ; si ces allocations sont retardées et/ou rencontrent des problèmes de distribution, cela risque de compromettre gravement le fonctionnement des établissements de première ligne.

3.5 Conclusion et recommandations pour rétablir l'ordre dans la rémunération des RHS

Les recommandations présentées ci-après ne sont pas dissociables de celles énoncées au chapitre 2, relatives à la gestion des effectifs. En effet, l'établissement d'une base de données robuste et fiable sur les RHS, constamment actualisée et contenant des informations complètes sur le personnel, est une condition sine qua non pour remédier de manière pérenne aux problèmes multiples affectant la rémunération des RHS. Sans une telle base de données, la résolution des problèmes restera inatteignable. Les suggestions qui suivent partent du principe que la mise en place d'une telle base de données, comme recommandé dans le chapitre précédent, est en cours de réalisation. Par ailleurs, la question des rémunérations étant intrinsèquement multisectorielle, il est impératif de considérer l'interaction entre les diverses institutions impliquées dans la gestion de la paie des agents et fonctionnaires de l'État.

Les problèmes de rémunération des RHS, analysés dans ce chapitre, sont ancrés dans l'existence de multiples bases de données qui ne communiquent pas entre elles. Il s'agit notamment de la base de données du ministère de la Fonction Publique (FRAP), de celle de la paie du Ministère du Budget (SYGECPAF), et de la base de données issue des listes déclaratives du ministère de la Santé. Tandis que la première est en cours d'élaboration, la seconde souffre de nombreux dysfonctionnements (irrégularités, doublons, fictifs), exacerbés par les lacunes des informations de la troisième. Plus problématique encore, l'absence d'une interface informatique adéquate entre ces trois bases de données, et une économie politique complexe, alimentée par des intérêts particuliers, perpétuent cette configuration défailante. Par ailleurs, des réformes initiées par le Ministère de la Fonction Publique visent à instaurer un Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie (SIGRH-P), bien que ce projet ait subi des retards et que son avenir reste incertain (voir l'annexe 14 pour plus de détails).

La création d'une base de données fiable des RHS permettrait au Ministère de la Santé de disposer d'une source de données crédible sur le personnel de santé, qui prévaudrait sur celles d'autres institutions. Elle jouerait ainsi le rôle similaire à celui de la DINACOPE (anciennement SECOPE) au sein du Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Technique. Par conséquent, la majorité des recommandations qui suivent devraient être envisagées comme secondaires, à implémenter principalement à moyen terme, sous réserve de la mise en place préalable d'une base de données fiable sur les RHS.

Recommandations-clé

À court terme

1. Envisager de réaliser un audit du fichier des rémunérations des RHS située dans le Système de Gestion Centralisé de la Paie des Agents et Fonctionnaires de l'État (SYGECPAF) au sein du Ministère du Budget.

Il existe des allégations crédibles que des irrégularités substantielles entourent la base de données des salaires des RHS ; à court terme – alors qu'une base de données unique des RHS est en cours de constitution – un audit du fichier des rémunérations des RHS peut contribuer à rationaliser le secteur et à limiter les abus existants, y compris la récupération des pertes liées au paiement de rémunérations indues (élimination des travailleurs fictifs) ; cette tâche devrait être réalisée avec la représentation des ministères de la santé, du budget et de la fonction publique.

À moyen terme (une fois que la base de données sera opérationnelle)

2. Développer un plan équitable de mécanisation (régularisation) et de rémunération (alignement) du personnel non-mécanisé et non-payé. Cette équité s'applique à la répartition géographique (provinces, ZS), aux catégories professionnelles (tout le personnel de santé est traité de la même façon) et priorise le personnel redéployé et la lutte contre les déserts médicaux.

À envisager à plus long terme (lorsque la base de données sera opérationnelle)

3. Adopter un Statut Spécifique pour l'ensemble du personnel de santé (similaire à celui du personnel du Ministère de l'Enseignement Supérieur). Actuellement, le salaire de base des RHS est statutairement lié au salaire de base de la fonction publique, et une augmentation a des implications statutaires pour l'ensemble du personnel, avec un impact budgétaire substantiel. Un statut spécifique faciliterait les négociations salariales, permettrait d'inverser le rapport prime sectorielle/salaire de base et améliorerait ainsi la base de calcul des pensions. Il peut être initié et soutenu par le ministère de la Fonction Publique, mais il nécessitera une forte implication et un soutien de la part des syndicats.

4. La gestion des carrières

La gestion des carrières des RHS consiste en leur suivi depuis leur recrutement jusqu'à leur retraite ; un suivi et une gestion sains et proactifs des carrières visent à doter les RHS de conditions qui leur permettent de travailler avec une plus grande efficacité. Cela implique la motivation et l'incitation des agents de santé par une politique de montée en grade, basée sur des évaluations (cotation) mais aussi avec des mécanismes de contrôle et de sanction si nécessaire (régime disciplinaire) ; cela implique également une politique de formation continue en cours d'emploi. La gestion des carrières est une responsabilité conjointe du Ministère de la Santé et du Ministère de la Fonction Publique, car certains aspects de la gestion des carrières relèvent de la compétence de ce dernier, qui supervise l'immatriculation et est le donneur d'ordre pour le paiement du salaire de base (mécanisation), la montée en grade et la mise à la retraite.

D'emblée, il est évident qu'il n'existe pas de gestion de carrière claire pour les RHS. Les lacunes sont nombreuses : la progression de carrière par montée en grade a cessé d'être routinière depuis des décennies, tout comme l'évaluation (cotation) du personnel ; une politique de formation continue n'existe que de nom ; et les dispositions du régime disciplinaire sont rarement appliquées. Les sections suivantes abordent chacun de ces points, avant de se pencher sur la question du redéploiement du personnel et de la retraite.

4.1 Évaluation et promotion du personnel

Dans le secteur de la santé, deux types de carrières coexistent : les carrières planes (sans montée en grade) qui concernent principalement certaines professions telles que les enseignants, les chauffeurs, les gardiens, etc. qui, par la nature de leur profession, exercent en permanence les mêmes fonctions, et les carrières hiérarchiques (avec montée en grade), qui concernent les autres RHS (les prestataires de soins de santé, y compris les médecins et les infirmiers), ainsi que des administratifs de haut rang tels que les AG. Toutefois, dans les établissements de santé, même s'il existe des équivalences entre la nomenclature des grades de la fonction publique et celle du secteur de la santé, la carrière des prestataires de soins peut être considérée de facto comme plate, étant donné que la nature de leurs fonctions ne change pas.

Les dispositions relatives à l'évaluation du personnel (cotation) et à la montée en grade sont énoncées dans une ordonnance présidentielle de 1982⁷³, ainsi que dans le Statut Général de la Fonction Publique de 2016, qui stipule que la cotation est obligatoire et effectuée annuellement par les autorités hiérarchiques afin d'informer l'administration sur l'intégrité, le sens social, la compétence et la conscience professionnelle de l'employé. La progression de carrière par montée en grade est codifiée à l'article 72 du Statut Général, conditionnant la progression à 1) avoir au moins 3 ans d'ancienneté dans le grade immédiatement inférieur au grade de promotion ; 2) avoir obtenu au moins la mention « très bon » lors des trois dernières cotations ; 3) avoir participé avec succès à un examen organisé pour la promotion d'une catégorie à une autre (à l'exception des personnels de catégorie A, de Secrétaire Général à directeur). Le même décret reconnaît également une augmentation annuelle de traitement, à l'exception de ceux qui ont obtenu une faible note lors des dernières évaluations (« assez bien » ou « médiocre »).

Cependant, ces dispositions en matière de gestion de la carrière ne sont pas appliquées. Plusieurs raisons sous-tendent leur obsolescence, dont deux ressortent au premier plan. Tout d'abord, compte tenu des

⁷³ Ordonnance 82-032 du 19 mars 1982 portant règlement d'administration relatif à la cotation et à l'avancement de grade du personnel de carrière des services publics de l'État.

difficultés qui caractérisent la gestion des RHS, il est évident que les cotations ont une valeur limitée : « comment évaluer un agent qui n'est pas payé ? »⁷⁴. Deuxièmement, l'abandon de la cotation du personnel est également dû à son inutilité perçue, dans la mesure où elle n'a pas d'effet aujourd'hui sur la progression de la carrière (montée en grade) et ne se traduit pas par des augmentations de traitement. L'absence d'évaluation du personnel, et la non-application des dispositions réglementaires, est un facteur de démotivation des RHS et ouvre la voie au laxisme dans la GRH au sein du secteur de la santé.

La progression de la carrière et la promotion dans le secteur de la santé a longtemps été inefficace, avec comme cause supplémentaire l'absence d'une politique de progression et de promotion de grade de la part du Ministère de la Fonction Publique, qui a longtemps considéré la santé comme un secteur constitué de carrières planes. Ce n'est que récemment, en réponse aux demandes des syndicats, qu'il a été décidé d'augmenter le grade de certaines RHS (avec des promotions de médecins en 2022/2023). La conséquence, déjà évoquée plus haut, est que la plupart des RHS, à même niveau d'éducation et d'expérience que les RHS d'autres secteurs, ont des grades beaucoup plus bas et, par conséquent, ne sont pas payés en conséquence tout en ayant une base de calcul de la pension de retraite bien plus basse, tandis que beaucoup sont également condamnés à prendre leur retraite avec le même grade et à la même fonction auxquelles ils ont été recrutés. Comme le déplore un responsable d'une représentation provinciale de l'Ordre national des médecins :

« Nous depuis qu'on a fini avec vous à l'université, on est toujours interne, y avait même pas les avancements en grade malgré les multiples sollicitations, revendications, même ceux qui viennent après dix ans, dix après vous ce sont les internes et d'ici là quand on atteint soixante-cinq ans, on peut même être retraité sans atteindre le dernier grade qu'on pouvait avoir donc la gestion a été vraiment calamiteuse »⁷⁵

4.2 La formation continue

L'amélioration des compétences des RHS par le biais de la formation continue est un aspect important de la gestion des carrières afin de garantir la fourniture de services de qualité actualisés et conformes aux normes. Face aux préoccupations croissantes concernant la baisse de la qualité des soins, le Ministère de la Santé a tenté de formaliser la formation continue en introduisant un cadre juridique et en créant une Direction de la formation continue, qui a organisé des cours de formation thématiques dans le cadre de programmes spécifiques. Cependant, en raison d'un manque de fonds, seul un petit nombre de provinces ont été impliquées dans ces réformes⁷⁶, et peu de progrès ont été réalisés sur ce front⁷⁷.

Si de nombreux répondants ont signalé que des formations sont financées par les PTF, celles-ci sont souvent considérées comme configurées en fonction de besoins et d'agendas qui ne sont pas

⁷⁴ Entretien, AG d'une zone de santé dans la province de Kwilu, mai 2023.

⁷⁵ Entretien, représentant de l'Ordre national des médecins dans l'une des provinces visitées, mai 2023.

⁷⁶ Brunner, B. et al. (2018), Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo. Bethesda, MD : Abt Associates Inc, p. 69. Un problème supplémentaire est la nature très fragmentaire de l'information sur la formation continue, comme le montrent les différentes éditions des Annuaire nationaux des RHS.

⁷⁷ RDC/Ministère de la Santé Publique, 2018, *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa, p. 28.

nécessairement ceux attendus par les RHS. Ces formations semblent ne concerner que certaines catégories, en particulier les médecins et les infirmiers superviseurs, tandis que de nombreuses personnes ont souligné que les raisons qui sous-tendent la participation aux formations sont souvent d'ordre pécuniaire (la sélection des participants étant soumise au clientélisme et au favoritisme) : « *Le renforcement des capacités ne se fait pas sentir parce que la majorité de participants vont à ces réunions pour d'autres objectifs que d'acquérir des connaissances nouvelles. D'ailleurs dans beaucoup de cas, le profil des participants n'est pas respecté pour la désignation des participants* »⁷⁸. Dans l'ensemble, la formation continue reste fortement dépendante du financement des PTF, ce qui représente probablement des flux financiers et des dépenses importants (bien qu'il soit impossible de les quantifier en raison de la nature fragmentaire des données).

4.3 Le régime disciplinaire

Tout manquement aux devoirs d'un agent peut faire l'objet de sanctions allant du blâme à la révocation pure et simple. Le chapitre I de l'Ordonnance 82-031 du 19 mars 1982 portant règlement administratif relatif au régime disciplinaire, aux voies de recours et au droit d'appel du personnel de carrière des services publics de l'Etat comprend des dispositions relatives à la procédure et aux sanctions en cas de manquements. Cependant, la plupart des personnes interrogées et des autorités administratives reconnaissent la non-application de ces dispositions. Parmi les causes les plus fréquemment invoquées, il y a la politisation du secteur de la santé, où de nombreux agents bénéficient d'une couverture politique (branchements ou parapluies) qui les met à l'abri des sanctions ; le tribalisme pèse aussi lourdement sur la non-application des clauses disciplinaires. Enfin, le fait que les autorités chargées de prononcer les sanctions ne maîtrisent pas les procédures et les contrôlent peu sont également des facteurs qui conduisent à la non-application des mesures disciplinaires (tandis que les disparités entre les grades et les fonctions compliquent la capacité des autorités hiérarchiques à sanctionner des fonctionnaires qui peuvent être d'un grade supérieur).

4.4 Le défi du redéploiement

Les difficultés liées au (re)déploiement du personnel de santé pour remédier aux déséquilibres existants qui sous-tendent la « désertification médicale » des zones rurales ont été évoquées plus haut. Tout d'abord, compte tenu de la pauvreté qui caractérise les zones rurales et de l'impasse générale en matière de développement qui affecte l'arrière-pays, les récompenses financières sont rares : il est courant que la rémunération basée sur les recettes des FOSA (la prime locale) soit très modeste ; en outre, les perspectives de travail simultané dans des établissements de soins de santé privés (cumul ou extra muros) sont minces. De même, l'État ne soutient plus financièrement depuis longtemps l'installation des agents de santé en province ou en milieu rural (frais d'installation). Enfin, ces difficultés sont aggravées par l'insécurité galopante (dans certaines provinces comme les Kivus), le manque d'infrastructures (qualité des routes, absence de logements adéquats) et l'inadéquation des conditions de vie (accès aux services, à l'eau, à l'électricité, aux réseaux de télécommunication, à l'école).

⁷⁸ Interview, agent d'une DPS dans l'une des provinces visitées, mai 2023.

En outre, pour les raisons explorées dans le chapitre 3 traitant des rémunérations des RHS, la possibilité et la probabilité pour les agents de santé ruraux de percevoir leur rémunération publique (salaire ou prime de risque professionnel) sont bien plus faibles, et les agents de santé des villes et des zones urbaines semblent systématiquement favorisés dans les procédures d'intégration dans le fichier de la paie (mécanisation). En résumé, sur la base de données tirées de diverses sources (y compris des recherches antérieures⁷⁹), en raison de la complexité du processus de gestion de la paie, les agents de santé bien positionnés (en termes de capital relationnel/financier et de connexions politiques) sont bien mieux placés pour accéder à leurs rémunérations. Pour les agents de santé en province ou travaillant dans des zones rurales éloignées – en particulier ceux qui n'ont pas de ressources financières, matérielles et relationnelles, ni les moyens de financer un voyage à Kinshasa pour négocier et faire le suivi de leur dossier (une étape souvent nécessaire) – cela signifie qu'ils restent impayés :

« Bon, les jeunes ne veulent pas aller là-bas parce qu'ils cherchent à avoir la prime de risque et le salaire ; si on est dans les oubliettes à l'intérieur du pays là-bas ou de la province, personne ne vous voit, vous n'êtes pas au contact avec le député, avec les politiciens, qui va aller plaider pour vous, pour avoir la petite prime là ? »⁸⁰

En outre, les interférences politiques dans les affectations peuvent également jouer contre le redéploiement, dans la mesure où les recommandations politiques peuvent souvent aller à l'encontre des tentatives périodiques de redéploiement du personnel par les responsables des ressources humaines. En effet, il y a eu des initiatives timides pour effectuer de tels redéploiements, comme dans la province du Nord Ubangi, avec des résultats mitigés, en grande partie en raison de la résistance des agents de santé qui font tout ce qui est en leur pouvoir, y compris la recherche d'un soutien politique, pour éviter une affectation en milieu rural⁸¹. Cela souligne l'importance de développer une politique d'immatriculation et de mécanisation qui prenne en compte et corrige ces inégalités, et qui donne la priorité à la lutte contre la désertification médicale des zones rurales, en se basant sur le respect d'un ensemble de conditions minimales pour rendre le redéploiement acceptable pour le personnel nommé en milieu rural.

4.5 La dimension genre dans la gestion des carrières

Quelques remarques s'imposent également sur la dimension de genre dans la gestion des carrières (notre analyse détaillée de cette question figure à l'annexe 7). Tout d'abord, les femmes ont tendance à être sous-représentées dans les postes de responsabilité – dans toute l'administration publique, et le secteur de la santé ne fait pas exception – ce qui met en évidence leur marginalisation dans les nominations à des fonctions supérieures. Deuxièmement, il existe des allégations concordantes et amplement rapportées – dans nos entretiens avec des hauts fonctionnaires féminins et dans nos groupes de discussion avec les IT

⁷⁹ Voir Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo*, Rapport Final, Kinshasa : ministère de la Santé publique et Banque mondiale, pp. 32-33 ; également, Moshonas, S. (2019). The political economy of human resource and payroll management in the Democratic Republic of Congo. London, ODI, Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC) Working Paper 71; et Moshonas, S., De Herdt, T., Titeca, K. et Balungwe Shamavu, P., (2022), Bureaucratic fragmentation by design ? The case of payroll management in the Democratic Republic of Congo, *African Affairs*, 121(485), 509-534.

⁸⁰ Entretien, professeur dans une institution de formation au Kwilu, avril 2023.

⁸¹ Entretien, autorité politique de la province du Nord Ubangi, mai 2023 ; et entretien avec un responsable des ressources humaines de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

des centres de santé de Kinshasa – de discrimination sexuelle dans les processus de recrutement/affectation, ainsi que dans le processus d'intégration dans le fichier de la paie (mécanisation), en particulier en termes d'harcèlement et d'exploitation sexuelle ; tandis que le harcèlement sur le lieu de travail est également un phénomène courant, souvent passé sous silence par crainte de représailles ou de répercussions sur la carrière. Les procédures formelles en place (point focal genre au Ministère de la Santé et dans les programmes spécialisés) n'en sont qu'à leurs débuts et leur efficacité n'est pas évidente. Comme le souligne l'annexe 7, un ensemble complexe de raisons – héritage historique, attitudes sociales, patriarchie ambiante et tendance à la relégation des femmes dans la sphère du travail reproductif – circonscrit et limite la pleine participation des femmes dans le secteur de la santé.

4.6 Mise à la retraite

L'article 80 de la loi n° 16/013 du 15 juillet 2016 portant statut général des fonctionnaires de carrière – dont relève le personnel de santé – stipule que les fonctionnaires ayant atteint l'âge de soixante-cinq ans ou ayant accompli une longue carrière de trente-cinq ans sont admis à la retraite. La même loi confie la gestion des contributions de sécurité sociale à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'État (CNSSAP) pour ce personnel, sur la base d'un régime contributif qui voit les fonctionnaires cotiser pour leur pension par des prélèvements sur leurs salaires (auxquels l'État ajoute un pourcentage).

Cependant, le processus de mise à la retraite - qui devrait être une opération régulière et routinière – s'est arrêté depuis la fin des années 1980 en raison de l'absence de financements. Une étude a estimé que le personnel éligible à la retraite dans les grands hôpitaux des zones urbaines peut représenter jusqu'à 34 % des effectifs⁸², bien que les estimations globales pour l'ensemble du personnel de santé situent ce chiffre à 10 % du secteur⁸³. La présence d'un grand nombre de personnes ayant dépassé l'âge de la retraite représente une source majeure d'inefficacité : les agents de santé qui ont dépassé l'âge de la retraite ou qui sont trop âgés pour travailler ont généralement de meilleures chances de percevoir un salaire de base et une prime de risque, dans la mesure où une proportion importante d'entre eux sont immatriculés et mécanisés, alors même qu'un grand nombre d'agents de santé plus jeunes – qui sont des Nouvelles Unités – ne sont pas immatriculés et ne perçoivent pas de rémunération de l'État⁸⁴.

Un autre goulot d'étranglement majeur réside dans le fait que, selon la législation en vigueur, les pensions sont calculées exclusivement en fonction du salaire de base, à l'exclusion des primes ; or, la prime de risque professionnel constitue l'essentiel de la rémunération de nombreuses catégories de personnel, ce qui rend la perspective de la retraite peu attrayante ou équivaut à une condamnation (« la retraite = la mort », selon une formule souvent utilisée). Il s'agit là d'un point de blocage important : étant donné que les RHS dépendent statutairement du Statut Général de la Fonction Publique et que le salaire de base est harmonisé pour tous les fonctionnaires (y compris les agents de santé), le salaire de base des RHS ne peut pas être augmenté sans que cela ait des répercussions sur le reste des fonctionnaires. Une possibilité serait d'introduire un Statut Spécifique pour toutes les RHS (sur le modèle de celui des médecins de 2006), afin de détacher les travailleurs de la santé de la grille salariale de la Fonction Publique, et d'obtenir une

⁸² Verhaghe, J., 2018, *Pratiques de financement et de gestion financière des hôpitaux publics en RDC. Constats et pistes d'amélioration*, Unpublished report, Kinshasa, August 2018, pp. 11-12.

⁸³ Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo*, Rapport Final, Kinshasa : ministère de la Santé publique et Banque mondiale, p. 50 ; RDC/Ministère de la Santé, 2019, *Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) 2019-2022*, Kinshasa : Ministère de la Santé, pp. 34-35.

⁸⁴ EACP 2016, *Pay Reform in the Health Sector*, (DFID-Integrity-Atos, rapport non-publié), p. 44.

plus grande autonomie dans l'ajustement du salaire de base et de la prime sectorielle (un précédent créé par le statut juridique du personnel du Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire, qui est négocié directement avec le Ministère du Budget, et dont les dispositions en matière de retraite prennent en compte les primes).

Il convient de noter que ces dernières années, des efforts renouvelés ont été entrepris pour résoudre la question de la retraite : dans le cadre de la réforme de l'administration publique lancée par le gouvernement, avec l'appui de la Banque mondiale, un fonds de pension (la CNSSAP) a été créé en 2015 (qui prélève des cotisations sur les salaires des fonctionnaires actifs, y compris les agents de santé relevant du statut général, avec un apport supplémentaire du Trésor public), et à l'automne 2017, 923 fonctionnaires des cinq ministères prioritaires (Ministères de la Fonction publique, du Budget, des Finances, du Plan et du Portefeuille) ciblés par la réforme de l'administration publique ont été mis à la retraite, avec l'appui d'un financement de la Banque mondiale⁸⁵. Bien qu'une deuxième vague de 377 retraités des trois régies financières (Direction Générale des Impôts/DGI, Direction Générale des Douanes et Accises/DGDA, et Direction Générale des Recettes Administratives, Judiciaires, Domaniales et de Participations/DGRAD) ait été identifiée, le processus s'est enlisé en raison de désaccords sur les questions d'équité entourant l'ampleur des allocations de fin de carrière entre les différentes vagues⁸⁶.

Des efforts supplémentaires pour la mise à la retraite des agents de santé dans les provinces couvertes par le Projet de Développement du Système de Santé (PDSS) de la Banque mondiale, malgré l'identification biométrique des retraités éligibles avec l'appui du Ministère de la Fonction Publique, ont donné des résultats limités. Cependant, depuis la clôture du projet de réforme de l'administration publique financé par la Banque mondiale fin 2021, le gouvernement a poursuivi le processus de mise à la retraite avec ses propres moyens, avec plusieurs milliers de fonctionnaires supplémentaires mis à la retraite en 2022-2023 (dont 880 agents du secteur de la santé en 2022⁸⁷), dont les pensions sont prises en charge par la CNSSAP⁸⁸.

Il convient de noter que le gouvernement s'efforce actuellement de moderniser le régime de sécurité sociale du personnel de l'État⁸⁹. Le Ministère de la Fonction Publique a notamment lancé la mise en œuvre d'un régime complémentaire de retraite par capitalisation, qui vise à intégrer les primes permanentes dans les éléments de cotisations sociales – y compris la prime de risque professionnel du secteur de la santé – avec 4 % conservés et versés des comptes individuels pour chaque agent public par la CNSSAP, afin de les fructifier, dans le but de contribuer davantage à des pensions décentes⁹⁰. Bien qu'il s'agisse

⁸⁵ See Moshonas, S. & De Herdt, T., (2018), The challenge of retirement in the Congolese administration, at <https://securelivelihoods.org/the-challenge-of-retirement-in-the-congolese-administration/>.

⁸⁶ Moshonas S. and Baharanyi, S. 2020, 'Enjeux et défis de la réforme de l'administration publique en RD Congo', *Congo-Afrique* 545 (2020), pp. 414–428.

⁸⁷ Présentation par la Direction des Ressources Humaines du ministère de la Santé à l'atelier consultatif pour l'étude sur les RHS en RDC, Kinshasa, février 2023.

⁸⁸ 7sur7.cd, 01.02.2023, <https://7sur7.cd/2023/02/01/fonction-publique-plus-de-6300-agents-et-fonctionnaires-dont-24-secretaires-generaux-mis>

⁸⁹ Une loi instituant le régime spécial de sécurité sociale des agents publics de l'Etat a été promulguée en juillet 2022, la Loi n°22/031 du 15 juillet 2022 portant régime spécial de sécurité sociale des agents publics de l'Etat, étendant le régime contributif des pensions à toutes les catégories de personnel de l'Etat (au-delà des fonctionnaires relevant du champ d'application du statut général de la fonction publique).

⁹⁰ Voir <https://fonctionpublique.gouv.cd/eclairage-sur-limportance-du-regime-complementaire-de-securite-sociale-pour-la-branche-des-pensions/>.

d'une étape bienvenue vers la révision des pensions à la hausse, une opération de retraite à grande échelle (qui implique également des allocations de fin de carrière et des frais de rapatriement) nécessite des moyens financiers substantiels, dans un contexte où l'espace budgétaire est limité.

4.7 Conclusion et recommandations pour la gestion des carrières

Une fois de plus, les recommandations proposées ici ne sont pas des propositions indépendantes, mais sont conditionnées par celles du chapitre 2 sur la maîtrise des effectifs. En fait, toutes les recommandations énumérées ici dépendent de la mise en place d'une base de données actualisée et fiable sur les RHS, qui est une condition préalable essentielle. Sans la constitution d'une telle base de données, les dispositions relatives à la gestion des carrières, telles que la cotation et la promotion du personnel, la mise en œuvre d'un plan de formation continue et l'intensification du processus de retraite, risquent de rester hors de portée. C'est pourquoi les recommandations suivantes doivent être considérées comme des mesures secondaires à moyen et long terme.

Recommandations-clé

À moyen terme (une fois que la base de données sera opérationnelle)

1. Développer un plan de redéploiement du personnel pléthorique vers les zones et structures de santé en sous-effectif. Ce plan requiert une étude sur les conditions de redéploiement à mettre en place, surtout pour les transferts en zones rurales.

2. Développer un plan équitable de la mise à la retraite des agents retraitables qui établit ses propres critères d'équité. Le personnel éligible à la retraite représentant environ 10 % du personnel de santé, l'extension du processus de retraite est une étape nécessaire pour alléger les établissements de santé du personnel excédentaire et résoudre la situation d'entrée ouverte et de sortie bloquée qui caractérise le système de santé. L'identification du personnel éligible sera facilitée par la constitution de la base de données des RHS. Le ministère de la Fonction Publique – responsable du processus de retraite – sera associé à l'identification du personnel éligible, en vérifiant l'exactitude des données relatives au personnel. Les PTF pourraient jouer un rôle dans le financement partiel d'un plan de retraite, mais les allocations devraient être associées à des contributions du gouvernement afin de démontrer l'engagement à s'attaquer au problème.

À envisager à plus long terme (lorsque la base de données sera opérationnelle)

3. Appliquer les dispositions légales relatives à la gestion des carrières. L'évaluation (cotation) et la promotion du personnel sont essentielles pour évaluer l'assiduité et l'efficacité du travail. Cette responsabilité incombe au ministère de la Santé et au ministère de la Fonction Publique. Idéalement, l'application des dispositions existantes – décrites dans la législation pertinente telle que le Statut Général – sera liée à la base de données des ressources humaines, afin de permettre un suivi en temps réel des performances. Le rétablissement et les corrections des grades du personnel, essentiels à la progression de la carrière (y compris pour garantir que les rémunérations reflètent les grades actuels) nécessiteront une évaluation fréquente, en tenant compte de la cotation du personnel, et peuvent servir de catalyseur pour restaurer la motivation.

5. Conclusions et résumé des recommandations

Ce dernier chapitre vise à résumer les recommandations-clés et le plan d'action prioritaire qui en découle, ainsi qu'à fournir quelques commentaires sur la stratégie de réforme envisagée. Toutefois, avant d'aborder ces points, il convient de réfléchir brièvement au contexte international et régional plus large des réformes liées aux RHS, vu que les problèmes rencontrés en RDC sont présents dans d'autres pays en développement et/ou en contexte de FCV, et à la manière dont d'autres pays ont tenté de résoudre les problèmes affectant leur personnel de santé. Les paragraphes qui suivent sont donc consacrés à deux questions clés : le problème de la répartition déséquilibrée du personnel de santé et la question de la pratique du double emploi public-privé (cumul ou extra muros).

5.1 Les réformes des RHS dans une perspective internationale et régionale

De nombreux problèmes qui affectent les ressources humaines en RDC ne sont pas spécifiques au pays mais sont similaires dans la région⁹¹. C'est notamment le cas de la répartition inégale des agents de santé, y compris les déficits de RHS dans les zones rurales⁹². Presque tous les pays sont confrontés à d'importants déficits dans les zones rurales et à une répartition inéquitable des travailleurs de la santé⁹³. En Afrique de l'Ouest et au Sahel⁹⁴, les agents de santé essaient généralement d'éviter les affectations « en brousse »⁹⁵. La désertification administrative des zones rurales est courante en Afrique subsaharienne et au-delà⁹⁶. En général, les pénuries de personnel ont tendance à affecter de manière disproportionnée les établissements de santé situés au niveau le plus bas de la pyramide sanitaire et les zones les plus pauvres des pays en développement⁹⁷. Cette question préoccupante – particulièrement critique dans les pays

⁹¹ Nembot, M., 2000. *Le glas de la fonction publique dans les Etats d'Afrique francophone. Essai sur la signification d'une institution en quête de légitimité*. Paris: L'Harmattan.

⁹² Dussault, G., Franceschini, M.C., 2006, Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce, *Human Resources for Health* 4, 12.

⁹³ Senkubuge, F., Modisenyane, M. et Bishaw, T., 2014. Strengthening health systems by health sector reforms, *Global Health Action*, 7(1); Ahmat A, Okoroafor SC, Kazanga I, et al. 2022, The health workforce status in the WHO African Region : findings of a cross-sectional study, *MJ Global Health* 2022;7:e008317.

⁹⁴ Olivier de Sardan, J.-P., Ali Bako, M.T. & Harouna, A. (2018) Les normes pratiques en vigueur dans les secteurs de l'éducation et la santé au Niger. Une base pour des réformes ancrées dans les réalités ? *Études et Travaux du LASDEL* no 127, pp. 28-29.

⁹⁵ Olivier de Sardan, J.-P., 2021, *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*, Paris : Éditions Karthala, pp. 171-172.

⁹⁶ Schaaf, M., & Freedman, L. P., 2015. Unmasking the open secret of posting and transfer practices in the health sector, *Health policy and planning*, 30(1), 121-130; Sheikh K., Freedman L., Ghaffar A., Marchal B., el-Jardali F., McCaffery J., Olivier de Sardan J.-P., dal Poz Mario, F. Walter, Garimella S., Schaaf M., 2015, Posting and transfer: key to fostering trust in government health services. *Human Resources for Health*, 13(1), 1-4 ; Belaid, L., Dagenais, C., Moha, M., & Ridde, V. 2017, Understanding the factors affecting the attraction and retention of health professionals in rural and remote areas : a mixed-method study in Niger, *Human Resources for Health*, 15 (1) ; Adeloye, D., David, R.A., Olaogun, A.A. et al. 2017, Health workforce and governance : the crisis in Nigeria, *Human Resources for Health*, 15, 32 ; Lemièrre, C., Herbst, C. H., Dolea, C., Zurn, P., & Soucat, A. (2013). Rural-Urban Imbalance of health workers in sub-Saharan Africa, in Soucat, A. et al. (eds.) *The Labor Market for Health Workers in Africa: A new look at the crisis*, Washington: Banque mondiale, pp. 147-168.

⁹⁷ Willcox, M.L., Peersman, W., Daou, P. et al, 2015, Human resources for primary health care in sub-Saharan Africa: progress or stagnation, *Human Resources for Health* 13, 76.

connaissant des crises de RHS⁹⁸ – est aggravée par une production inadéquate (en quantité et en qualité), une capacité d'emploi limitée et un déploiement et une rétention inefficaces des travailleurs de la santé existants⁹⁹. Malgré une meilleure compréhension globale des graves pénuries actuelles de personnel de santé et de leur répartition déséquilibrée, peu de progrès ont été réalisés pour améliorer la couverture en personnel de santé dans la région Afrique¹⁰⁰. Seuls quelques pays ont été en mesure d'adresser ce problème de manière systémique et globale (Brésil, Cuba, Iran, Thaïlande). Les interventions menées ailleurs ont donné des résultats décevants¹⁰¹. Les conditions clés de la réforme des RHS – au-delà d'un minimum de capacité administrative et de bonne gouvernance – montrent généralement le besoin critique d'une volonté politique combinée à un engagement à long terme pour développer les RHS (par exemple, le déploiement de dizaines de milliers de « *health extension workers* » en Éthiopie a permis d'améliorer l'accès et d'augmenter considérablement les taux de vaccination)¹⁰².

Un certain nombre de pays ont expérimenté avec des réformes visant à remédier à la répartition des travailleurs de la santé dans les zones rurales et reculées en recourant à un ensemble d'incitations financières et non financières¹⁰³ qui comprenaient des indemnités pour le logement, le transport, la pénibilité et l'éducation¹⁰⁴, ainsi que des services nationaux obligatoires et des arrangements contractuels¹⁰⁵. En Zambie, le ministère de la santé a mis en place un programme de rétention (en 2003) qui a permis d'augmenter les salaires des travailleurs de la santé en milieu rural et d'améliorer les conditions de travail des médecins et des autres travailleurs de la santé. Ce programme a connu un certain succès initial, mais malgré des gains significatifs en matière d'inscription aux formations, de rétention, d'obtention de diplômes et d'entrée dans le secteur public, la Zambie n'a pas été en mesure de remédier à la pénurie de ressources humaines¹⁰⁶. De plus, une évaluation systématique des stratégies différentes visant à remédier à la répartition des ressources humaines n'a pas encore été réalisée¹⁰⁷.

⁹⁸ En 2006, l'OMS considérait que 36 États de la région africaine étaient des pays connaissant une crise de RHS ; Fieno, J.V., Dambisya, Y.M., George, G. et al. 2016, A political economy analysis of human resources for health (HRH) in Africa, *Human Resources for Health* 14, 44.

⁹⁹ Ahmat A, Okoroafo SC, Kazanga I, et al. 2022, The health workforce status in the WHO African Region: findings of a cross-sectional study, *MJ Global Health* 2022;7: e008317.

¹⁰⁰ Fieno, J.V., Dambisya, Y.M., George, G. et al, 2016, A political economy analysis of human resources for health (HRH) in Africa, *Human Resources for Health* 14, 44.

¹⁰¹ Dussault, G., Franceschini, M.C., 2006, Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce, *Human Resources for Health* 4, 12.

¹⁰² Dayrit, M., Dolea, C. & Dreesch, N. (2011) Addressing the HRH crisis in countries: How far have we gone? What can we expect to achieve by 2015? *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 2011; 28(2): 327-336.

¹⁰³ Bärnighausen T, Bloom DE. (2009) Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res.*; 17:1-17; Background Paper on the Future of Medical Work in Southern Africa: A Review of the Literature, Washington DC: Banque mondiale.

¹⁰⁴ Senkubuge, F., Modisenyane, M. et Bishaw, T., 2014. Strengthening health systems by health sector reforms, *Global Health Action*, 7(1).

¹⁰⁵ Adano U. (2008) The health worker recruitment and deployment process in Kenya: an emergency hiring program. *Human Resources for Health*. 3:1-3; Zurn P, Codjia L, Sall L, Braichet J. (2010) Lessons from the How to recruit and retain health workers in underserved areas: the Senegalese experience. *Bull World Health Organ*. 88: 386-9.

¹⁰⁶ Gow J, George G, Mwamba S., 2011, Health worker shortages in Zambia: An assessment of government responses, *Journal of public health policy*, 32, 476-488; Dovlo, D. 2005 Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries, *Human Resources for Health* 3, 6.

¹⁰⁷ Witter S, Hamza MM, Alazemi N, Alluhidan M, Alghaith T, Herbst CH. (2020) Human resources for health interventions in high- and middle-income countries: findings of an evidence review. *Human Resources for Health*, 18(1), 43

La mauvaise gestion globale des ressources humaines en Afrique subsaharienne (y compris le double emploi mal ou non réglementé)¹⁰⁸ aggrave la distribution inadéquate des ressources humaines. Le double emploi (c'est-à-dire le fait que des agents de santé publics travaillent parallèlement dans le secteur privé) est courante dans les systèmes de santé mixtes, avec des effets positifs et négatifs. Dans les pays à faibles et moyens revenus, les effets négatifs semblent prévaloir. Le double emploi peut (i) accroître le déficit en ressources humaines tout en aggravant les bas salaires et les mauvaises conditions de travail ; et (ii) créer des conflits d'intérêts lorsque les agents de santé fournissent des soins sous-optimaux qui poussent les patients vers le secteur privé. Le double emploi peut aggraver le manquement aux obligations du secteur public, exacerber le problème de la sortie (illégale et dissimulée) de ressources (moyens de transport, médicaments, personnel, fonds) du secteur public vers le secteur privé, peut conduire au détournement et au transfert des patients vers des lieux de travail privés, peut stimuler la prescription de services inutiles à des fins de profit privé et entraîner un gaspillage important des ressources publiques¹⁰⁹ – en bref, réduire la qualité des soins dans le secteur public¹¹⁰.

Peu de recherches sont actuellement disponibles sur la manière de lutter contre le double emploi. Les stratégies peuvent inclure *l'inaction*, une *interdiction totale* ou une *réglementation appliquée*¹¹¹. La plupart des gouvernements s'appuient sur les deux premières. Une stratégie prometteuse est l'implication de la société civile¹¹². Dans les pays à faible revenu (avec des contraintes budgétaires pour rémunérer les travailleurs de la santé, des marchés de la santé moins développés, une capacité réglementaire limitée et des frontières poreuses entre les secteurs public et privé), les interdictions ou les limitations strictes sont rarement appliquées. Si elles le sont, elles peuvent avoir des effets négatifs tels que la fuite des cerveaux chez les médecins, la croissance du secteur informel de la santé et l'augmentation des paiements informels¹¹³.

Les résultats fondés sur des données probantes sont rares¹¹⁴ et les lacunes en matière de connaissances sur le double emploi sont considérables¹¹⁵. Les auteurs soulignent l'importance de l'analyse des contextes.

¹⁰⁸ Dovlo, D. 2005 Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries, *Human Resources for Health* 3, 6.

¹⁰⁹ Au Nigéria, une étude a montré que le double emploi conduisait le gouvernement à verser des salaires aux agents de santé pour un volume important de travail qui n'était pas effectué dans le secteur public, ce qui avait un impact financier global négatif. Eze, B., Jones, M. et Kyaruzi, I., 2023, Estimating the Monetary Value of Hours Lost to the Nigerian Public Healthcare System When Full-Time Government Employee Doctors Engage in Dual Practice, *Health*, 15, 215-238.

¹¹⁰ González, C. & Cuadrado, C. (2019) Interventions to reduce the impact of dual practice in the public health sector, *Medwave* 2019;19(5):e7643 ; Moghri J, Rashidian A, Arab M, Akbari Sari A., 2017, Implications of Dual Practice among Health Workers : A Systematic Review, *Iran J Public Health*, 2017 Feb;46(2) : 153-164 ; McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J., 2016, Implications of dual practice for universal health coverage , *Bull World Health Organ*, 2016 Feb 1;94(2) : 142-146.

¹¹¹ McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J., 2016, Implications of dual practice for universal health coverage, *Bull World Health Organ*, 2016 Feb 1;94(2): 142-146; García-Prado, A., & Gonzalez, P. (2007). Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector, *Health Policy*, 84(2-3), 142-152.

¹¹² McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J., 2016, Implications of dual practice for universal health coverage, *Bull World Health Organ*, 2016 Feb 1;94(2): 142-146.

¹¹³ Jan, S. et al, 2005, "Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution", *Bull World Health Organ*, 2005;83: 771-776.

¹¹⁴ González, C. & Cuadrado, C. (2019) I) Interventions to reduce the impact of dual practice in the public health sector, *Medwave* 2019;19(5): e7643.

¹¹⁵ García-Prado, A. et Gonzalez, P. (2007). Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector, *Health Policy*, 84(2-3), 142-152.

Les systèmes de santé, les ressources humaines et les marchés du travail¹¹⁶ sont spécifiques à chaque pays et la manière dont ils sont interconnectés diffère¹¹⁷. La faiblesse générale des capacités administratives et de planification en RDC (tout comme dans d'autres États FCV, tels que l'Afrique sahélienne¹¹⁸) peut susciter des doutes quant à la duplication et à la pertinence de ce qui a fonctionné ailleurs.

5.2 Stratégie de réforme et recommandations

En termes de recommandations, les suggestions et propositions qui suivent sont fondées sur la conviction qu'une longue liste exhaustive adressant toutes les questions à traiter est à la fois contre-productive et prématurée ; nous nous concentrons donc sur ce que nous considérons comme les conditions préalables essentielles à la résolution des questions les plus pressantes, dont le point clé est la constitution d'une base de données sur les RHS. En effet, sans connaître avec exactitude les effectifs précis, leurs caractéristiques, ainsi que leur répartition spatiale et professionnelle, la plupart des autres préoccupations restent hors de portée. L'établissement d'une base de données fiable et actualisée sur les RHS est une condition sine qua non pour la résolution des problèmes en suspens – sans la mise en œuvre de l'ensemble des recommandations décrites au chapitre 2, de nombreuses autres interventions énumérées sont impossibles à réaliser : l'identification des besoins en RHS dans les différentes catégories professionnelles et dans l'espace dépend de données précises sur le personnel des RHS, et il en va de même pour le rétablissement de l'ordre au sein du fichier de la paie des RHS et la rationalisation des rémunérations, ou pour les dispositions relatives à la gestion des carrières. Les recommandations suivantes suivent donc un ordre de priorité.

Il convient également de rappeler que la constitution d'une base de données sur les RHS sera une tâche délicate, située au cœur d'une économie politique complexe avec des frictions interinstitutionnelles autour de questions de juridiction, d'intérêts particuliers et de problèmes profonds d'action collective qui ont été mis en évidence tout au long de ce rapport, y compris la question de la politisation. Par conséquent, pour susciter et cimenter l'engagement en faveur des réformes proposées ici, il est important que la stratégie de diffusion et de communication – ciblant différents publics au sein et en dehors du gouvernement – vise à fédérer le soutien autour d'un ensemble de questions fondamentales, en stimulant le consensus autour de principes de base communément acceptés, afin d'éviter que la dynamique ne s'essouffle. Cela pourrait impliquer la mise en place de pressions ascendantes basées sur un accord concernant les propositions clés – entourant la constitution d'une base de données sur les RHS et la loi organique sur les normes de dotation en RHS – afin de maintenir le leadership politique en phase avec les attentes (pour une analyse approfondie de la situation et du rôle des groupes de pression, voir la section 8 de l'annexe 15 sur l'AEP de la gestion des RHS).

¹¹⁶ Russo, G., McPake, B., Fronteira, I. & Ferrinho, P., 2014, Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities, *Health Policy and Planning*, Volume 29, Issue 6, September 2014, 774-783.

¹¹⁷ Dussault, G., Franceschini, M.C., 2006, Not enough there, too many here : understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce, *Human Resources for Health* 4, 12 ; McPake B, Russo G, Hipgrave D, Hort K, Campbell J., 2016, Implications of dual practice for universal health coverage , *Bull World Health Organ*, 2016 Feb 1;94(2) : 142-146 ; García-Prado, A., & Gonzalez, P. (2007). Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector, *Health Policy*, 84(2-3), 142-152.

¹¹⁸ Olivier de Sardan, J. P., & Ridde, V. (2015). Public policies and health systems in Sahelian Africa: theoretical context and empirical specificity. *BMC Health Services Research*, 15(3), 1-10.

Recommandations

Dans l'immédiat :

1. Mettre en place une gestion de routine des flux de RH (entrées et sorties alignées aux besoins) requiert des conditions préalables majeures. Elles sont :

- Définir et mettre en place **la structure organique** des structures sanitaires (HGR, CS/CSR, PS) et bureaux administratifs (DPS, IPS, BCZS) (maxima autorisés). Cette démarche construit sur l'existant (normes anciennes et actualisées) et adopte une approche consensuelle et documentée (qui associe les acteurs de la périphérie). Cette structure organique développe **une nomenclature identique** (fonctions) et **un format de fichier standardisé** (nombre et type d'entrées). Ce format pourrait s'inspirer des modèles de la liste déclarative et du système intégré d'information sur les ressources humaines/iHRIS.
- Procéder à **un contrôle physique** du personnel en place (en activité) repris sur les listes déclaratives. Ce contrôle se fait selon des critères préétablis par une structure indépendante pour éviter tout conflit d'intérêt et assurer un processus administratif transparent.
- Actualiser **la carte sanitaire** et établir la cartographie des structures sanitaires existantes et à prévoir. La carte sanitaire assure à toute la population l'accès équitable aux soins primaires.
- Faire des **projections démographiques** multi-annuelles qui permettent d'introduire une formule standard (WISN) et d'anticiper le poids de la charge de travail liée à la pression démographique.

2. Lancer des consultations avec les groupes de pression/parties prenantes identifiés (pour une analyse approfondie de la situation et du rôle des groupes de pression, voir section 8, annexe 15 de l'Analyse d'Économie Politique (AEP) de la gestion des RHS). Ces discussions servent à rallier les différents groupes autour du modèle de base de données sécurisée et de la manière d'approcher et de convaincre le niveau politique de sa pertinence.

À court terme

3. Emettre une Loi (à l'initiative du Chef de l'Etat et votée par le Parlement) qui établit la structure organique comme socle d'une gestion structurelle des RHS. Cette Loi pourrait s'appliquer à d'autres secteurs (EPST, etc.) et faire de ce principe soit un rappel soit une contrainte qui imposerait le respect des normes établies. Cette Loi pourrait, par ailleurs, expliciter les aspects techniques pertinents (par exemple, les conditions préalables à mettre en place, les fondamentaux de gestion à respecter, etc.) pour assurer une planification efficace des flux en personnel. Elle pourrait aussi inclure des clauses qui garantissent au personnel le droit d'opposition. Ce droit de refus administratif rappelle et clarifie qu'un agent de l'Etat (à tous les niveaux) a le droit souverain de s'opposer aux décisions administratives qui transgressent la Loi (par exemple, des commissions d'affectation non alignées aux besoins ou le remplacement d'un agent sans motif valable).

4. Une fois cette Loi adoptée, mettre en œuvre une stratégie de communication solide. Elle informe toutes les parties concernées (du haut en bas de la pyramide sanitaire) de la pertinence (et de l'urgence) de la Loi. Elle clarifie son caractère contraignant et le mode de fonctionnement de la base de données. La connaissance de la loi et de la base de données sécurisée devrait mettre fin aux pratiques abusives dans le processus de recrutement.

5. **Externaliser la gestion de la base de données en la confiant (par appel d'offre) à un organisme de renom, non-étatique et indépendant avec qui le MSP signe un contrat.** Ce dispositif mettrait fin d'office (de facto et de jure) à toute pression administrative de quelque nature qu'elle soit (politique, tribale, familiale, etc.) – laquelle est aujourd'hui identifiée comme obstacle majeur à une gestion efficace des RHS. La délégation d'un service public est autorisée par la Loi¹¹⁹. (Chapitre 7) Au MSP, de nombreux acteurs estiment qu'une délégation de gestion apparaît - dans le contexte congolais - comme la (seule) voie indiquée pour asseoir un système de RHS opérationnel et efficace.

6. **Envisager de réaliser un audit du fichier des rémunérations des RHS située dans le Système de Gestion Centralisé de la Paie des Agents et Fonctionnaires de l'État (SYGECPAF) au sein du Ministère du Budget.** Il existe des allégations crédibles que des irrégularités substantielles entourent la base de données des salaires des RHS ; à court terme – alors qu'une base de données unique des RHS est en cours de constitution – un audit du fichier des rémunérations des RHS peut contribuer à rationaliser le secteur et à limiter les abus existants, y compris la récupération des pertes liées au paiement de rémunérations indues (travailleurs fictifs) ; cette tâche devrait être réalisée avec la représentation des ministères de la santé, du budget et de la fonction publique.

7. **Une fois les besoins identifiés, élaborer :**

- **Un plan de redéploiement du personnel pléthorique** vers les zones et structures de santé en sous-effectif. Ce plan requiert une étude sur les conditions de redéploiement à mettre en place, surtout pour les transferts en zones rurales.
- **Un plan équitable de mécanisation (régularisation) et de rémunération (alignement)** du personnel non-mécanisé et non-payé. Cette équité s'applique à la répartition géographique (provinces, ZS), aux catégories professionnelles (tout le personnel de santé est traité de la même façon) et priorise le personnel redéployé et la lutte contre les déserts médicaux.
- **Un plan équitable de la mise à la retraite des agents retraits qui établit ses propres critères d'équité.** Le personnel éligible à la retraite représentant environ 10 % du personnel de santé, l'extension du processus de retraite est une étape nécessaire pour alléger les établissements de santé du personnel excédentaire et résoudre la situation d'entrée ouverte et de sortie bloquée qui caractérise le système de santé. L'identification du personnel éligible sera facilitée par la constitution de la base de données des RHS. Le ministère de la Fonction Publique – responsable du processus de retraite – sera associé à l'identification du personnel éligible, en vérifiant l'exactitude des données relatives au personnel. Les PTF pourraient jouer un rôle dans le financement partiel d'un plan de retraite, mais les allocations devraient être associées à des contributions du gouvernement afin de démontrer l'engagement à s'attaquer au problème.
- **Des plans annuels de recrutement**, désagregés par structure, zone de santé (ZS) et province. Ces plans (partagés avec l'ESU) dressent un tableau des pénuries en RH et les priorités d'action tout en respectant le souci premier de l'accès équitable aux soins pour tous.

¹¹⁹ La délégation d'un service public est autorisée par l'article 14 de la Loi Organique 16-001 (2016) fixant l'organisation et le fonctionnement des services publics du pouvoir central, des provinces et des entités territoriales décentralisées : Le gouvernement central, la province et les entités territoriales décentralisées peuvent, conformément à la loi, déléguer leurs missions à des organismes publics ou privés assimilés. Les services publics ne peuvent être délégués pour les missions régaliennes de l'Etat, notamment la justice, la sécurité et la défense.

À envisager à plus long terme (une fois la base de données opérationnelle)

8. Appliquer les dispositions légales relatives à la gestion des carrières. L'évaluation (cotation) et la promotion du personnel sont essentielles pour évaluer l'assiduité et l'efficacité du travail. Cette responsabilité incombe au ministère de la Santé et au ministère de la Fonction Publique. Idéalement, l'application des dispositions existantes – décrites dans le Statut Général – sera liée à la base de données des RH, afin de permettre un suivi en temps réel des performances. Le rétablissement et les corrections des grades du personnel, essentiels à la progression de la carrière (y compris pour garantir que les rémunérations reflètent les grades actuels) nécessiteront une évaluation fréquente, en tenant compte de la cotation du personnel, et peuvent servir de catalyseur pour restaurer la motivation.

9. Conduire des discussions internes (MSP/D6/IEM) et externes (MSP/ESU) sur la pertinence de la formation initiale. Une base de données fiable et épurée permet d'identifier les besoins à l'entrée (par province et ZS) et de planifier les flux. Ces besoins sont transmis annuellement à l'ESU. Il apparaît fondamental que l'ESU comme fournisseur des RHS soit à l'écoute des besoins du MSP. Ce dialogue technique mais de portée structurelle nécessite un débat apaisé. Il requiert la médiation du Premier ministre - sous l'égide du Chef de l'Etat - et s'inscrit dans la logique de la nouvelle Loi sur les RH. L'objectif principal est d'éviter la surproduction (car elle augmente le sous-emploi et la pression sociale) et la production non pertinente (car elle ne s'aligne pas aux besoins réels exprimés par le MSP). La mise en place d'une gestion rationnelle des RHS ne pourra se faire sans une remise en question de l'efficacité de la formation initiale. La mise en place d'un mécanisme de discussion formel au sein des deux ministères et entre eux peut s'appuyer sur les projets actuels (un cadre de concertation a été préparé depuis longtemps, mais n'a jamais été signé par les deux ministres). Il peut être complété par une série de mesures supplémentaires, telles que la création d'une **agence d'homologation/d'accréditation des établissements de formation** (avec une représentation des ministères concernés et des ordres nationaux des médecins, des infirmiers et des sage-femmes), et la réalisation **d'une évaluation de l'état actuel des nombreux établissements de formation** (IEM/ITM/ISTM/Facultés de Médecine) dont beaucoup ne respectent pas les normes minimales élémentaires.

10. Adopter un Statut Spécifique pour l'ensemble du personnel de santé (similaire à celui du personnel du Ministère de l'Enseignement Supérieur). Actuellement, le salaire de base des RHS est statutairement lié au salaire de base de la Fonction publique. Une augmentation a des implications statutaires pour l'ensemble des fonctionnaires avec un impact budgétaire substantiel. Un statut spécifique faciliterait les négociations salariales, permettrait d'inverser le rapport prime sectorielle/salaire de base et améliorerait ainsi la base de calcul des pensions. Il peut être initié et soutenu par le ministère de la Fonction publique, mais il nécessitera une forte implication et un soutien de la part des syndicats.

Addendum

Une gestion efficace et régulière des RH est au cœur d'un système de santé opérationnel. D'autres piliers d'égale importance n'ont pas été analysés mais sont étroitement liés aux RHS. Il s'agit du

- **Budget-programme (BP).** L'objectif principal d'un BP est d'améliorer la qualité des dépenses publiques et d'assurer une utilisation pertinente qui garantit des soins de santé de qualité et la santé publique universelle. Un système de RH dysfonctionnel entraîne des inégalités, un gaspillage des ressources et, en fin de compte, des soins de qualité médiocre.

- **Principe d'autonomie.** En l'absence de subventions publiques, les structures sanitaires fonctionnent de facto sur les ressources propres qu'ils gèrent eux-mêmes. Les subventions publiques de fonctionnement – allouées trimestriellement et utilisant un cadre spécifique et uniforme de gestion des finances publiques (GFP) – ont le potentiel d'augmenter substantiellement la qualité des soins. Transférées sur des comptes bancaires, ces subventions rendent la structure sanitaire entièrement responsable de leur utilisation. Les dépenses éligibles sont réglementées et peuvent permettre d'investir dans le matériel médical, de couvrir le coût de la gratuité, de remédier aux bas salaires (personnel non encore rémunéré), d'entretenir les locaux, etc. Le modèle du FBP repose sur certains de ces principes.

Annexes

Annexe 1 : Un bref historique des RHS en RDC

La situation actuelle des RHS en RDC ne peut être comprise sans tenir compte de son évolution historique, en particulier en termes d'héritage administratif ; ce chapitre a donc comme ambition de présenter une vue d'ensemble non-exhaustive, sous forme d'esquisse, reprenant les moments-clé de son histoire.

La période coloniale et l'indépendance

Lors de la création de l'État libre du Congo en 1885, le personnel médical se résumait à quelques médecins expatriés qui accompagnaient les expéditions coloniales. Au moment où le Congo devient une colonie belge, le personnel médical s'est progressivement étoffé pour atteindre 30 médecins et un pharmacien en 1908, mais l'organisation du service est restée rudimentaire. Le décret du 5 avril 1888 crée la première organisation médicale et, la même année, une importante ordonnance du gouverneur général du 22 août 1888 jette les premières bases de la lutte contre les maladies contagieuses à l'intérieur de la colonie ; la police sanitaire est alors exercée par les commissaires de district. En 1908, le Congo voit la construction, en plus des deux hôpitaux pour Européens de Boma et de Léopoldville, de plusieurs hôpitaux pour la population autochtone. En 1909 est créé le Service d'hygiène, chargé de centraliser les informations, de coordonner les efforts et d'organiser méthodiquement l'activité médicale. Un médecin-chef assure la direction, assisté d'inspecteurs médicaux. En 1920, le Service Médical du Gouvernement dispose de 150 lits pour les Européens répartis dans 10 établissements et de 3.040 lits pour les populations autochtones répartis dans 34 établissements. Le personnel médical local au service du gouvernement comprenait, en 1944, un total d'environ 2.850 unités, sans compter les divers travailleurs employés dans le Service médical¹²⁰. En ce qui concerne la formation des RHS, l'ordonnance de 1917 a permis l'organisation de centres officiels de formation d'aides-infirmières et d'aides-sages-femmes. C'est en 1935 que les premières écoles d'auxiliaires médicaux ouvrent leurs portes¹²¹.

Cette expansion progressive a été soutenue et stimulée par des efforts marqués pour améliorer les soins de santé par le biais de programmes de lutte contre les maladies, au point que le Congo belge a été autoproclamé par l'administration coloniale comme ayant « le meilleur système de santé de tout le monde tropical » vers la fin de la période coloniale¹²². La raison de ces efforts était entièrement économique : il s'agissait de maintenir les travailleurs en bonne santé. La biomédecine – « la compréhension de la maladie comme étant enracinée dans des pathogènes biologiques et l'utilisation de vaccins et de produits pharmaceutiques pour prévenir et traiter la maladie » – a été introduite par l'État colonial dans le but d'assurer une main-d'œuvre en bonne santé et de maintenir le contrôle sur la population¹²³.

¹²⁰ Ce paragraphe s'inspire de Dubois, A., & Duren, A. (1947). Soixante ans d'organisation médicale au Congo belge. In *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale*, vol. 27, pp. 1-36, ainsi que de Janssens, P.-G., Kivits, M. et Vuylsteke, J.-P. et al., 1992, *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, vol. 1.

¹²¹ Triest, A., Janssens, PG., Muyembe, T., & De Schaepdryver, A. (1992). L'enseignement médical. Dans PG. Janssens, M. Kivits, & J. Vuylsteke (Eds.), *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours* ; volume I, pp. 161-193.

¹²² Young, C., 1994, *The African Colonial State in Comparative Perspective*. New Haven et Londres : Yale University Press, p. 212 ; Lyons, M. (2002). *The colonial disease: a social history of sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*. Cambridge University Press, p. 223.

¹²³ Congo Research Group, 2020, Ebola en RDC: Les effets pervers d'un système de santé parallèle, Congo Research Group, NYU/CIC septembre 2020, pp. 8-9.

Malgré la formation d'assistants médicaux congolais¹²⁴, au moment de l'indépendance, il n'y avait pas de médecins congolais ; en effet, ce n'est qu'en 1954 que la première faculté de médecine ouvre ses portes et c'est en 1961 que les premiers diplômés (trois au total, dont deux Congolais et un Belge) terminent leurs études¹²⁵. Avec le départ rapide de la plupart des Belges à l'été 1960, le système de santé, entièrement dépendant des financements belges et dirigé par des expatriés, s'est donc effondré peu après l'indépendance¹²⁶. Dans les mois qui ont suivi, face au besoin pressant de professionnels de la santé qualifiés, les assistants médicaux ont été de facto promus médecins¹²⁷. Dans l'ensemble, les années de la crise postindépendance (1960-1965) – une période tumultueuse marquée par des troubles politiques, deux sécessions, des guerres, une intervention de l'ONU et une forte régression économique – ont fait que les améliorations du système de santé n'ont été introduites qu'au début des années 1970, bien qu'elles soient rapidement devenues plus difficiles à maintenir en raison de la crise économique qui s'est installée au milieu de cette décennie.

Le système de soins de santé primaires et la crise économique

Compte tenu de la pénurie de ressources et de l'ampleur des défis en matière de santé publique, et dans l'esprit de la Déclaration d'Alma Ata, les médecins congolais et le personnel médical expatrié des ONG et des organisations caritatives ont soutenu que les services de santé devaient « être rapprochés le plus possible des populations pour assurer l'accès à des soins de bonne qualité à l'ensemble de la population », l'objectif ultime étant de créer un système de santé intégré¹²⁸. Parmi les nombreuses expériences qui ont été lancées, le programme de soins de santé primaires se distingue : conçu comme une approche ascendante, il envisageait une pyramide sanitaire avec des *centres de santé*, des *centres de santé de référence* et des *hôpitaux généraux de référence*. Le système de santé basé sur la « zone de santé » se superposait partiellement aux limites administratives de l'État. Bien qu'il était loin de fonctionner parfaitement, le système de santé fondé sur les soins de santé primaires a permis des succès notables dans les années 1970 : l'éradication de la variole ou une couverture vaccinale de 95 % pour les maladies

¹²⁴ Browne, S. G. (1973). La formation des auxiliaires médicaux dans l'ancien Congo belge. *The Lancet*, 301(7812), 103-1105.

¹²⁵ Triest, A., Janssens, PG., Muyembe, T., & De Schaepdryver, A. (1992). L'enseignement médical. Dans PG. Janssens, M. Kivits, & J. Vuylsteke (Eds.), *Médecine et hygiène en Afrique centrale de 1885 à nos jours* ; volume I, pp. 161-193.

¹²⁶ Mock, N., de Buhr, E., Munyanga Mukungo, Okitolonda Wemakoy, 2006, *Public Health Training in the Democratic Republic of Congo: A Case Study of the Kinshasa School of Public Health*, USAID, mai 2006, p. 32.

¹²⁷ Persyn, P., & Ladrière, F., 2004, *The Miracle of Life in Kinshasa: New Approaches to Public Health*. Dans T. Trefon (Ed.), *Reinventing Order in the Congo: How People Respond to State Failure in Kinshasa*, London & New York : Zed Books, pp. 65-81, pp. 68-69.

¹²⁸ Persyn, P., & Ladrière, F., 2004, *The Miracle of Life in Kinshasa: New Approaches to Public Health*. Dans T. Trefon (Ed.), *Reinventing Order in the Congo: How People Respond to State Failure in Kinshasa*, London & New York : Zed Books, pp. 65-81, pp. 68-69.

infantiles en sont des indications¹²⁹. Le Zaïre s'est ainsi distingué des autres pays africains, devenant un « leader en matière de santé primaire et de soins de santé communautaires »¹³⁰.

Cependant, dans la mesure où ce système était conçu pour être financé par l'État et non pour être autonome, il a connu de graves difficultés avec la crise fiscale de l'État qui a débuté avec l'effondrement des prix du cuivre au milieu des années 1970 et qui s'est encore aggravée avec les mesures d'austérité mises en place pendant la période d'ajustement structurel : réduction des salaires, coupes budgétaires¹³¹, licenciements, conséquences négatives sur l'entretien des bâtiments et des équipements, ainsi que déficiences dans l'investissement dans les infrastructures¹³². Plus généralement, dans le secteur public, entre 1970 et 1980, l'indice des salaires réels était déjà passé de 100 à 20,3, et l'embauche de fonctionnaires reposait tacitement sur l'hypothèse qu'ils « se débrouilleraient », transformant l'administration en un marché mû par la concurrence pour les avantages matériels¹³³. Les secteurs sociaux, les services publics, et en particulier les femmes, ont subi de plein fouet l'austérité qui a accompagné l'ajustement structurel¹³⁴.

C'est à cette époque que se développe le travail informel et le cumul des emplois (nécessaire pour joindre les deux bouts), même codifié dans des « *horaires de crise* » qui reconnaissent les besoins d'absence légale du personnel, et que les services commencent à être monnayés, parallèlement au détournement des

¹²⁹ Malgré ces succès, le rôle de l'État ne doit pas être exagéré ; après tout, l'offre de services publics était relativement limitée - en 1972 déjà, 75 % des services de santé offerts aux populations rurales étaient fournis par les églises : Young, C., & Turner, T., 1985, *The Rise and Decline of the Zairian State*. Madison : University of Wisconsin Press, p. 67 ; Porignon, D., Porignon, D., Mugisho Soron 'Gane, E., Elongo Lokombe, T., Katulanya Isu, D., Hennart, P., & Van Lerberghe, W. (1998). How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Tropical Medicine & International Health*, 3(7), 559-565.

¹³⁰ Persyn, P., & Ladrière, F., 2004, *The Miracle of Life in Kinshasa: New Approaches to Public Health*. Dans T. Trefon (Ed.), *Reinventing Order in the Congo: How People Respond to State Failure in Kinshasa*, London & New York: Zed Books, pp. 65-81, pp. 69.

¹³¹ Les dépenses publiques en matière de santé représentaient 2 % du budget national à la fin des années 1980, et seule la moitié arrivait à la destination prévue ; Schoepf, B.G., 1986, Primary health care in Zaïre, *Review of African Political Economy*, 13 :36, 54-58, p. 57. En outre, les dépenses de santé étaient fortement axées sur les classes sociales et les zones urbaines : pendant une grande partie de la période postcoloniale, la moitié du budget de la santé allait à l'hôpital gouvernemental Mama Yemo à Kinshasa ; Schoepf, B.G., 2002, "Mobutu's disease" : a social history of AIDS in Kinshasa, *Review of African Political Economy*, 29:93-94, pp. 561-573, p. 561.

¹³² Peemans, J.-P., 1997, *Le Congo-Zaïre au Gré du XXe Siècle. Etat, Economie, Société 1880-1990*. Paris : L'Harmattan, p. 271 ; Willame, J.-C. (1992). *L'automne d'un despotisme. Pouvoir, argent et obéissance dans le Zaïre des années quatre-vingt*. Paris : Editions Karthala, p. 89. Au milieu des années 1980, une infirmière ayant suivi quatre années d'études secondaires gagnait 7 dollars par mois, ce qui correspondait au prix rural d'un sac de 45 kg de farine de manioc, Schoepf, B.G., 1986, "Primary health care in Zaïre", *Review of African Political Economy*, 13:36, 54-58, p. 57. Voir aussi Bwimana A., Health Sector Network Governance and State-Building in South Kivu, Democratic Republic of Congo, *Health Policy and Planning* 32, no 10 (1er décembre 2017): 1476-83.

¹³³ De Herdt, T., Titeca, K. & Wagemakers, I., 2012, Make Schools, Not War? Donors' Rewriting of the Social Contract in the DRC, *Development Policy Review*, 2012, 30 (6), p. 685.

¹³⁴ Il faut également ajouter que la décentralisation de la gestion du personnel, introduite par la réforme de la fonction publique de 1973 (y compris les RHS), a désorganisé davantage la GRH et a conduit à une inflation du personnel, chaque ministère fonctionnant comme une autorité autonome de recrutement. La réforme de 1981 a recentralisé la GRH, mais avec peu de résultats. Voir Robinson, 1987, *Zaïre : Étude sur l'emploi dans la fonction publique*. Washington: Banque mondiale.

recettes¹³⁵. Le vide a été partiellement comblé par les ONG et les réseaux religieux (*Bureau Diocésain des Œuvres Médicales* et Armée du Salut notamment), qui ont tenté de maintenir le système de soins de santé primaires à flot¹³⁶. Cependant, lors des années 1990 – avec l'effondrement de l'exploitation du cuivre, le retrait de l'aide au développement des bailleurs de fonds, la fin du soutien de la guerre froide à Mobutu et les pillages de 1991 et 1993 – le système de santé du pays se désintègre¹³⁷.

Le système de santé en RDC, tributaire d'un passif hérité

En tant que tel, l'état critique du secteur de la santé est fermement ancré dans le déclin de la capacité de l'État par le retrait du financement et la mauvaise gouvernance au cours des dernières décennies. L'affaiblissement du financement gouvernemental de la santé signifie que le financement du secteur de la santé est devenu quasi-exclusivement dépendant des frais d'utilisation et principalement de l'aide humanitaire dans les années 1990¹³⁸. En effet, avec la fin de la guerre froide, la perte d'importance géopolitique du Zaïre de Mobutu et la diminution du soutien des États-Unis, la contestation interne croissante de son régime et les doutes grandissants des institutions de Bretton Woods quant à la poursuite de l'aide financière à un régime devenu gênant, le FMI et la Banque mondiale ont suspendu leur aide au développement du Zaïre au début des années 1990, les bailleurs bilatéraux leur emboîtant bientôt le pas¹³⁹.

Les années 1990 sont la période au cours de laquelle le paiement des salaires et les subventions accordées aux hôpitaux pour les frais de fonctionnement et les équipements ont été interrompus, et les établissements de santé ont été autorisés à utiliser leurs revenus pour fonctionner ; la fourniture de soins de santé est devenue de fait privatisée¹⁴⁰. Avec la disparition du financement public de la santé, un « système de flux financiers inversés » est apparu : une partie des frais d'utilisation perçus par les structures de santé était acheminée vers le haut de la chaîne de commandement administrative (bureaux de district) et vers les niveaux provincial et national : « au fil des ans, ce système d'imposition informel est devenu une pratique courante et un moyen d'assurer la survie financière des individus et des institutions » – en

¹³⁵ Persyn, P., & Ladrière, F., 2004, *The Miracle of Life in Kinshasa: New Approaches to Public Health*. In T. Trefon (Ed.), *Reinventing Order in the Congo: How People Respond to State Failure in Kinshasa*, London & New York: Zed Books, p. 70.

¹³⁶ Sur le rôle de l'Église dans le secteur de la santé en RDC, voir Seay L., "Effective Responses: Protestants, Catholics and the Provision of Health Care in the Post-War Kivus", *Review of African Political Economy* 40, no 135 (2013) : 83-97.

¹³⁷ Persyn, P., & Ladrière, F., 2004, *The Miracle of Life in Kinshasa: New Approaches to Public Health*. In T. Trefon (Ed.), *Reinventing Order in the Congo: How People Respond to State Failure in Kinshasa*, London & New York: Zed Books, pp. 70-71.

¹³⁸ Kalambay Ntembwa, H. & Van Lerberghe, W., 2015, République démocratique du Congo. Améliorer la coordination de l'aide dans le secteur de la santé, , Genève, OMS, p. 7.

¹³⁹ Ndaywel, I. 1998, *Histoire générale du Congo. De l'héritage ancien à la République Démocratique*, Paris, Bruxelles : Larcier & De Boeck, p. 793.

¹⁴⁰ Ndaywel, I., 2002, Le territoire médical à l'épreuve de l'informel. "Survivre" comme infirmière aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. In G. de Villers, B. Jewsiewicki & L. Monnier (Eds.), *Manières de vivre. Economie de la "débrouille" dans les villes du Congo / Zaïre*, Tervuren & Paris : Institut Africain-CEDAF & L'Harmattan, pp. 141-169 ; Persyn, P., & Ladrière, F., 2004, *The Miracle of Life in Kinshasa: New Approaches to Public Health*. In T. Trefon (Ed.), *Reinventing Order in the Congo: How People Respond to State Failure in Kinshasa*, London & New York: Zed Books, pp. 65-81, p. 68.

d'autres termes, la pratique appelée « *financement ascendant* » remonte à cette période¹⁴¹. Il est important de noter qu'avec le poids croissant des taxes informelles, des prélèvements et des amendes (ventes de permis, autorisations) prélevés sur les entités privées du secteur de la santé, une structure d'incitation perverse est apparue, par laquelle les autorités sanitaires ont cherché à « multiplier les points de prestation de services privés à but lucratif en tant que sources de taxation informelle »¹⁴².

Parallèlement, des efforts visant à renforcer les soins de santé primaires et l'organisation d'un modèle de prestation de services basé sur les zones de santé sont en cours depuis les années 1980¹⁴³ – en effet, c'est en 1980 que les bailleurs de fonds ont convaincu le médecin personnel de Mobutu de « collaborer à la mise en place d'un système national de soins primaires »¹⁴⁴, bien que la décentralisation des soins curatifs primaires et le développement de programmes préventifs aient été envisagés depuis le milieu des années 1970¹⁴⁵.

Le financement par les bailleurs de fonds a spécifiquement cherché les moyens de reprendre la pratique (coloniale) de subventionner les missions – à travers *Santé Rurale* (SANRU), aujourd'hui une grande ONG nationale largement impliquée dans la mise en œuvre des programmes de santé financés par les bailleurs de fonds (comme ceux du FCDO), mais dans les années 1980 une division du Ministère de la Santé financée en particulier par l'USAID¹⁴⁶. Le système actuel des zones de santé est profondément tributaire de cette initiative prise dans les années 1980 :

*En collaboration avec divers groupes d'intérêt, les responsables de la SANRU ont établi un réseau de cent zones de santé rurales, chacune ayant pour noyau un hôpital missionnaire ou gouvernemental responsable d'un réseau de centres de santé ruraux selon le nouveau modèle familial de l'OMS. En théorie, les médecins directeurs de l'hôpital superviseront les activités périphériques jusqu'à ce qu'ils soient remplacés dans ces fonctions par des médecins de zone employés par le gouvernement*¹⁴⁷.

Une série de programmes de santé verticaux différents étaient au cœur du système de santé primaire soutenu par les bailleurs, parallèlement à une planification et une gestion fortement décentralisée, y compris l'autofinancement. En effet, dans les années 1980, la contribution du gouvernement se limitait au paiement des salaires, mais les structures de santé devaient compter sur les frais d'utilisation et le financement des bailleurs de fonds pour couvrir les coûts de fonctionnement¹⁴⁸ à la suite de l'initiative de

¹⁴¹ Kalambay Ntembwa, H. & Van Lerberghe, W., 2015, *République démocratique du Congo. Improving aid coordination in the health sector*, Genève, OMS, p. 8 ; Manzambi, J.K. et al (2000) Les déterminants du comportement de recours au centre de santé en milieu urbain africain : résultats d'une enquête de ménage menée à Kinshasa, Congo, *Tropical Medicine and International Health*, volume 5 no 8 pp 563-570, p. 564.

¹⁴² Kalambay Ntembwa, H. & Van Lerberghe, W., 2015, *République démocratique du Congo. Améliorer la coordination de l'aide dans le secteur de la santé*, Genève, OMS, p. 8.

¹⁴³ Mock, N., de Buhr, E., Munyanga Mukungo, Okitolonda Wemakoy, 2006, *Public Health Training in the Democratic Republic of Congo: A Case Study of the Kinshasa School of Public Health*, USAID, mai 2006, p. 36.

¹⁴⁴ Schoepf, B.G., 2002, 'Mobutu's disease' : a social history of AIDS in Kinshasa, *Review of African Political Economy*, 29:93-94, pp. 561-573, p. 563-564.

¹⁴⁵ Mock, N.B., Bossert, T. & Miatudila Milanga, 1990, *The sustainability of US-supported health, population and nutrition programs in Zaire, 1972-1988*, USAID, AID Occasional Paper 38, septembre 1990, p. 38.

¹⁴⁶ Schoepf, B.G., 1986, Primary health care in Zaire, *Review of African Political Economy*, 13:36, 54-58, p. 57.

¹⁴⁷ Schoepf, B.G., 1986, Primary health care in Zaire, *Review of African Political Economy*, 13:36, 54-58, p. 57.

¹⁴⁸ Mock, N.B., Bossert, T. & Miatudila Milanga, 1990, *The sustainability of US-supported health, population and nutrition programs in Zaire, 1972-1988*, USAID, AID Occasional Paper 38, September 1990, p. 38.

Bamako ; il convient donc de noter que les caractéristiques structurelles qui sous-tendent des pratiques telles que le « *financement ascendant* » aujourd'hui, étaient en partie une question de conception dans l'environnement des années 1980 où les ressources étaient très limitées¹⁴⁹.

¹⁴⁹ Il est également à noter que sur le plan organisationnel et réglementaire, le décret du 19 mars 1952 relatif à l'exercice de l'art de guérir a réglementé l'exercice de la profession des médecins, dentistes, infirmiers, sages-femmes ainsi que des agents de santé, mais cet important décret n'a pas défini un cadre juridique organisant le système de santé congolais. Cette organisation a été définie par la Loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique.

Annexe 2 : L'organisation formelle du secteur de la santé

L'objectif de cette annexe est de présenter le fonctionnement du secteur de la santé en RDC, en se concentrant sur son organisation formelle – les principes et les règles qui le régissent – afin de mieux situer son fonctionnement dans la pratique. Elle donne ainsi un aperçu de la gouvernance *de jure* du secteur de la santé en RDC, que l'on peut mettre en parallèle avec le fonctionnement *de facto* du système de santé tel qu'il est décrit dans les trois principaux chapitres de ce rapport.

Le Ministère de la Santé est structuré en trois niveaux¹⁵⁰ :

1. Le niveau central (ou national), composé du Cabinet ministériel et du Secrétariat Général du ministère, qui a un rôle normatif et réglementaire ; il définit la politique, les stratégies et les normes nationales, conseille, contrôle la conformité et la mise en œuvre au niveau provincial. Il existe également l'Inspection Générale de la Santé, qui vise à améliorer la gouvernance du secteur.
2. Le niveau intermédiaire (ou provincial), qui assure l'appui technique, le suivi et la mise en œuvre de la politique, des stratégies et des directives, et supervise le niveau périphérique des zones de santé. Avec la décentralisation, ce rôle provincial est élargi pour impliquer des pouvoirs de décision plus importants dans un certain nombre de domaines, par l'intermédiaire du ministre provincial de la santé et de la Division provinciale de la santé (DPS). Au niveau provincial, l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS) constitue un service déconcentré chargé de l'inspection et du contrôle, qui répond au niveau national.
3. Le niveau périphérique (ou opérationnel) divisé en zones de santé (ZS), qui est chargé de mettre en œuvre la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision du niveau intermédiaire.

Il convient également de noter qu'en matière de gestion des ressources humaines – comme indiqué plus en détail dans les sections ci-dessous – le personnel de santé est soumis à une double supervision impliquant la collaboration de deux institutions : le ministère de la Fonction Publique, qui assure la supervision administrative, et le ministère de la Santé, qui assure la supervision technique. Les personnels de santé relèvent de la compétence du ministère de la Fonction Publique, dans la mesure où leur situation administrative dépend du Statut général de la Fonction Publique. Cela implique l'immatriculation du personnel de santé nouvellement embauché par le ministère de la fonction publique, qui émet également l'engagement des dépenses de rémunération (pour les salaires de base). Comme nous le verrons plus loin, ces dispositions formelles sont soumises dans la pratique à plusieurs distorsions.

Division des tâches et structure du secteur de la santé

Au niveau provincial, les gouverneurs provinciaux nomment des ministres provinciaux de la santé qui, par le biais de l'expertise de leurs cabinets, participent à l'implémentation de la politique de santé. Les Divisions provinciales de la santé sont immédiatement placées sous l'autorité du ministre provincial de la santé et sont responsables de l'implémentation de la politique provinciale en matière de santé. En tant que points sectoriels pour le financement international lié à la santé au niveau provincial, elles sont considérées comme des environnements hautement importants et stratégiques, surtout depuis

¹⁵⁰ RDC/Ministère de la santé publique, 2011, *Plan national de développement des ressources humaines pour la santé 2011-2015*, Rapport, Mars 2011, pp. 16-17 ; RDC/Ministère de la Santé, 2006, *Recueil des normes de la zone de santé*, Kinshasa : Secrétariat Général du ministère de la santé, p. 9.

l'implémentation de la décentralisation et le renforcement de l'autorité de jure des provinces dans le cadre du Plan national de développement de la santé 2016. Parallèlement à la DPS, un service d'inspection (IPS), qui rend compte aux gouverneurs en tant que représentants du gouvernement central, contrôle la qualité de la prestation des services publics et la mise en œuvre de la politique provinciale de santé pour s'assurer qu'elle est alignée sur la politique nationale de santé de la RDC¹⁵¹.

Le niveau opérationnel du secteur de la santé est constitué de *Zones de santé* (ZS), elles-mêmes subdivisées en *Aires de santé* (composées d'un certain nombre de villages dans les zones rurales ou de quartiers/rues dans les zones urbaines). Une zone de santé couvre en principe une population de 50 000 à 200 000 habitants en milieu rural et de 100 000 à 300 000 habitants en milieu urbain, et correspond approximativement au concept de district de santé tel que défini par l'OMS¹⁵².

Chaque ZS est dirigée par un Médecin chef de zone (MCZ) et son équipe, l'Équipe cadre de la zone de santé (ECZ) ; en principe, l'équipe ECZ ne devrait pas dépasser 5 personnes. Avec le personnel de santé de l'HGR de la zone de santé, ils constituent l'équipe administrative qui gère l'infrastructure et le personnel de la ZS, le Bureau central de la zone de santé (BCZ) ; cette équipe comprend l'administrateur-gestionnaire, le directeur médical de l'hôpital de référence, le directeur des soins infirmiers et l'infirmier superviseur, ainsi qu'un Pharmacien de zone, chargé de l'approvisionnement en médicaments des structures de santé.

Chaque CS doit, en principe, être visité au moins une fois par mois par un membre de l'ECZ. L'ECZ assume la responsabilité administrative et technique de l'ensemble de la ZS ; les membres de l'équipe ont à la fois une responsabilité clinique à l'HGR de la ZS, et dans le développement de la couverture à travers les CS ; l'équipe exerce ses responsabilités administratives au Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS)¹⁵³. Chaque ZS fonctionnelle a au moins un Hôpital général de référence (HGR) dirigé par un Médecin directeur (MDH) qui offre le paquet complémentaire d'activités (PCA), fournissant des services de première référence tels que la chirurgie de base et les soins obstétricaux d'urgence ; chaque HGR offre au moins quatre services : médecine interne, chirurgie, pédiatrie et obstétrique), et un certain nombre de centres de santé (CS) dirigés par un Infirmier titulaire (IT) qui offrent le paquet minimum d'activités (PMA, qui comprend la dispensation de soins curatifs, promotionnels et de réhabilitation), chaque ZS comprenant environ 10-20 CS en moyenne¹⁵⁴.

Selon la cartographie et la nécessité des zones de santé, il existe également des structures sanitaires optionnelles telles que le Centre de Santé de Référence (CS) et les Postes de Santé qui sont respectivement les extensions du HGR et du CS. Les postes de santé sont situés dans les zones rurales les plus reculées et réfèrent les cas qui dépassent leurs compétences aux CS et aux hôpitaux de la ZS. Le graphique suivant donne un aperçu de la structure de jure du secteur de la santé en RDC.

¹⁵¹ Les principaux changements introduits en 2015 avec la décentralisation sont la séparation du DPS et de l'IPS (auparavant, le Médecin Inspecteur de Province (MIP) exerçait les deux rôles) ; en outre, le niveau intermédiaire du district sanitaire a été supprimé.

¹⁵² RDC/Ministère de la Santé, 2006, *Recueil des normes de la zone de santé*, Kinshasa : Secrétariat Général du ministère de la santé, p 14.

¹⁵³ RDC/Ministère de la Santé, 2006, *Recueil des normes de la zone de santé*, Kinshasa : Secrétariat Général du ministère de la santé, p. 20-21.

¹⁵⁴ RDC/Ministère de la Santé, 2006, *Recueil des normes de la zone de santé*, Kinshasa : Secrétariat Général du ministère de la santé, p. 20.

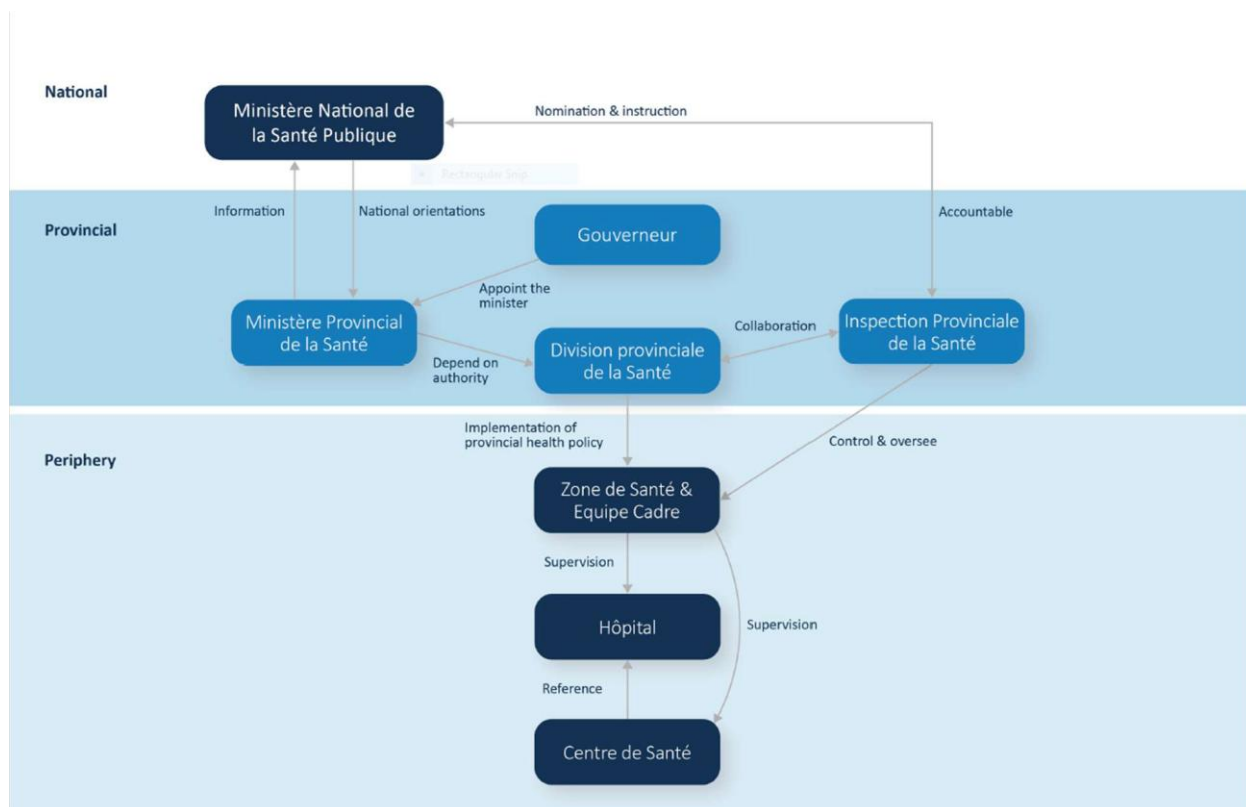


Figure : Organisation de jure du secteur de la santé en RDC

Dans chaque ZS, il existe plusieurs organes de gestion : le Comité de direction de l'HGR, le Comité de gestion de l'HGR, le Comité de gestion de la ZS et le Conseil d'administration de la ZS (dont la répartition détaillée figure dans le Recueil des normes de la zone de santé).

La participation communautaire

Le système de santé de la RDC prévoit également des dispositions pour la participation communautaire – un thème qui dépasse le cadre de ce rapport, mais qui mérite quelques commentaires. Selon ces dispositions, la population devrait être impliquée dans la planification et la gestion des interventions sanitaires au niveau périphérique de la ZS et de l'aire de santé par le biais d'organes de participation communautaire, tels que les *Comités de développement de l'aire de santé* (CODESA). La participation prend plusieurs formes, du simple paiement des soins de santé aux contributions matérielles (construction d'une maison pour l'IT) en passant par la participation à la planification des travaux dans l'aire de santé. Le CODESA regroupe toutes les personnes impliquées dans le développement communautaire d'une aire de santé, y compris les Relais Communautaires (RECO, un par rue/village). L'appartenance à un CODESA ne devrait en principe donner lieu ni à des soins de santé gratuits, ni à des récompenses financières ; le mandat des membres du CODESA est de deux ans, renouvelable une fois ; et

les CODESA sont censés tenir des réunions au moins une fois par mois¹⁵⁵. Les RECO sont censés servir de relais entre la communauté et le système de santé.

Cependant, cette organisation officielle complexe est loin d'être toujours respectée ; dans la pratique, ces organes (*Conseil d'administration*, COGE, CODESA) fonctionnent assez mal, tandis que d'autres problèmes concernent la non-représentativité des communautés et l'absence de mécanismes appropriés pour recueillir les attentes de la population et sa satisfaction à l'égard des services de santé fournis ; de ce fait, le contrôle des structures de santé et des services offerts est loin d'être efficace¹⁵⁶. Plus généralement, le déclin du système de santé au cours des dernières décennies a eu un impact négatif sur la participation communautaire. En pratique, même si la plupart des ZS disposent de RECO volontaires, leur formation, leur suivi et leur motivation sont entièrement liés à la présence de fonds des bailleurs (notamment les programmes verticaux). Les RECO ne reçoivent pas de salaire, mais dépendent des campagnes de vaccination ou autres et d'activités particulières pour obtenir des primes d'encouragement. On peut très bien émettre l'hypothèse que lorsque les financements externes sont absents, les structures de participation et l'implication de la communauté peuvent être beaucoup plus léthargiques que dans les contextes où les fonds des bailleurs sont présents¹⁵⁷.

¹⁵⁵ RDC/Ministère de la Santé, 2006, Recueil des normes de la zone de santé, Kinshasa : Secrétariat Général du ministère de la santé, p. 12, 21-22.

¹⁵⁶ DC/Ministère de la Santé Publique, 2018, Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle, Kinshasa : Ministère de la Santé Publique, Septembre 2018, p. 25.

¹⁵⁷ En fait, le rapport final d'achèvement du projet d'un programme de santé d'un donateur majeur (ASSP, financé par le DFID, 2012-2019) l'a reconnu : « Au début de l'ASSP, les CODESA manquaient de clarté quant à leurs objectifs et étaient inefficaces. Le programme a soutenu la revitalisation et la fonctionnalité des CODESA à travers : (i) l'élaboration d'un manuel " Manuel de CODESA Dynamique ", sur l'organisation et le fonctionnement des CODESA en collaboration avec le Ministère de la Santé ; (ii) des formations pour les membres des CODESA ; et (iii) la révision du manuel par l'ajout d'images conviviales. Les activités susmentionnées, la revitalisation des CODESA et l'instauration de tableaux de bord communautaires ont joué un rôle important pour assurer la conformité et le respect des frais de santé introduits conformément à la politique nationale et à l'accord avec la communauté », DFID, 2019, ASSP project completion review, Review of project performance and evaluation, septembre 2019, p. 14, disponible à l'adresse suivante : <https://devtracker.fcdo.gov.uk/projects/GB-1-202732/documents>.

Annexe 3 : Financement du secteur de la santé et implications pour les ressources humaines

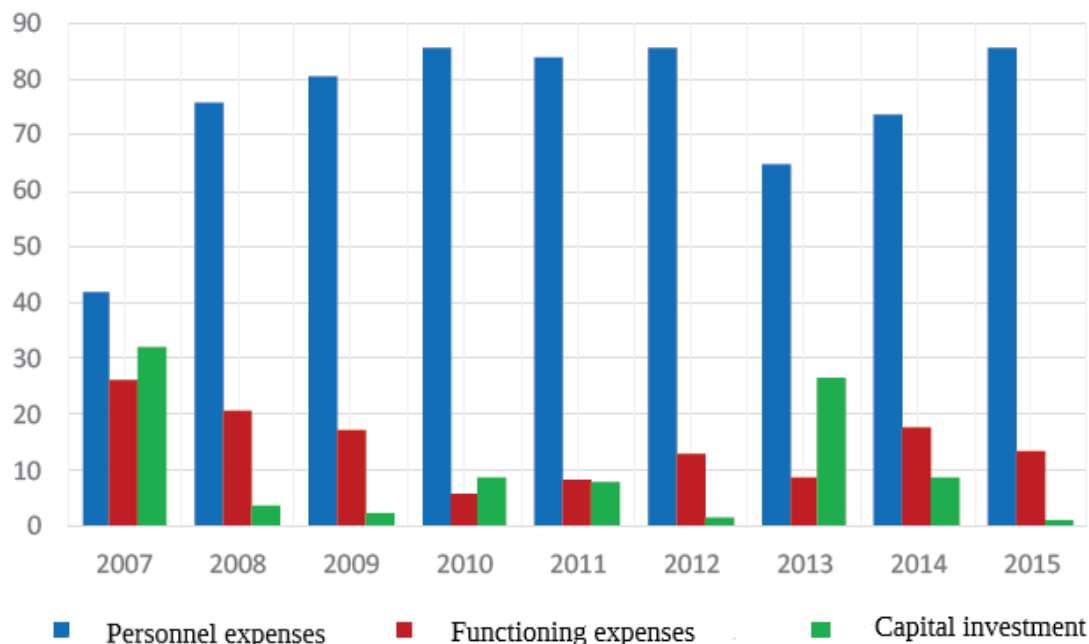
Malgré des augmentations significatives du budget national consacré à la santé (qui a été multiplié par cinq entre 2007 et 2013, poussé par l'augmentation de la masse salariale), la RDC ne consacre toujours qu'environ 7 à 8 % du budget ces dernières années (bien moins que les 15 % requis par les engagements de la déclaration d'Abuja), bien que les décaissements réels soient en fait inférieurs à ce niveau – généralement autour de 50 %¹⁵⁸.

En termes de dépenses, les dépenses courantes constituent la quasi-totalité des dépenses publiques en matière de santé, avec une nette prédominance des salaires et des primes dans ceux-ci. Par exemple, les dépenses courantes représentaient environ 87 % des dépenses publiques sur la période 2007-2013, dont plus de 74 % étaient consacrées aux dépenses de personnel, ce qui ne laissait que 13 % pour les autres dépenses opérationnelles, en particulier pour les biens et services¹⁵⁹. Cette situation perdure aujourd'hui : il est estimé qu'en 2022, 93% des dépenses de santé était absorbé par les rémunérations du personnel. En outre, l'augmentation constante du niveau des rémunérations a été obtenue en améliorant la composante des primes, plutôt que le salaire de base – les primes représentaient 73 % des dépenses de rémunération du personnel en 2012. Toutefois, ce système de primes permanentes (dans le secteur de la santé, la prime de risque professionnel), qui entraîne de fortes distorsions, pose des problèmes de viabilité financière, d'incitations perverses à la performance et de non-inclusion dans le calcul des pensions, tout en se caractérisant par d'importantes disparités entre les catégories de personnel. De plus, l'allocation des ressources est fortement axée sur les dépenses centrales et administratives : le Secrétariat général du ministère de la Santé a reçu 54 % des dépenses publiques de santé en 2006, 34 % en 2007 et 39 % en 2010¹⁶⁰. Le graphique ci-dessous illustre cette situation :

¹⁵⁸ World Bank, 2018, *Améliorer la Dépense de Santé pour Renforcer le Capital Humain et Assurer une Croissance Inclusive*, Washington, World Bank report, June 2018, p. 41.

¹⁵⁹ World Bank, 2015, *RDC : Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington: Rapport No. 96172-ZR, pp. 73-74.

¹⁶⁰ Fox, S., Witter, S., Wylde, E., Mafuta, E. & Lievens, T. (2014) Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state : reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo, *Health Policy and Planning* 2014 ;29, pp. 96-105, p. 99 ; Verhaghe note également que le financement gouvernemental limité des HGR tend à favoriser des structures déjà privilégiées, proches de Kinshasa, voir Verhaghe, J., 2018, *Pratiques de financement et de gestion financière des hôpitaux publics en RDC. Constats et pistes d'amélioration*, Rapport non publié, Kinshasa, août 2018, pp. 55-56.



Graphique : Dépenses de santé par nature 2007-2015¹⁶¹

Bien que la Constitution stipule que 40 % des recettes publiques doivent être retenues à la source par les provinces et les Entités Territoriales Décentralisées, dans la pratique, le gouvernement central a continué à collecter toutes les recettes et à en rétrocéder une partie aux provinces ; cependant, les chiffres réels des sommes rétrocédées sont bien inférieurs à 40 %, moins de 10 % en moyenne (jusqu'à 25 % si l'on tient compte des salaires du personnel déconcentré et de l'investissement public dans les provinces)¹⁶². Bien que les provinces aient parmi leurs attributions exclusives l'organisation et la gestion des soins de santé primaires, et que le recrutement du personnel médical soit une compétence conjointe des niveaux provincial et central (ce dernier jouant un rôle surtout pour le personnel de commandement), l'affectation du personnel médical est exclusivement entre les mains des provinces¹⁶³.

Dans la pratique, la décentralisation a introduit de la confusion et des conflits dans les rôles et responsabilités respectifs des niveaux central et provincial, ce qui s'est traduit par un recrutement incontrôlé (politisé) au sein des provinces et au niveau local et par un gonflement des effectifs, qui cherchent ensuite à être immatriculés et rémunérés par le niveau central. Cette confusion a plusieurs facettes : d'une part, la confusion découle d'un principe de décentralisation des RHS qui n'a pas été accompagnée par la décentralisation des moyens de gérer ces ressources humaines (à savoir que les

¹⁶¹ Banque mondiale, 2018, *Améliorer la Dépense de Santé pour Renforcer le Capital Humain et Assurer une Croissance Inclusive*, Washington, rapport de la Banque mondiale, juin 2018, p. 44.

¹⁶² Englebert, P. et Mungongo, E. 2016. Misguided and Misdiagnosed : The Failure of Decentralization Reforms in the DR Congo. *African Studies Review*, 59(1), 5-32.

¹⁶³ Zinnen, V., 2012, *Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, Étude de cas de la RDC*. Groupe de recherche en appui à la Politique sur la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide, GRAP-PA, p. 29.

processus qui encadrent les RHS relèvent toujours d'institutions centrales, tels que l'immatriculation et la mécanisation). D'autre part, tel que rapporté lors de nos enquêtes de terrain, dans la plupart des provinces visitées les gestionnaires des RHS se plaignent de la faible compréhension qu'ont les autorités politiques (députés provinciaux notamment) de la législation et des règles en matière de recrutement et d'affectation dans le cadre de la décentralisation, une confusion qui est au cœur de bien des abus (alors qu'en cas de protestations sur base des textes, les gestionnaires se voient accusés d'insubordination).

Outre le fait qu'elle pose de graves problèmes au ministère de la Santé (qui a du mal à suivre les mouvements de personnel) et au ministère de la Fonction Publique (qui doit faire face à un nombre croissant de Nouvelles Unités, c'est-à-dire de fonctionnaires non-immatriculés), cette situation exacerbe également les problèmes liés à la rémunération, exerçant une pression sur la masse salariale en raison de l'augmentation constante du nombre de personnes cherchant à être inscrites sur les listes de paie.

En principe, la gestion et le paiement du personnel du secteur de la santé auraient dû être décentralisés au niveau provincial¹⁶⁴. Cependant, comme le note un rapport de la Banque mondiale, à titre de mesure transitoire – et malgré les revendications provinciales – le paiement des rémunérations des fonctionnaires continuerait à être géré de manière centralisée à moyen terme, afin d'assurer la continuité et l'harmonisation sur l'ensemble du territoire de la RDC¹⁶⁵ – une situation qui prévaut aujourd'hui. Ainsi, alors qu'un minimum de décentralisation administrative a été introduit dans le secteur de la santé, il n'y a pas eu de décentralisation financière en ce qui concerne la rémunération du personnel de l'Etat concerné¹⁶⁶. Étant donné que de nombreuses provinces sont loin d'être financièrement viables en l'absence de transferts du gouvernement central¹⁶⁷, la rémunération du personnel de santé provincial reste nécessairement subordonnée au financement du gouvernement central. En outre, le gouvernement central exerce également des pressions contre la décentralisation, les décideurs étant réticents à l'idée d'un transfert effectif de pouvoir. Les recherches menées sur la décentralisation en RDC soulignent qu'elle a été utilisée comme une stratégie politique pour la consolidation du pouvoir par les autorités centrales, et qu'elle a été poussée en fonction des besoins de l'opportunisme politique¹⁶⁸.

En termes de financement, le secteur de la santé en RDC est financé principalement par les bailleurs de fonds et les contributions des ménages (via les frais d'utilisation) : selon les estimations de la Banque mondiale, entre 2010 et 2015, la part des bailleurs de fonds et des ménages dans le financement du secteur de la santé était supérieure à 80% (répartie à peu près également à environ 40% chacun), l'État

¹⁶⁴ Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo*, Rapport Final, Kinshasa : Ministère de la Santé publique et Banque mondiale, p. 11.

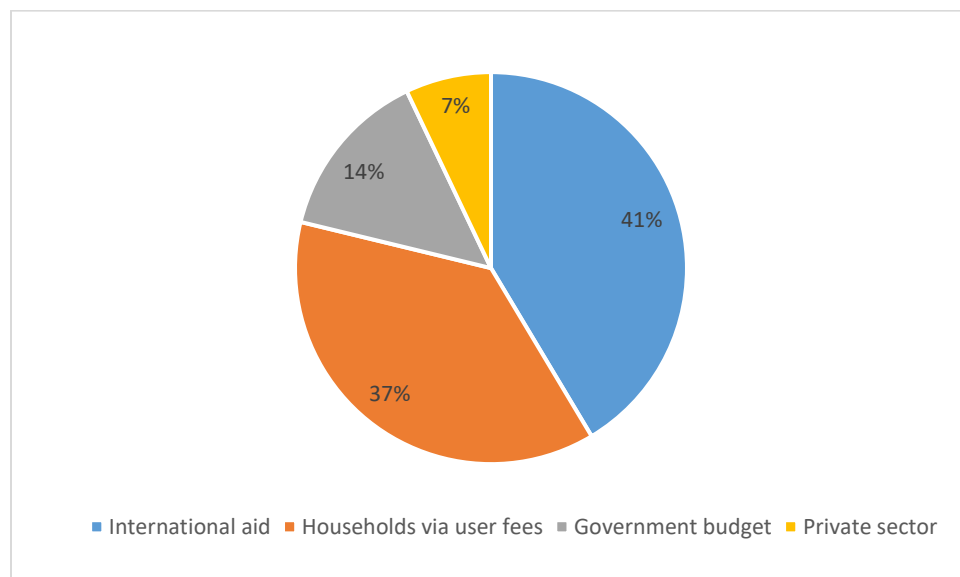
¹⁶⁵ Banque mondiale, 2015, *RDC : Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington : Rapport No. 96172-ZR, p. 66.

¹⁶⁶ Banque mondiale, 2015, *RDC : Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington DC, p. 66.

¹⁶⁷ Englebert, P., et E. K. Kasongo. 2016. Misguided and Misdiagnosed: The Failure of Decentralization Reforms in the DR Congo', *African Studies Review* 59(1) : 5-32.

¹⁶⁸ Englebert, P. 2012. Incertitude, autonomie et parasitisme : les entités territoriales décentralisées et l'État en République démocratique du Congo', *Politique Africaine*, 125, 169-88 ; Gaynor, N., 2014, Challenges to decentralization in the Democratic Republic of Congo : Beyond the political settlement, *Journal of International Development*, 28(2), 198-213 ; Englebert, P., et E. K. Kasongo. 2016. Misguided and Misdiagnosed: The Failure of Decentralization Reforms in the DR Congo', *African Studies Review* 59(1) : 5-32, pp. 23-24.

ne fournissant que 14%, principalement par le biais des dépenses de rémunération (l'investissement dans la santé étant presque entièrement financé par les bailleurs de fonds)¹⁶⁹.



Graphique : Financement de la santé 2010-2015¹⁷⁰

La question du financement du secteur de la santé est d'autant plus grave qu'elle est étroitement liée à l'économie politique du secteur public, où l'État est orienté vers l'extraction de rentes et de ressources et l'entretien de réseaux de patronage. Compte tenu de cela, et comme nous l'avons vu plus haut, le secteur de la santé au niveau vertical, qui relie les institutions centrales à la gestion provinciale, au niveau opérationnel (zone de santé) et aux établissements de première ligne, a été caractérisé par un flux ascendant de ressources vers l'extérieur plutôt que vers la prestation de services¹⁷¹ – qui remonte aux années 1980 avec la réduction des budgets publics et l'introduction du plan de soins de santé primaires. Connu sous le nom de « *financement ascendant* » (ou selon une expression locale, « *la pompe aspirante* »¹⁷²), ce système implique un renversement du flux normal d'investissement dans la santé (du budget central vers les structures de santé), par lequel les frais payés par les utilisateurs dans les structures de santé individuelles sont canalisés vers le haut de la chaîne pour financer la pyramide administrative de la

¹⁶⁹ Banque mondiale, 2018, *Améliorer la Dépense de Santé pour Renforcer le Capital Humain et Assurer une Croissance Inclusive*, Washington, Rapport de la Banque mondiale, juin 2018, pp. 36-37 ; Banque mondiale, 2015, *RDC : Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington : Rapport No. 96172-ZR, pp. 67-68.

¹⁷⁰ Banque mondiale, 2018, *Améliorer la Dépense de Santé pour Renforcer le Capital Humain et Assurer une Croissance Inclusive*, Washington, rapport de la Banque mondiale, juin 2018, p. 37.

¹⁷¹ Banque mondiale, 2008, *République démocratique du Congo : Public Expenditure Review (PER)*, Kinshasa : Banque mondiale, Gouvernement de la République démocratique du Congo & DFID, p. 108 ; Verhaghe, J., 2018, *Pratiques de financement et de gestion financière des hôpitaux publics en RDC. Constats et pistes d'amélioration*, Rapport non publié, Kinshasa, août 2018, p. 5 ; Fox, S., Witter, S., Wylde, E., Mafuta, E. & Lievens, T. (2014) Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo, *Health Policy and Planning* 2014;29, pp. 96-105, p. 99

¹⁷² Pavignani, E., Michael, M., Murru, M., Beesley, M. E., & Hill, P. S. (2013). Making sense of apparent chaos : health-care provision in six country case studies, *Revue internationale de la Croix-Rouge*, 95(889), 41-60, pp. 52-53.

santé¹⁷³. Ce système est également partiellement alimenté par des affectations fondées sur le patronage, dans le cadre desquelles le recrutement et la nomination d'agents de santé à des postes-clé par des personnes puissantes – qu'il s'agisse d'hommes politiques, de hauts fonctionnaires ou d'hommes forts locaux – entraînent un flux ascendant de ressources extraites vers le bas, fournies en échange du poste dont elles ont été récompensées (procédure parfois appelée « rapportage » ou « opération retour »)¹⁷⁴. Cette canalisation des ressources vers le haut plutôt que vers la prestation de services peut toutefois être endiguée lorsque les projets des bailleurs de fonds soutenant les zones et les structures de santé font explicitement de l'interruption de cette pratique un objectif des interventions¹⁷⁵.

¹⁷³ Congo Research Group, 2020, *Ebola en RDC : Les effets pervers d'un système de santé parallèle*, Congo Research Group, NYU/CIC septembre 2020, p. 10.

¹⁷⁴ En RDC, ce système de flux financiers ascendants va bien au-delà de la santé et a été documenté dans de nombreux autres secteurs : pour les frais de scolarité finançant l'ensemble de l'administration de l'éducation, voir Titeca, K., & De Herdt, T. (2011). Real governance beyond the 'failed state': Negotiating education in the Democratic Republic of the Congo. *African affairs*, 110(439), 213-231 and De Herdt, T., & Titeca, K. (2016). Governance with empty pockets: the education sector in the Democratic Republic of Congo. *Development and Change*, 47(3), 472-494; pour le rapportage dans les forces de police, see Baaz, M. E., & Olsson, O. (2011). Feeding the Horse: unofficial economic activities within the police force in the Democratic Republic of the Congo. *African Security*, 4(4), 223-241; Sanchez de la Sierra R., Titeca K., Haoyang Xie, Malukisa Nkuku A., and Aimable Amani Lameke, 'The real state: Inside the Congo's traffic police agency' (NBER Working Paper, Cambridge MA, July 2022); pour les marches publics, voir Malukisa Nkuku A. and Titeca K., 2018, 'Market governance in Kinshasa: the competition for informal revenue through "connections" (branchement)' (Institute of Development Policy, University of Antwerp Working Paper 2018.03, 2018); et pour les forces armées, voir Verweijen, J. (2016). Stable instability. Political settlements and armed groups in the Congo. London, Rift Valley Institute, Usalama project, Governance in conflict, Political settlements research programme; for *rapportage* in Kinshasa-province relations, see Ngoy B. & Englebert, P., (eds.) (2020), *Congo, l'État en morceaux. Politique et administration au prisme du découpage provincial*, Paris & Tervuren: MRAC & L'Harmattan.

¹⁷⁵ Voir EACP, 2016, *RDC : Pay Reform in the Health Sector*, Evidence, Analysis, and Coordination Programme, rapport non publié, p. 62

Annexe 4 : Le secteur privé et les RHS

Ce rapport traite principalement des RHS dans le secteur public, mais en RDC, le secteur privé de la santé est au moins aussi important pour la fourniture de soins de santé, même si l'on en sait beaucoup moins sur sa composition, sa couverture et ses éléments en matière de ressources humaines. Pour compléter ce tableau, cette annexe donne un aperçu de ce que l'on sait sur le personnel de santé du secteur privé. Elle repose sur une synthèse succincte de la littérature spécialisée disponible – assez limitée par ailleurs – sur les RHS du secteur privé. Pour ce faire, cette annexe s'appuie notamment sur l'évaluation du secteur privé de la santé en RDC réalisée par la Banque mondiale, en partenariat avec la Fondation Bill et Melinda Gates et l'USAID¹⁷⁶.

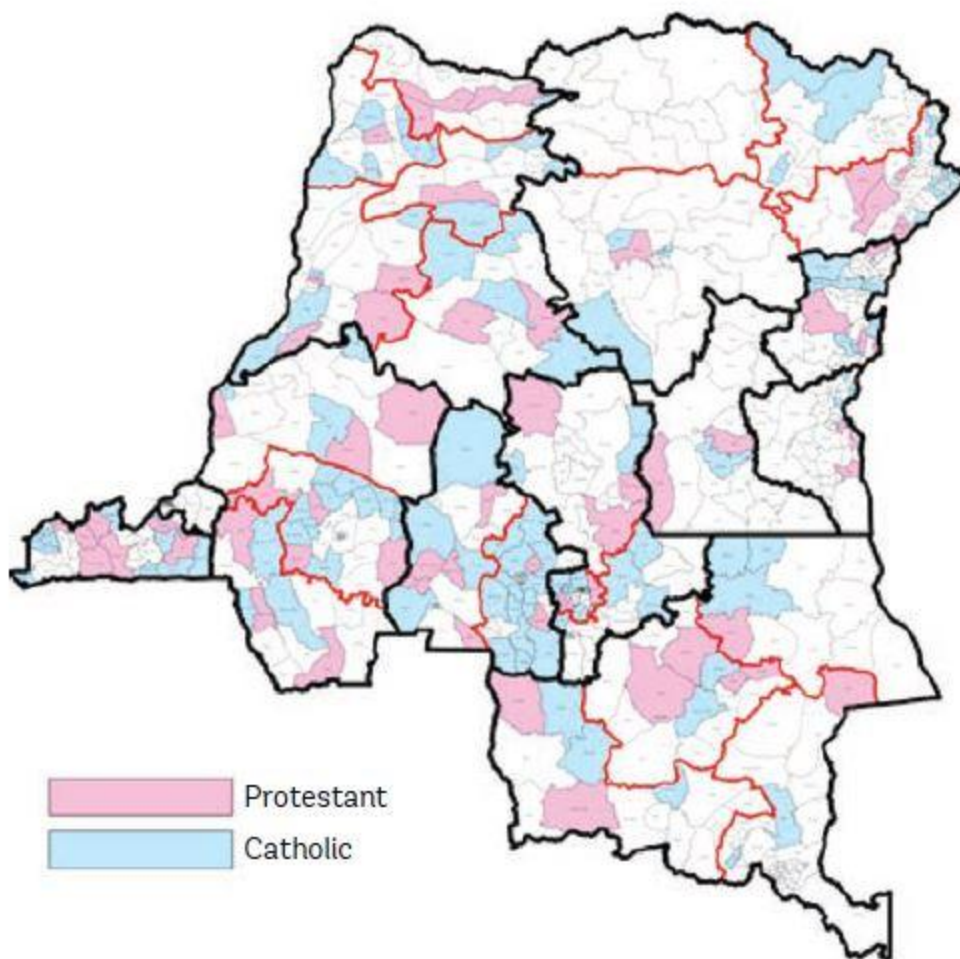
Pour donner une idée de l'importance du privé, on estime que la part du secteur privé confessionnel et associatif représente environ 40 % de l'offre de soins de santé en RDC¹⁷⁷. En outre, il a été estimé que le secteur privé représentait près de la moitié des 469 structures hospitalières de la RDC en 2017¹⁷⁸, et qu'environ 40 pour cent des zones de santé et jusqu'à 50 pour cent de tous les établissements de santé sont gérés ou cogérés par des organisations confessionnelles¹⁷⁹. Il est important de noter que ces chiffres sont des estimations approximatives, compte tenu des difficultés liées à la collecte d'informations auprès du secteur privé et de la pénurie de données fiables sur ce secteur. Une indication de ces tendances peut néanmoins être fournie par le graphique suivant, qui montre combien de zones de santé possèdent un hôpital général de référence géré par une organisation confessionnelle :

¹⁷⁶ Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc.

¹⁷⁷ RDC/Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa : Ministère de la Santé Publique, Septembre 2018, p. 14.

¹⁷⁸ Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc, p. 8.

¹⁷⁹ Barroy, H., F. Andre, S. Mayaka, et H. Samaha. 2014. *Investir dans la couverture sanitaire universelle : Opportunités et défis pour le financement de la santé en République démocratique du Congo*. Washington, DC : Groupe de la Banque mondiale, p. 9.



Graphique 4 : Zones de santé avec HGR gérés par des confessionnels, 2016¹⁸⁰

En RDC, le secteur de la santé est officiellement divisé en deux types d'institutions, publiques (centres de santé, hôpitaux généraux de référence, hôpitaux de l'armée et de la police, etc.) et privées (à but lucratif et non lucratif), à côté desquelles il convient de mentionner la médecine traditionnelle ; le secteur pharmaceutique est en grande partie entre les mains d'acteurs privés¹⁸¹. Les prestataires privés – en particulier les organisations confessionnelles – ont vu leur nombre et leur champ d'action croître dans les années 1990 et 2000, alors que le secteur de la santé publique se contractait sous l'effet des troubles

¹⁸⁰ Baer, F. et P. Sambu. 2016. "Réforme, développement et renforcement durables des systèmes de santé en RD Congo". Présentation au quatrième symposium mondial sur la recherche en systèmes de santé, Vancouver, Canada 14-18 novembre 2016, cité dans Brunner, B. et al. (2018), *The Role of the Private Sector in Improving the Performance of the Health System in the Democratic Republic of Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc, p. 16.

¹⁸¹ RDC/Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa : Ministère de la Santé Publique, Septembre 2018, p. 13. Voir également Stasse et al, 2015, Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity, *Global Health Action*, 8:1.

civils, des conflits et de la tourmente politique¹⁸². Si l'importance des prestataires privés est reconnue par le gouvernement, qui cherche à les intégrer dans le système de santé général, l'engagement public-privé reste limité en dehors des organisations confessionnelles¹⁸³. Dans le même temps, la confusion entourant la décentralisation des compétences des niveaux central, provincial et inférieurs du gouvernement, ainsi que les lacunes en matière de ressources financières et humaines, combinées au manque de données sur la présence et la composition du secteur privé, se sont révélées être un obstacle à la réglementation du secteur privé¹⁸⁴.

Si le secteur privé à but lucratif semble être principalement présent dans les zones urbaines et les centres économiques (cabinets médicaux et paramédicaux, cliniques et polycliniques, centres de diagnostic, laboratoires, etc.), certaines études suggèrent que l'offre privée de soins de santé peut également se développer dans des zones mal desservies par d'autres prestataires¹⁸⁵. Les organisations confessionnelles et les ONG, quant à elles, souvent soutenues par des PTF, opèrent fréquemment dans des zones mal desservies¹⁸⁶. Le secteur à but lucratif est réglementé par le ministère de la santé (*autorisations d'ouverture*) et la province (*demande d'ouverture*). Cependant, le cadre juridique permettant de clarifier les mandats entre le niveau central et le niveau provincial était toujours absent en 2018¹⁸⁷. Le secteur privé confessionnel et associatif (catholique, protestant, kimbanguiste, etc.) est florissant en RDC depuis la période coloniale, et de nombreux hôpitaux et centres de santé sont gérés par les églises¹⁸⁸, après avoir conclu un accord contractuel avec l'État clarifiant les droits et les devoirs des deux partenaires, laissant les églises largement autonomes en termes de gestion.

À Kinshasa, et plus généralement dans les autres centres urbains, on assiste à une très forte prolifération de structures sanitaires (dispensaires, cabinets médicaux, cliniques, centres de santé) – dont peu respectent les normes nationales (et qui sont parfois appelées « *boutiques médicales de la mort* ») – reflétant « le déficit ou le manque d'accès à des soins de qualité pour une grande partie d'une population de plus en plus paupérisée »¹⁸⁹. Selon un rapport, « la grande majorité des laboratoires, pharmacies et cliniques informelles – qui constituent l'essentiel des structures de soins de santé en RDC – sont des entreprises à but lucratif gérées par un personnel non formé (ou formé de manière informelle) »¹⁹⁰. En

¹⁸² Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc, pp. xv-xvi.

¹⁸³ Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc, pp. xv-xvi.

¹⁸⁴ Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc, pp. xv-xvi.

¹⁸⁵ Bukonda, N. K., Chand, M., Disashi, T. G., Lumbala, C. W. M., & Mbiye, B. (2012). Health care entrepreneurship in the Democratic Republic of the Congo : an exploratory study (L'entrepreneuriat dans le secteur de la santé en République démocratique du Congo : une étude exploratoire). *Journal of African Business*, 13(2), 87-100.

¹⁸⁶ Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc, p. 22.

¹⁸⁷ RDC/Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa : Ministère de la Santé Publique, Septembre 2018, p. 14.

¹⁸⁸ RDC/Ministère de la Santé Publique, *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa : Ministère de la Santé Publique, Septembre 2018, p. 14.

¹⁸⁹ Wembonyama, S., Mpaka, S. & Tshilolo, L., 2007, Médecine et santé en république démocratique du Congo : De l'indépendance à la 3e république, *Médecine Tropicale*, 67:5, 447-457, p. 453.

¹⁹⁰ Congo Research Group, 2020, Ebola en RDC : Les effets pervers d'un système de santé parallèle, Congo Research Group, NYU/CIC septembre 2020, p. 10 ; Bukonda, N. K., Chand, M., Disashi, T. G., Lumbala, C. W. M., & Mbiye, B.

2007, on estimait que le taux d'utilisation des structures de santé officiellement reconnues était d'environ 0,15 consultation par personne et par an¹⁹¹. L'importance de l'offre privée peut être mesurée dans le secteur pharmaceutique : il a été estimé qu'entre 8.000 et 10.000 pharmacies opéraient dans l'informel en RDC, contre 109 pharmacies reconnues, les premières étant généralement gérées par des propriétaires ou des membres du personnel sans formation en pharmacie, et délivrant des médicaments sans ordonnance, encourageant ainsi la pratique courante de l'automédication¹⁹². Les établissements de premier niveau à but non lucratif – qu'ils soient publics ou privés – appelés *Centres de santé intégrés* (CSI) devraient être placés sous l'autorité et la supervision de l'*Équipe Cadre Zone* (ECZ), tandis que les centres de santé à but purement lucratif, qui ne sont pas intégrés, ne relèvent pas de la compétence de l'État. La supervision par l'ECZ tend toutefois à se limiter à la collecte de données et à l'établissement de l'inventaire des médicaments. En outre, lorsque le CSI ou l'HGR appartiennent à un acteur privé – tel qu'une église – la supervision est rarement effectuée de manière adéquate¹⁹³.

En ce qui concerne la collaboration entre les organisations confessionnelles et le gouvernement, les relations entre les deux parties sont en principe définies par une convention. Par exemple, la convention entre l'église catholique et le gouvernement couvre une période de dix ans (2018-2028)¹⁹⁴. Cette convention, qui définit les droits et les responsabilités des deux parties, stipule que le gouvernement n'affecte pas les agents de santé du secteur public (matriculés, sous statut) sauf accord ou demande de la CENCO ; le personnel travaillant dans les structures gérées par la CENCO travaille sous contrat, et est régi par les lois nationales du travail (*Code du Travail*), sans vocation à devenir des fonctionnaires. De son côté, la CENCO est liée par le statut général de la fonction publique pour ses agents de santé publique qui sont des fonctionnaires immatriculés. Dans la pratique, comme indiqué ci-dessous, les organisations confessionnelles emploient un grand nombre de personnes rémunérées par le secteur public, ce qui rend le nombre de RHS du secteur privé difficile à déterminer.

En principe, différentes institutions du secteur public devraient jouer un rôle important dans le développement, la supervision et la régulation du secteur privé, y compris de sa main-d'œuvre (les acteurs concernés sont les ministères de la santé, de l'éducation, de l'enseignement supérieur, du commerce, les gouvernements provinciaux locaux) ; et leurs actions sont censées être complétées par des acteurs du secteur privé (ordres professionnels, syndicats, associations) actifs dans les domaines de l'éthique, du plaidoyer, des politiques de RHS, des rémunérations. Cependant, comme le montrent les paragraphes précédents, un certain nombre de raisons rendent cette supervision et cette régulation tout à fait hypothétiques. La question de l'information adéquate est un premier problème : il y a une pénurie significative de rapports, ce qui signifie que des données fiables font cruellement défaut. Par exemple, il

(2012). Health care entrepreneurship in the Democratic Republic of the Congo : an exploratory study, *Journal of African Business*, 13(2), 87-100.

¹⁹¹ Wembonyama, S., Mpaka, S. & Tshilolo, L., 2007, Médecine et santé en république démocratique du Congo : De l'indépendance à la 3e république, *Médecine Tropicale*, 67 :5, 447-457, p. 453, citant la *Stratégie de renforcement du système de santé* (SRSS) du ministère de la Santé.

¹⁹² Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD: Abt Associates Inc, pp. 41-42.

¹⁹³ Stasse et al, 2015, Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity, *Global Health Action*, 8:1, pp. 2-3.

¹⁹⁴ RDC/Gouvernement & CENCO, (2018) Convention cadre de partenariat no1250/CAB/MIN/S/020/CAJ/OWE/2018 du 22 Août 2018 portant collaboration dans le domaine de la santé entre le gouvernement de la République Démocratique du Congo et la Conférence Épiscopale Nationale du Congo, ASBL, Kinshasa, Juin 2018.

n'existe pas de chiffres fiables concernant le nombre de RHS travaillant dans le secteur privé, certaines sources avançant des chiffres plus élevés pour le secteur public, d'autres le contraire (ce qui semble plus probable étant donné que le nombre de RHS du secteur privé a également augmenté de manière significative au cours des dernières années)¹⁹⁵. Les accords contractuels entre les organisations confessionnelles et le secteur public ajoutent une couche de confusion à tout effort visant à présenter des données claires sur les RHS dans le secteur privé : comme l'indique un rapport, « on estime que 65 % du personnel travaillant dans les établissements de santé soutenus par l'Église catholique sont également reconnus en tant que personnel de santé auprès du ministère de la Santé, et que 30 % figurent sur les listes de paie du ministère de la Santé en vertu d'accords entre les deux parties »¹⁹⁶, tandis que le système proscrit mais courant de double pratique dans les secteurs public et privé, facilité par une rémunération publique faible et irrégulière, complique encore ce tableau¹⁹⁷. Outre l'insuffisance des informations, le fait que les établissements de santé privés considèrent la supervision de l'ECZ comme intrusive et inutile est un autre facteur de complication¹⁹⁸. Cela signifie que, dans l'ensemble, le secteur privé reste très mal connu et insuffisamment réglementé¹⁹⁹.

¹⁹⁵ Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc, pp. 69-71.

¹⁹⁶ Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc, p. 70.

¹⁹⁷ Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD: Abt Associates Inc, p. 71.

¹⁹⁸ Stasse et al, 2015, Improving financial access to health care in the Kisantu district in the Democratic Republic of Congo: acting upon complexity, *Global Health Action*, 8:1.

¹⁹⁹ Brunner, B. et al. (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD: Abt Associates Inc, p. 12.

Annexe 5 : Le rôle des Partenaires Techniques et Financiers dans le secteur de la santé

Pour une évaluation complète de la gestion des RHS en RDC, le rôle des bailleurs de fonds doit être pris en compte, étant donné le nombre important d'initiatives dans le secteur de la santé. Il faut cependant noter d'emblée que, parmi la myriade de projets et de programmes dans le secteur de la santé, étonnamment peu s'attaquent explicitement au problème des RHS – un dénominateur commun à tous les projets des bailleurs de fonds, et une source clé de problèmes pour dans ces derniers – même si leur mise en œuvre dépend d'un certain degré de collaboration avec les services administratifs.

Si les contributions des bailleurs sont tout à fait cruciales pour le secteur (environ 20 % des coûts récurrents et 80 % des investissements dans les infrastructures proviennent de financements externes)²⁰⁰, la présence à grande échelle des PTF pose d'immenses défis : en 2012, il y avait une multiplicité de partenaires et de projets (195 projets et programmes de 2006 à 2012 dans le domaine de la santé) dont la majorité se concentre sur des maladies spécifiques et non sur le renforcement du système de santé, de manière fragmentée ; parmi les autres problèmes figurent le manque d'harmonisation, les nombreux systèmes de gestion parallèles, l'opacité du financement des projets et le non-alignement de l'aide sur les priorités nationales²⁰¹. Nos enquêtes de terrain confirment ces tendances : si les appuis financiers, en matériel, équipements, et infrastructures sont appréciés par les autorités politico-administratives et gestionnaires du secteur, un certain nombre de problèmes ont également été soulignés : le fait que les autorités politico-administratives sont insuffisamment informées des interventions des PTF dans leurs provinces ; des appuis décidés au niveau des sièges des PTF qui ne sont pas modifiables une fois mis en œuvre, et parfois peu ou pas alignés aux besoins du secteur ou adaptés aux réalités locales.

En tout cas, dans la mise en œuvre des projets et programmes dans le secteur de la santé, et particulièrement ceux qui visent à maintenir la prestation des services de santé, les efforts déployés par les PTF ont donné lieu à l'adoption généralisée de systèmes de FBP dans tout le pays : ainsi, il était estimé en 2018 que plus d'un quart des zones de santé du pays recevaient un soutien FBP de différents partenaires – une approche qui a été approuvée par le Ministère de la Santé²⁰².

La Banque Mondiale par exemple, a eu recours au FBP à travers son programme PDSS (*Projet de Développement du Système de Santé*), lancé en 2015 avec pour objectif d'améliorer l'utilisation et la qualité des soins de santé maternels et infantiles dans onze provinces, en soutenant 165 zones de santé. Une évaluation du PDSS datant de 2022 suggère que la composante FBP est à la base d'évolutions positives dans les zones de santé appuyées, avec une amélioration palpable de la couverture de soins de santé reproductifs, maternels et infantiles, des impacts positifs autant sur l'utilisation des services que sur leur qualité, et une tendance généralisée vers une tarification forfaitaire des soins de santé²⁰³.

²⁰⁰ Lindström, C. (2019), *Weak States, Strong Elites and Acquiescent Donors: State-building and aid relationships in the Democratic Republic of Congo 2006-2016*, thèse de doctorat, Institute of Development Studies, Université de Sussex, décembre 2019, pp. 92-93.

²⁰¹ Zinnen, V., 2012, *Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé*, Étude de cas de la RDC. Groupe de recherche en appui à la Politique sur la mise en œuvre de l'agenda pour l'efficacité de l'aide, GRAP-PA, p. 10 ; Kalambay Ntembwa, H. & Van Lerberghe, W., 2015, *République démocratique du Congo. Améliorer la coordination de l'aide dans le secteur de la santé*, Genève, OMS.

²⁰² Maini, R., Mounier-Jack, S., & Borghi, J. (2018), Performance-based financing versus improving salary payments to workers: insights from the Democratic Republic of Congo, *BMJ Global Health*, 3:5, e000958, pp. 1-2.

²⁰³ World Bank, 2022, *Performance-based financing in the health sector of the Democratic Republic of Congo: Impact evaluation report*, October 2022.

Le FBP reste une option attrayante pour les PTF pour des raisons compréhensibles : fournir aux gouvernements et aux contribuables des résultats et un bon rapport qualité-prix des investissements. Dans le même temps, cependant, des options plus difficiles pour redresser les capacités dans le secteur de la santé et s'attaquer de front aux problèmes de rémunération et de couverture inadéquates des travailleurs de la santé – qui nécessitent un travail simultané de plusieurs ministères – semblent beaucoup moins attrayantes pour des raisons évidentes. Toutefois, cette dépendance à l'égard du FBP, qui évite l'appui budgétaire, et s'appuie sur les unités de mise en œuvre des projets et les fonds du FBP directement versés sur les comptes des établissements de santé, peut saper les capacités du secteur public au lieu de contribuer à les renforcer²⁰⁴.

L'expérience de DFID/FCDO

En effet, les partenaires techniques et financiers sont confrontés à des défis qui les placent devant un dilemme : l'un des principaux défis consiste à trouver un équilibre délicat entre l'obtention de résultats qui améliorent l'accès aux soins de santé pour la population et la conception d'interventions qui n'entravent pas les capacités de l'État et n'affectent pas négativement les perspectives de réforme, en particulier dans le domaine de la gestion des ressources humaines et de la paie. L'expérience des programmes de santé successifs financés par le DFID/FCDO britannique en RDC, qui présente l'avantage d'avoir été mieux documentée par le biais de plusieurs publications, peut nous aider à illustrer les paramètres de ce dilemme.

DFID/FCDO a mis en œuvre son programme d'accès aux soins de santé (ATH) de 2008 à 2013, par l'intermédiaire de deux ONG internationales (International Rescue Committee et MERLIN), afin de soutenir les centres de santé et les hôpitaux dans la fourniture de soins de santé primaires de base dans vingt zones de santé à travers quatre provinces, la province Orientale, le Maniema, le Kasaï Occidental et le Sud-Kivu. L'aide comprenait le financement des frais de fonctionnement quotidiens, la construction et la réhabilitation des installations, l'équipement médical, la formation des agents de santé, les médicaments et des primes de performance pour les agents de santé²⁰⁵. En ce qui concerne les primes, 70 % d'entre elles étaient versés chaque mois aux agents en fonction de leur présence dans les établissements de santé, tandis que les 30 % restants dépendaient de l'obtention d'une note minimale lors de l'examen trimestriel des performances de l'établissement de santé. Il permettait également de fournir des services à un coût considérablement réduit (c'est-à-dire partiellement subventionné). Cependant, les recherches menées sur le programme ATH ont abouti à des résultats mitigés quant à l'efficacité de la subvention des frais d'utilisation en tant que stratégie visant à accroître l'utilisation des services : si la subvention ou la suppression des frais d'utilisation a entraîné une augmentation de l'utilisation des soins de santé à court terme, elle n'a pas eu les effets positifs escomptés à long terme :

²⁰⁴ Maini, R., Mounier-Jack, S., & Borghi, J. (2018), Performance-based financing versus improving salary payments to workers: insights from the Democratic Republic of Congo, *BMJ Global Health*, 3:5, e000958, pp. 1-2.

²⁰⁵ Maini, R., Van den Bergh, R., van Griensven, J., Tayler-Smith, K., Ousley, J., Carter, D., ... & Zachariah, R. (2014). Picking up the bill-improving health-care utilization in the Democratic Republic of Congo through user fee subsidization : a before and after study, *BMC Health Services Research*, 14, 1-11, p. 2-3.

les tendances en matière d'utilisation n'ont pas changé de manière significative au fil du temps en créant des boucles positives, à l'exception d'une seule zone de santé²⁰⁶.

En 2013, un nouveau programme de santé du DFID/FCDO, a pris le relais, *Accès aux Soins de Santé Primaire* (ASSP), qui a opté pour un retrait progressif du FBP : une hypothèse clé sous-tendant ce changement était que « *la présence du FBP – parmi d'autres raisons incluant un budget national faible pour la santé, une mauvaise gouvernance et des problèmes de sécurité – avait réduit les incitations pour le gouvernement à rémunérer ses travailleurs de la santé, sapant ainsi potentiellement la réforme de l'ensemble du système dans le secteur* »²⁰⁷. Au lieu de cela, l'ASSP a travaillé avec différentes institutions gouvernementales pour effectuer un recensement des travailleurs de la santé afin d'éliminer les travailleurs fictifs, de mettre à jour les rémunérations et d'augmenter le nombre d'agents de santé rémunérés (comme discuté ci-dessus à travers les cas des provinces du Kasai et du Kasai Central, et les exercices d'identification des travailleurs fictifs qui y ont été menés²⁰⁸). Bien qu'elle n'ait pas été exempte de difficultés – la suppression progressive du FBP a eu toute une série d'effets pervers sur la motivation et l'assiduité, car les rémunérations des travailleurs de la santé concernés ont chuté²⁰⁹ – le succès du recensement et la redistribution des paiements à des milliers de travailleurs de la santé non-rémunérés ont démontré que travailler par l'intermédiaire des institutions gouvernementales congolaises (en établissant des relations et en s'assurant de l'appropriation du changement) pouvait être une voie potentiellement viable, malgré la présence d'intérêts particuliers visant à maintenir le statu quo fait de rentes salariales (étroitement liées au patronage). Cela a également montré l'importance de construire et de renforcer les systèmes d'information sur les RHS comme moyen d'identifier et de supprimer le personnel fictif des listes de paie²¹⁰.

Une autre étude, livrant une analyse des effets pervers de la suppression progressive du FBP pour le personnel des établissements de santé dans l'ASSP, a soulevé un point connexe mais tout aussi important : la conception des régimes FBP nécessite non seulement un examen approfondi de l'environnement financier existant des agents de santé afin de prévenir des effets de distorsion des paiements dans le contexte des différentes sources de revenus ; mais aussi, un moyen d'y parvenir, serait d'intégrer le FBP à d'autres mécanismes de paiement existants (comme les salaires ou les *primes*) au lieu de mettre en

²⁰⁶ Maini, R., Van den Bergh, R., van Griensven, J., Tayler-Smith, K., Ousley, J., Carter, D., ... & Zachariah, R. (2014). Picking up the bill-improving health-care utilization in the Democratic Republic of Congo through user fee subsidization : a before and after study, *BMC Health Services Research*, 14, 1-11, p. 5-7.

²⁰⁷ Maini, R., Mounier-Jack, S., & Borghi, J. (2018), Performance-based financing versus improving salary payments to workers: insights from the Democratic Republic of Congo, *BMJ Global Health*, 3:5, e000958, p. 2.

²⁰⁸ Likofata Esanga, J.-R. et al. (2017) How the introduction of a human resources information system helped the Democratic Republic of Congo to mobilize domestic resources for an improved health workforce, *Health Policy and Planning*, 32, 2017, iii25-iii31.

²⁰⁹ Maini, R., Lohmann, J., Hotchkiss, D. R., Mounier-Jack, S., & Borghi, J. (2019). What happens when donors pull out? Examining differences in motivation between health workers who recently had performance-based financing (PBF) withdrawn with workers who never received PBF in the Democratic Republic of Congo. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(11), 646-661.

²¹⁰ Maini, R., Mounier-Jack, S., & Borghi, J. (2018), Performance-based financing versus improving salary payments to workers: insights from the Democratic Republic of Congo, *BMJ Global Health*, 3:5, e000958, p. 2.

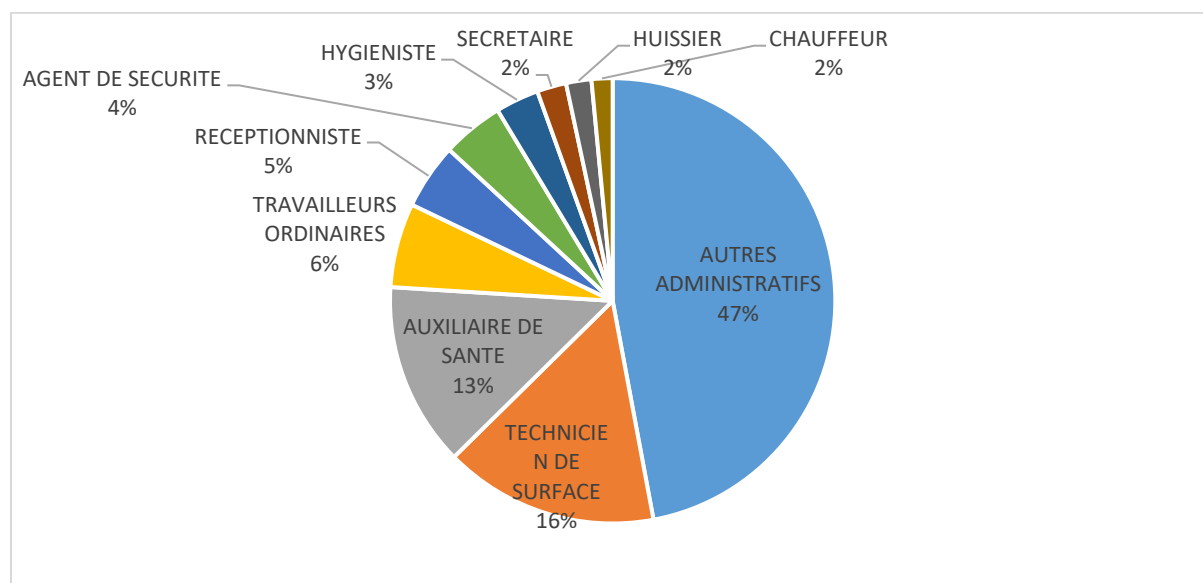
œuvre le FBP en tant que programme vertical autonome²¹¹. Ceci est d'autant plus important que les agents de santé ont tendance à apprécier les rémunérations de l'État – en particulier les salaires, mais aussi les *primes* – plus que les paiements au titre du FBP, qui sont considérés comme transitoires et moins sûrs en tant que source de revenus au fil du temps²¹². Dans l'ensemble, le FBP soulève d'importantes questions quant à son interaction avec la rémunération « complexe » des agents de santé, à son impact sur les zones de santé qui ne bénéficient pas du soutien du FBP et à son incidence sur les décisions nationales en matière de GRH et de paie.

²¹¹ Maini R. et al. (2019), Examining differences in motivation between health workers who recently had performance-based financing (PBF) withdrawn with workers who never received PBF in the Democratic Republic of Congo, *International Journal of Health Policy, and Management*, 8(11), 646-661, p. 658.

²¹² Fox, S., Witter, S., Wylde. E., Mafuta, E. & Lievens, T. (2014) Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo, *Health Policy and Planning* 2014;29, pp. 96-105.

Annexe 6 : Tableaux et graphiques liés à la répartition des RHS

Le personnel administratif est la catégorie professionnelle la plus importante RHS, avec 45 % du personnel (voir figure 6 dans la section 2.5 du rapport principal). Le graphique suivant montre la répartition des sous-catégories au sein du personnel administratif. Parmi le personnel administratif, on note une forte présence du personnel de soutien, suivi des auxiliaires de santé (infirmières A3, laborantins, etc.). Comme le montre le graphique ci-dessous, les techniciens de surface (16%) et les auxiliaires de santé sont les deux sous-catégories les plus représentées.



Graphique : La répartition du personnel administratif par sous-catégorie (calculs des auteurs sur base des listes déclaratives)

Les deux graphiques suivants montrent l'âge moyen des RHS et l'âge moyen de recrutement par catégorie professionnelle. Par rapport à leur âge et expérience, la moyenne générale d'âge était de 45 ans. Les administratifs (51 ans), les anesthésistes (47 ans) ainsi que les administrateurs gestionnaires (46 ans) avaient les âges moyens les plus élevés. Seuls les nutritionnistes avaient un âge moyen de moins de 40 ans (38,4 ans).

L'âge à l'engagement était de façon générale estimé à 34 ans, avec les anesthésistes ayant l'âge l'engagement le plus élevé (36 ans). Il convient toutefois de noter que la date officielle d'engagement ne devait pas se confondre avec l'âge du début d'emploi car, comme le montre le graphique sur l'évolution du nombre de RHS engagées par décennies, et les informations obtenues des informateurs clés, la régularisation des engagements de plusieurs RHS ne s'est fait que plus récemment avec un pic important en 2018 et 2008. Cette évolution des engagements suit une courbe similaire entre les différentes catégories professionnelles avec toutefois un pic beaucoup plus important en 2018 pour les administratifs et les infirmiers (voir les graphiques dans la section 2.1 du rapport principal).

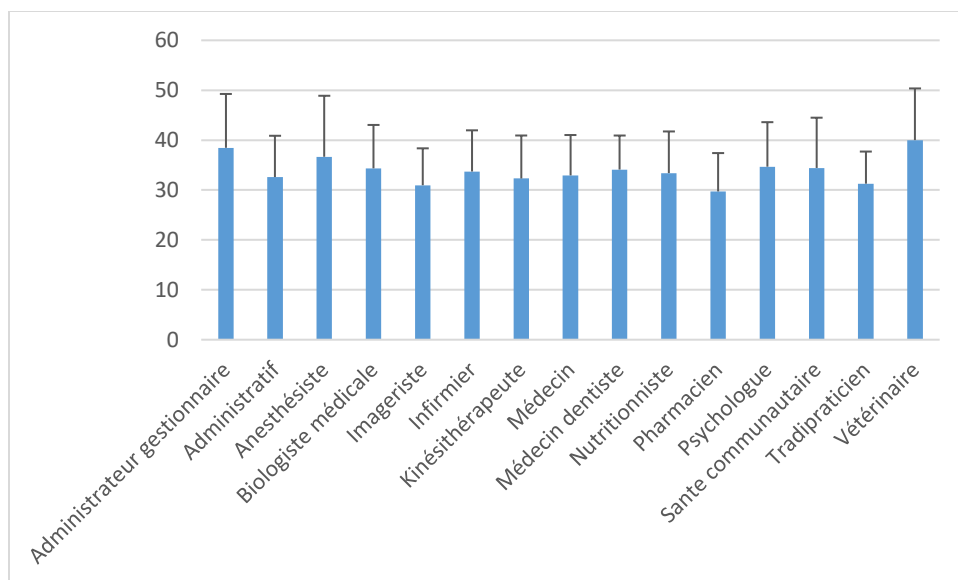


Figure : Age moyen des RHS par catégories professionnelles

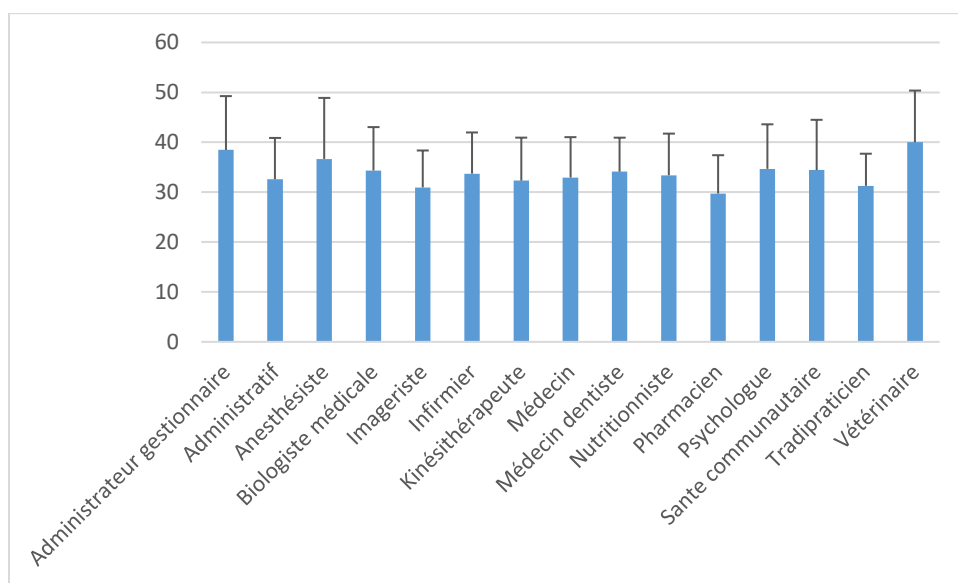


Figure : Age moyen à l'engagement des RHS par catégories professionnelles

L'analyse quantitative présentée au chapitre 2, ainsi que les graphiques de cette annexe, permettent de formuler les observations suivantes :

1. La majorité des RHS sont des administratifs des métiers à carrières planes dont la carrière ne requiert pas une montée en grade. Leur nombre important fait aussi questionner leur utilisation effective dans les différentes structures. Il est fort probable que la plupart serait de fait en chômage déguisé.
2. Certaines professions ou fonctions administratives n'entrent pas dans le champ d'application du cadre organique de santé (aumôniers, menuisiers, ménagère, etc.). Il sied de se poser la question sur le besoin de les recruter comme RHS faisant partie de la liste déclarative des RHS.

3. Il existe aussi des fonctions et métiers transversaux à travers les différentes catégories professionnelles. Il s'agit notamment des hygiénistes, des animateurs communautaires, des logisticiens, des enquêteurs qui sont des fonctions tenues par des profils différents (administratifs, infirmiers, voire des médecins). Il est donc important de bien clarifier le profil attendu pour ces fonctions qui paraissent comme des fourre-tout qui servent à caser le trop plein des RHS.

4. Les L2 en santé publique et les MPH ressortent aussi comme des profils dont le besoin et l'utilisation ne ressortent pas clairement. En effet, ces deux profils sont dans la plupart de cas utilisés comme analystes, hygiénistes, animateurs communautaires ou superviseurs (pour les deux) ou encore comme médecin traitant ou administrateur gestionnaire (pour les MPH) ou infirmier traitant (pour les L2 SAPU). Il ressort donc que la plus-value de ces formations dans le système. Leur besoin par le Ministère ne semble pas clairement ressortir. Il sied de se questionner sur le besoin d'ouverture de ces formations.

5. L'âge moyen à l'engagement est élevé. Ceci démontre que beaucoup de ces RHS ont travaillé pendant une période sans que leur travail ne soit reconnu ; la plupart n'ayant été officiellement engagé que vers 2008 et 2018. Ceci a comme conséquence dans leur carrière que ces RHS ne bénéficient financièrement de leur emploi que pendant un temps court avant d'aller en retraite. La plupart pourraient aussi aller en retraite avec un grade de recrutement (plus de 60% des médecins ont encore un grade de médecin interne tandis que les infirmiers sont dans leur majorité avec un grade d'hospitalier de premier échelon) avec donc une base de calcul de leur retraite qui ne correspond réellement au service rendu.

Enfin, la répartition des effectifs entre les différentes catégories par province est présentée dans le tableau ci-dessous :

Provinces	Catégories	N	%
Bas Uélé	Administrateur gestionnaire	35	1,2
	Administratif	1921	67,7
	Biologiste médicale	18	0,6
	Imageriste	1	0
	Infirmier	734	25,9
	Médecin	111	3,9
	Nutritionniste	2	0,1
	Pharmacien	3	0,1
	Santé communautaire	12	0,4
	Total	2837	100
EQUATEUR		2	0
	Administrateur gestionnaire	232	2,3
	Administratif	5895	57,8

	Anesthésiste	4	0
	Biologiste médical	95	0,9
	Imageriste	3	0
	Infirmier	3238	31,7
	Kinésithérapeute	3	0
	Médecin	598	5,9
	Médecin dentiste	2	0
	Nutritionniste	42	0,4
	Pharmacien	4	0
	Sante communautaire	39	0,4
	Technicien de laboratoire a2	44	0,4
	Total	10201	100
HAUT KATANGA		2	0
	Administrateur gestionnaire	130	1,6
	Administratif	3204	40,1
	Anesthésiste	8	0,1
	Biologiste médical	288	3,6
	Imageriste	9	0,1
	Infirmier	2750	34,4
	Kinésithérapeute	4	0,1
	Médecin	1283	16,1
	Médecin dentiste	10	0,1
	Nutritionniste	49	0,6
	Pharmacien	88	1,1
	Psychologue	7	0,1
	Sante communautaire	139	1,7
	Tradipraticien	3	0
	Vétérinaire	16	0,2

	Total	7990	100
HAUT LOMAMI		6	0,2
	Administrateur gestionnaire	10	0,3
	Administratif	1823	54,2
	Anesthésiste	1	0
	Biologiste médical	29	0,9
	Imageriste	3	0,1
	Infirmier	1224	36,4
	Kinésithérapeute	2	0,1
	Médecin	222	6,6
	Médecin dentiste	1	0
	Nutritionniste	9	0,3
	Pharmacien	8	0,2
	Sante communautaire	23	0,7
	Technicien de laboratoire a2	2	0,1
	Total	3363	100
HAUT UELE		13	0,3
	Administrateur gestionnaire	13	0,3
	Administratif	2175	58,4
	Anesthésiste	7	0,2
	Biologiste médical	39	1
	Infirmier	1258	33,8
	Kinésithérapeute	3	0,1
	Médecin	223	6
	Nutritionniste	1	0
	Pharmacien	1	0
	Sante communautaire	1	0
	Technicien de laboratoire a2	1	0
	Total	3722	100

ITURI		5	0,1
	Administrateur gestionnaire	35	0,4
	Administratif	4537	57,4
	Anesthésiste	13	0,2
	Biologiste médical	143	1,8
	Imageriste	3	0
	Infirmier	2730	34,6
	Kinésithérapeute	8	0,1
	Médecin	388	4,9
	Médecin dentiste	2	0
	Nutritionniste	10	0,1
	Pharmacien	10	0,1
	Psychologue	5	0,1
	Sante communautaire	9	0,1
	Technicien de laboratoire a2	2	0
	Total	7900	100
KASAÏ		12	0,2
	Administrateur gestionnaire	54	0,9
	Administratif	2418	40,3
	Biologiste médical	119	2
	Imageriste	1	0
	Infirmier	3061	51
	Kinésithérapeute	1	0
	Médecin	263	4,4
	Médecin dentiste	2	0
	Nutritionniste	28	0,5
	Pharmacien	7	0,1
	Sante communautaire	31	0,5

	Total	5997	100
KASAÏ CENTRAL		8	0,1
	Administrateur gestionnaire	64	0,8
	Administratif	3517	45,1
	Anesthésiste	2	0
	Biologiste médical	147	1,9
	Imageriste	3	0
	Infirmier	3299	42,3
	Kinésithérapeute	3	0
	Médecin	633	8,1
	Médecin dentiste	3	0
	Nutritionniste	10	0,1
	Pharmacien	7	0,1
	Sante communautaire	86	1,1
	Technicien de laboratoire a2	8	0,1
	Total	7790	100
KASAÏ ORIENTAL		1	0
	Administrateur gestionnaire	97	1,1
	Administratif	4465	51,9
	Anesthésiste	4	0
	Biologiste médical	189	2,2
	Imageriste	6	0,1
	Infirmier	2889	33,6
	Kinésithérapeute	2	0
	Médecin	678	7,9
	Médecin dentiste	1	0
	Nutritionniste	76	0,9
	Pharmacien	15	0,2

	Psychologue	1	0
	Sante communautaire	170	2
	Tradipraticien	2	0
	Total	8596	100
KINSHASA	Administrateur gestionnaire	1002	2,9
	Administratif	10152	29,8
	Anesthésiste	109	0,3
	Biologiste médical	1424	4,2
	Imageriste	254	0,7
	Infirmier	13318	39,1
	Kinésithérapeute	383	1,1
	Médecin	6037	17,7
	Médecin dentiste	183	0,5
	Nutritionniste	309	0,9
	Pharmacien	270	0,8
	Sante communautaire	189	0,6
	Technicien de laboratoire a2	441	1,3
	Total	34071	100
KONGO CENTRAL		17	0,1
	Administrateur gestionnaire	102	0,6
	Administratif	6043	35,4
	Anesthésiste	22	0,1
	Biologiste médical	193	1,1
	Imageriste	57	0,3
	Infirmier	7847	46
	Kinésithérapeute	61	0,4
	Médecin	1488	8,7
	Médecin dentiste	22	0,1

	Nutritionniste	82	0,5
	Pharmacien	30	0,2
	Sante communautaire	73	0,4
	Technicien de laboratoire a2	1018	6
	Vétérinaire	1	0
	Total	17056	100
KWANGO		4	0
	Administrateur gestionnaire	298	2,5
	Administratif	5612	47,9
	Anesthésiste	1	0
	Biologiste médical	283	2,4
	Imageriste	2	0
	Infirmier	5123	43,7
	Kinésithérapeute	3	0
	Médecin	238	2
	Nutritionniste	74	0,6
	Pharmacien	1	0
	Sante communautaire	61	0,5
	Technicien de laboratoire a2	13	0,1
	Total	11713	100
KWILU		1	0
	Administrateur gestionnaire	644	3,1
	Administratif	7509	36,1
	Biologiste médical	561	2,7
	Imageriste	24	0,1
	Infirmier	10812	52
	Kinésithérapeute	25	0,1
	Médecin	800	3,8

	Médecin dentiste	6	0
	Nutritionniste	160	0,8
	Pharmacien	11	0,1
	Sante communautaire	77	0,4
	Technicien de laboratoire a2	180	0,9
	Vétérinaire	1	0
	Total	20811	100
LOMAMI		12	0,2
	Administrateur gestionnaire	99	1,4
	Administratif	3597	49,3
	Biologiste médical	66	0,9
	Imageriste	2	0
	Infirmier	3015	41,3
	Kinésithérapeute	1	0
	Médecin	337	4,6
	Nutritionniste	8	0,1
	Pharmacien	4	0,1
	Sante communautaire	154	2,1
	Technicien de laboratoire a2	1	0
	Vétérinaire	2	0
	Total	7298	100
LUALABA		6	0,1
	Administrateur gestionnaire	46	1,1
	Administratif	2316	56,7
	Anesthésiste	7	0,2
	Biologiste médical	65	1,6
	Imageriste	2	0
	Infirmier	1245	30,5

	Kinésithérapeute	4	0,1
	Médecin	359	8,8
	Médecin dentiste	1	0
	Nutritionniste	13	0,3
	Pharmacien	10	0,2
	Sante communautaire	11	0,3
	Technicien de laboratoire a2	1	0
	Total	4086	100
MAI NDOMBE	Administrateur gestionnaire	155	1,8
	Administratif	4067	47
	Biologiste médical	134	1,5
	Imageriste	6	0,1
	Infirmier	4054	46,9
	Kinésithérapeute	3	0
	Médecin	210	2,4
	Médecin dentiste	1	0
	Nutritionniste	18	0,2
	Pharmacien	1	0
	Sante communautaire	4	0
	Total	8653	100
MANIEMA		6	0,1
	Administrateur gestionnaire	253	3,3
	Administratif	3039	39,2
	Anesthésiste	3	0
	Biologiste médical	77	1
	Imageriste	3	0
	Infirmier	3491	45
	Kinésithérapeute	2	0

	Médecin	670	8,6
	Médecin dentiste	2	0
	Nutritionniste	13	0,2
	Pharmacien	7	0,1
	Psychologue	2	0
	Sante communautaire	170	2,2
	Technicien de laboratoire a2	4	0,1
	Tradipraticien	10	0,1
	Total	7752	100
MONGALA		2	0
	Administrateur gestionnaire	88	1,7
	Administratif	2213	42,8
	Biologiste médical	37	0,7
	Imageriste	2	0
	Infirmier	2652	51,3
	Kinésithérapeute	2	0
	Médecin	141	2,7
	Nutritionniste	9	0,2
	Pharmacien	5	0,1
	Sante communautaire	21	0,4
	Technicien de laboratoire a2	2	0
	Total	5174	100
NIVEAU CENTRAL		1	0
	Administrateur gestionnaire	440	5,3
	Administratif	2837	34,5
	Anesthésiste	2	0
	Biologiste médical	141	1,7
	Imageriste	24	0,3

	Infirmier	1348	16,4
	Kinésithérapeute	110	1,3
	Médecin	2659	32,3
	Médecin dentiste	131	1,6
	Nutritionniste	39	0,5
	Pharmacien	219	2,7
	Psychologue	2	0
	Sante communautaire	230	2,8
	Technicien de laboratoire a2	41	0,5
	Vétérinaire	5	0,1
	Total	8229	100
NORD KIVU		11	0,1
	Administrateur gestionnaire	137	0,8
	Administratif	8854	53,1
	Anesthésiste	87	0,5
	Biologiste médical	483	2,9
	Imageriste	42	0,3
	Infirmier	5346	32,1
	Kinésithérapeute	105	0,6
	Médecin	1022	6,1
	Médecin dentiste	13	0,1
	Nutritionniste	326	2
	Pharmacien	46	0,3
	Psychologue	41	0,2
	Sante communautaire	149	0,9
	Technicien de laboratoire a2	12	0,1
	Vétérinaire	1	0
	Total	16675	100

NORD UBANGI		38	0,5
	Administrateur gestionnaire	30	0,4
	Administratif	4687	61
	Anesthésiste	2	0
	Biologiste médical	46	0,6
	Imageriste	4	0,1
	Infirmier	2490	32,4
	Kinésithérapeute	8	0,1
	Médecin	244	3,2
	Nutritionniste	80	1
	Pharmacien	6	0,1
	Sante communautaire	46	0,6
	Technicien de laboratoire a2	2	0
	Total	7683	100
SANKURU	Administrateur gestionnaire	24	0,3
	Administratif	4477	53,5
	Biologiste médical	49	0,6
	Infirmier	3527	42,2
	Kinésithérapeute	3	0
	Médecin	231	2,8
	Nutritionniste	41	0,5
	Pharmacien	1	0
	Sante communautaire	5	0,1
	Technicien de laboratoire a2	5	0,1
	Total	8363	100
SUD KIVU		92	0,6
	Administrateur gestionnaire	124	0,9
	Administratif	6973	48,8

	Anesthésiste	48	0,3
	Biologiste médical	300	2,1
	Imageriste	18	0,1
	Infirmier	5315	37,2
	Kinésithérapeute	27	0,2
	Médecin	1013	7,1
	Médecin dentiste	3	0
	Nutritionniste	120	0,8
	Pharmacien	61	0,4
	Psychologue	19	0,1
	Sante communautaire	171	1,2
	Technicien de laboratoire a2	1	0
	Total	14285	100
SUD UBANGI		5	0,1
	Administrateur gestionnaire	81	1,2
	Administratif	3257	49,2
	Anesthésiste	9	0,1
	Biologiste médical	137	2,1
	Imageriste	6	0,1
	Infirmier	2812	42,4
	Kinésithérapeute	1	0
	Médecin	220	3,3
	Médecin dentiste	3	0
	Nutritionniste	52	0,8
	Pharmacien	5	0,1
	Psychologue	2	0
	Sante communautaire	33	0,5
	Technicien de laboratoire a2	1	0

	Vétérinaire	1	0
	Total	6625	100
TANGANYIKA	Administrateur gestionnaire	70	2,3
	Administratif	1717	55,4
	Anesthésiste	1	0
	Biologiste médical	14	0,5
	Imageriste	1	0
	Infirmier	1040	33,6
	Kinésithérapeute	1	0
	Médecin	191	6,2
	Nutritionniste	20	0,6
	Pharmacien	1	0
	Psychologue	2	0,1
	Santé communautaire	36	1,2
	Technicien de laboratoire a2	3	0,1
	Total	3097	100
TSHOPO		2	0
	Administrateur gestionnaire	86	1
	Administratif	4436	54
	Anesthésiste	9	0,1
	Biologiste médical	162	2
	Infirmier	3079	37,5
	Kinésithérapeute	9	0,1
	Médecin	349	4,2
	Médecin dentiste	1	0
	Nutritionniste	24	0,3
	Pharmacien	21	0,3
	Psychologue	2	0

	Sante communautaire	31	0,4
	Technicien de laboratoire a2	1	0
	Total	8212	100
TSHUAPA		1	0
	Administrateur gestionnaire	154	2,1
	Administratif	5152	71,3
	Biologiste médical	37	0,5
	Infirmier	1669	23,1
	Médecin	155	2,1
	Nutritionniste	20	0,3
	Pharmacien	12	0,2
	Sante communautaire	27	0,4
	Technicien de laboratoire a2	2	0
	Total	7229	100

Tableau : Répartition des RHS entre les provinces et par catégorie de personnel

Annexe 7 : Genre et emploi dans le secteur de la santé

Les graphiques suivants montrent la répartition des RHS par sexe et par catégories professionnelles, ainsi que par sexe et par province. La plupart des RHS sont des hommes, à l'exception de certaines catégories telles que les physiothérapeutes, les techniciens de laboratoire et les nutritionnistes. La proportion de femmes est la plus faible pour les médecins (22%).

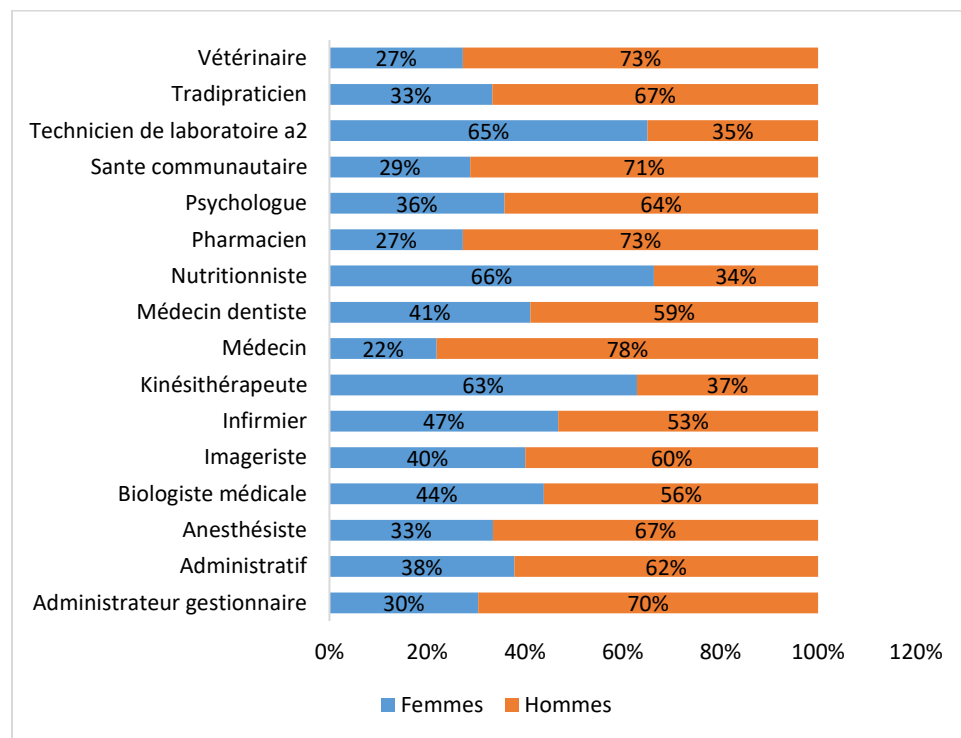


Figure : Répartition des RHS par sexe et par catégorie professionnelle

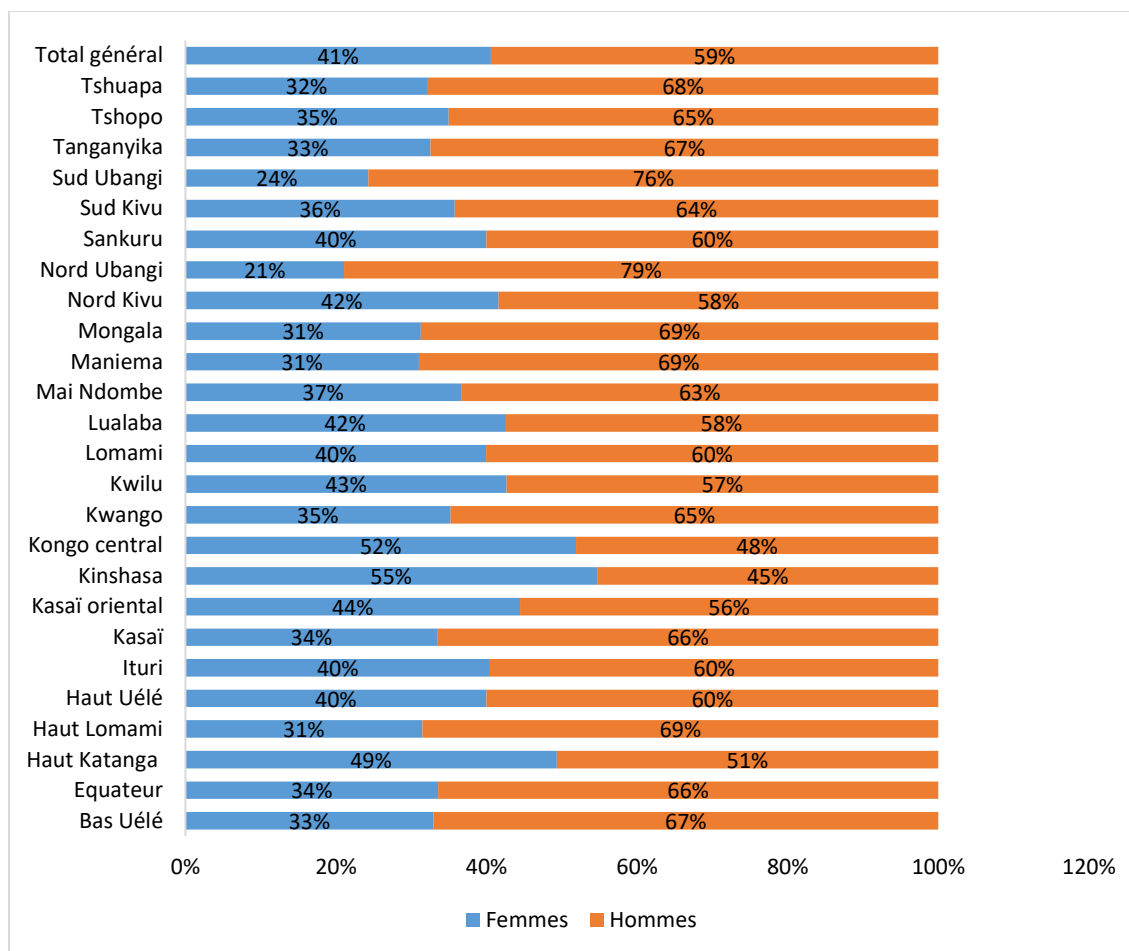


Figure : Répartition des RHS par sexe et par province

Plusieurs raisons expliquent cette sous-représentation des femmes dans le secteur de la santé, en particulier pour les catégories nécessitant des études plus longues, ainsi que dans les postes à haute responsabilité. D'emblée, il convient de noter que cette sous-représentation ne se limite pas au secteur de la santé, mais s'étend à l'ensemble du paysage politico-administratif ; en effet, toutes les femmes sont sous-représentées en politique (12% à l'Assemblée nationale, 18% au Sénat) et dans la haute administration (10 femmes parmi les secrétaires généraux sur 74)²¹³. Cette sous-représentation des femmes aux niveaux supérieurs se retrouverait également dans la pyramide sanitaire – où le nombre de femmes occupant des postes de directeur, de chef de division de DPS, de MCZ ou même de chef de bureau reste apparemment assez faible (bien que les listes déclaratives ne nous permettent pas de ventiler la répartition par sexe au sein de l'administration centrale, la plupart des postes de commandement sont occupés par des médecins, où les femmes sont largement sous-représentées, ce qui rend un tel scénario fort plausible).

Cela a également des conséquences sur les revenus : les postes à haute responsabilité, ou le fait d'être médecin, tendent logiquement à être corrélés à des revenus plus élevés. Dans une perspective plus large,

²¹³ Voir <https://www.undp.org/fr/drcongo/actualites/la-session-du-mardi-du-developpement-lance-le-dialogue-sur-le-leadership-feminin-en-rdc> et <https://actualite.cd/2023/03/13/rdc-la-representativite-des-femmes-dans-ladministration-publique-ou-la-politique-varie>.

une étude précédente avait noté d'importantes inégalités de revenus salariaux entre les sexes (dans les secteurs public et privé) : globalement, en RDC, moins de 10% des femmes occupent un emploi salarié (contre 25% pour les hommes), avec un écart de 77% des revenus salariaux entre les hommes et les femmes, qui est encore plus prononcé dans le secteur privé²¹⁴. De même, une étude a noté qu'il existe des preuves de discrimination entre les sexes dans l'attribution des avantages, les infirmiers étant plus susceptibles de recevoir des indemnités journalières, des paiements au titre du FBP et une rémunération totale plus élevée que les infirmières²¹⁵. D'autres facteurs jouent également en défaveur des femmes en matière de rémunération : le fait que les femmes médecins tendent à faire moins de gardes dans les hôpitaux, réduisant ainsi leur participation et leurs honoraires ; le fait que les femmes font moins de cumul ou d'extra muros, comme l'ont rapporté nos entretiens et focus groups à Kinshasa.

Les préjugés qui entourent les femmes dans le secteur de la santé – comme dans le reste de l'administration publique – sont sans aucun doute étroitement liés à cette sous-représentation (et à la discrimination) dont souffrent les femmes. Nos entretiens avec des femmes occupant des postes à responsabilité, ainsi que nos focus groups avec des IT à Kinshasa, mettent en lumière un certain nombre de problèmes qui circonscrivent et limitent la pleine participation des femmes dans le secteur de la santé : le passif d'une société largement patriarcale, la configuration des relations sociales liées au genre, le poids du passé qui fait que les hommes sont privilégiés dans l'éducation, le leadership et la prise de décision, les dynamiques liées à la politisation tendant à écarter les femmes, la tendance des femmes à être reléguées à la sphère domestique, aux enfants et au travail reproductif, l'abandon de leur carrière pour leur ménage, la double charge du travail professionnel et reproductif, etc. Bien qu'il soit trop laborieux de détailler chacun de ces thèmes par des citations, il s'agit d'un domaine qui mérite une analyse plus approfondie, dépassant les limites de ce rapport.

Un autre domaine où la dimension genre acquiert une importance cruciale est celui du harcèlement sexuel sur le lieu de travail : le rôle du harcèlement sexuel dans les négociations et les arrangements qui caractérisent les institutions de formation (« points sexuellement transmissibles » dans l'enseignement), le recrutement, l'affectation et la mécanisation (qui font que les femmes sont souvent sollicitées pour des faveurs sexuelles afin d'obtenir un poste ou l'accès à leur rémunération) a été largement rapporté à la fois dans les entretiens et dans les focus groups.

En effet, pour accéder à un poste ou à leur rémunération, des faveurs sexuelles sont souvent sollicitées auprès des femmes : « *on demande le sexe* » ; « *pour recevoir la prime sectorielle, un fonctionnaire du secrétariat général du ministère de la santé demande des rapports sexuels en échange* » ; « *on demande aux femmes de donner leur corps en échange* », etc. L'anecdote suivante illustre bien cette dimension :

« Un exemple chez nous on recrutait et après le test, le chef a proposé à une dame avant toute chose nous devons faire un tour. Ils se sont donné rendez-vous dans un restaurant qu'elle soit engagée [sic]. Arriver sur le lieu la femme se rend compte que le

²¹⁴ Banque Mondiale, 2021, *Diagnostic sur l'autonomisation économique des femmes en RDC : obstacles et opportunités*, Washington : Banque Mondiale, p. 8.

²¹⁵ Maini, R., Hotchkiss, D. R., & Borghi, J. (2017). Une étude transversale des sources de revenus des agents de santé en soins primaires en République démocratique du Congo. *Ressources humaines pour la santé*, 15, 1-15, p. 8, 10.

*rendez-vous ne se fera même pas devant un pot mais directement dans la chambre. La femme s'est évadée du lieu de rendez-vous »*²¹⁶

Au-delà de ces aspects, le harcèlement sexuel se manifeste également sur le lieu de travail : lors de nos entretiens, plusieurs femmes ont témoigné de sa présence assez fréquente sous diverses formes (sollicitations, discriminations, mises à l'écart pour des raisons de genre, etc. qui passent souvent inaperçues) et sont souvent tuées par peur de représailles ou de répercussions. Une femme médecin ayant occupé des postes à responsabilité dans le secteur l'exprime ainsi :

« Quand on est une femme et qu'on en passe par là, et ça, ça dérange, ça met dans une position inconfortable. Donc on veut même fuir au fait, si je peux dire ça, donc ça nous détourne de notre voie. Donc on ne sait plus être soi. On vit dans la panique et c'est ... j'ai envie de dire c'est un traumatisme. C'est vraiment un traumatisme. Donc pour moi, c'est quelque chose qu'il faut vraiment abolir et éviter »

Et d'ajouter :

*« C'est quand même fréquent parce qu'il ne faut pas qu'on se voile la face, parce que là, ce n'est pas seulement dans le secteur de la santé, c'est partout. C'est fréquent. Mais bon, on le cache parce que on a peur de perdre le poste parce que les conditions de vie actuelles, bon, on se dit si je dois revendiquer mes droits ou si je dois dénoncer... »*²¹⁷

D'autres encore n'hésitent pas à évoquer une sorte d'omerta sur le sujet, motivée par l'autocensure et la réserve face à d'éventuelles représailles – ce qui explique que, le plus souvent, malgré les procédures formelles mises en place pour protéger les femmes et traiter le problème par des dénonciations et des sanctions (par exemple, le ministère de la santé dispose d'un point focal genre, de même que la plupart des programmes spécialisés), les conflits nés de ces pratiques se règlent souvent à l'amiable, en dehors des procédures formelles. Dans tous les cas, les conséquences du harcèlement peuvent être graves et certaines femmes peuvent même quitter un milieu fortement dominé par les hommes.

²¹⁶ Cette citation ainsi que celles du paragraphe précédent sont tirées des focus groups, Kinshasa, octobre 2023.

²¹⁷ Entretien, cadre du ministère de la Santé, Kinshasa, octobre 2023.

Annexe 8 : Pratiques actuelles et initiatives en cours en matière de gestion de bases de données des RHS dans le secteur de la santé en RDC

Le secteur de la santé en RDC souffre de graves lacunes dans la gestion des données relatives aux RHS, dont la cause principale réside en l'absence d'une base de données solides reprenant de manière précise et actualisée les effectifs du secteur, ainsi que les données relatives à la présence au travail, à la rémunération, et à la carrière. Si un certain nombre de DPS dans les provinces – à peu près 12 sur 26 – disposent en principe d'un logiciel de gestion des données pour les ressources humaines (iHRIS pour la plupart), les autres DPS utilisent comme principal logiciel Microsoft Excel pour gérer leurs données afférentes aux RHS, avec tous les risques et désavantages que cela présente. Au niveau du Ministère de la Santé, la première Direction en charge des ressources humaines gère le personnel avec des tableaux Excel, avec le logiciel iHRIS pour les provinces qui disposent de cet outil, ainsi que sur base de listes manuelles (sur format papier).

L'introduction d'un logiciel spécialisé en matière de gestion des données des RHS, iHRIS (*Integrated Human Resource Information System*), est le produit de l'appui de certains partenaires techniques et financiers qui ont les premiers compris l'importance d'appuyer le volet RHS afin de pérenniser l'atteinte de résultats dans le secteur de la santé (avant cela, le Ministère de la Santé utilisait Access). En effet, la question des ressources humaines en santé a longtemps été négligée au sein des nombreuses interventions en appui au secteur depuis plus de vingt ans, sans doute à cause de la complexité (multisectorielle) et des difficultés inhérentes à toute initiative en la matière. L'appui au volet RHS en RDC a commencé à travers la JICA (à partir de 2010, donnant lieu à l'élaboration du premier PNDRHS) et le FCDO (à partir de 2013 avec l'introduction d'iHRIS dans initialement quatre provinces avec le projet ASSP mis en œuvre par IMA World Health). Aujourd'hui, 12 provinces possèdent un logiciel de gestion de base de données : iHRIS est présent dans 11 provinces, et une autre, le Kongo Central, utilise un logiciel tiers intitulé USIMAMEZI. Il sied de noter qu'iHRIS est utilisé dans plusieurs autres pays africains, et a été reconnu et adopté par le Ministère de la Santé (voir PNDRHS 2016-2020) comme logiciel de choix dans la gestion des données relatives aux RHS.

Le logiciel iHRIS a précisément été introduit afin de pallier les faiblesses les plus graves dans la gestion de la gestion des RH par le ministère de la Santé et les DPS, y compris l'utilisation de procédures manuelles et de listes sur papier, sujettes à l'erreur, à la manipulation et à l'inefficacité. Dans cet annexe, un bref aperçu de l'expérience autour d'iHRIS/USIMAMEZI est fourni – sur base de la documentation disponible et d'entretiens avec les équipes d'IMA et de la JICA – visant à montrer les perspectives de cette initiative, d'autant plus importante que l'évolution de la gestion du personnel vers des processus numériques semble être une étape indispensable pour la rationalisation de la gestion des RH.

L'expérience autour d'iHRIS (et d'USIMAMEZI)

Initialement introduit dans les provinces pilotes couvertes par le programme ASSP de DFID/FCDO (Kasaï, Kasaï Central, Nord Ubangi et Maniema), le processus avait alors débuté avec l'intégration dans iHRIS des listes déclaratives provinciales du personnel de santé, avant de passer à l'identification physique des agents de santé, y compris la vérification de leur présence au travail et des actes, documents et pièces justificatives liés à leur dossier administratif. Par la suite, avec l'appui d'autres partenaires, iHRIS a été

étendu à d'autres provinces, avec des degrés d'utilisation et de succès variables, comme discuté ci-dessous.

L'approche initialement utilisée par IMA World Health dans les premières provinces concernées impliquait un processus d'identification physique des agents, fortement coûteux car nécessitant des enquêtes et descentes sur terrain ; ainsi, une deuxième approche simplifiée a été progressivement développée, qui prend comme point de départ la formation des personnels-clé intervenant dans la gestion des données (data managers, AG des zones de santé, MCZ notamment), avant de faire passer les zones de santé à l'encodage de leurs données (issues des listes déclaratives) dans iHRIS ; le but est de mener à une consolidation progressive des données, à travers des vérifications progressives à posteriori de la présence au travail, sur base des données captées dans les zones de santé (et notamment des données liées à la prime locale dans les structures, typiquement payée seulement au personnels prestant effectivement), remontées dans le système, le tout consolidé et vérifié par des visites de terrain de l'IPS. Un plus de cette deuxième approche, en dehors de son coût plus abordable, est qu'elle permet d'esquiver la nécessité d'un énième recensement/processus d'identification physique, dont les résultats dans le contexte de la RDC se sont souvent (et historiquement) avérés mitigés (comme expliqué dans la section suivante sur les réformes passées).

Les avantages d'iHRIS

Les avantages d'un système comme iHRIS sont nombreux : moyennant un passage à l'échelle, et utilisé adéquatement au niveau de la DRH du Ministère de la Santé, par les DPS et dans les zones de santé, il permettrait d'avoir des données actualisées sur les effectifs en activité dans chaque aire de santé, zone de santé et province, qui à son tour permettrait des analyses plus poussées – en temps réel – pour la prise de décision, y compris en identifiant les carences et pléthores de personnel dans divers parties du secteur, afin de guider des efforts de redéploiement. En effet, l'existence d'une base de données solide est un préalable essentiel de tout type d'initiative en la matière. iHRIS dispose en outre également d'un système un deux parties de collecte et de communication des données de routine sur les RHS, qui permet de collecter des données sur les avantages et les différentes formes de rémunération (prime locale, salaire, prime de risque, primes partenaires, per diems).

Concernant ce type de données, un aspect essentiel sur lequel une telle utilisation est basée, est l'appui sur les données relatives au paiement de la prime locale afin d'identifier quels sont les agents effectivement en poste. En effet, la prime locale semble invariablement être payée à tous les personnels en activité ; il est frappant de constater que dans un contexte où la gestion du personnel souffre de faiblesses importantes, un des acquis positifs de la gestion au jour le jour dans les FOSA est que les listes de présence semblent méticuleusement maintenues, liées à leur rôle capital dans le partage de la production aux personnels. Si les clés de répartition certes varient d'une FOSA à l'autre, et même si cette répartition peut faire parfois l'objet de contestations, nos interlocuteurs s'accordent sur le fait que les fruits de la production locale des structures destinée au personnel est normalement exclusivement partagée avec les personnels œuvrant dans la structure (c'est-à-dire que le risque de la présence de fictifs au niveau de la prime locale est très fortement réduit). L'introduction du logiciel iHRIS permet donc de capitaliser sur une des forces des dispositifs en place, donc de bâtir sur l'existant.

En outre, le logiciel iHRIS permet également l'encodage et la digitalisation des documents administratifs à travers la fiche d'identification de chaque agent (un processus qui, une fois validé, pourrait réduire sensiblement le risque de fraudes). De plus, détecter et élaguer les agents fictifs devrait être bien plus facile une fois que la base de données actualisée sera bâtie, moyennant le croisement des données avec celles des autres ministères impliqués dans la rémunération : nous l'avons indiqué ci-dessus, dans les provinces du Kasaï et du Kasaï Central, où iHRIS a été mis en place à travers le projet ASSP sur financement de DFID/FCDO, l'exercice de vérification physique des agents a également été combiné à une vérification croisée des listes déclaratives provinciales du personnel de santé avec les listings de paie (y compris par l'envoi d'équipes des ministères de la fonction publique et du budget lors des contrôles), ce qui a permis d'identifier et d'éliminer un nombre important d'agents fictifs et, à la suite de pressions, de redéployer les économies ainsi réalisées pour payer les salaires et les primes des travailleurs de la santé non rémunérés dans ces provinces²¹⁸.

Finalement, iHRIS permet aussi de capter les informations relatives aux formations suivies par les agents du secteur, permettant ainsi d'éviter la duplication, fortement courante, des activités (agents qui suivent la même formation plusieurs fois, afin de bénéficier de per diems – une pratique fréquente, en RDC et ailleurs) et d'éviter un certain gaspillage de ressources.

Avant de passer aux défis liés à l'introduction du logiciel, quelques mots s'imposent à propos du logiciel propre utilisé dans la province du Kongo Central. La raison pour laquelle cette province utilise un logiciel propre, USIMAMEZI, est que à la suite d'un certain nombre de problèmes liés à l'introduction d'iHRIS, la DPS a opté pour un logiciel développé par une société locale, considéré plus facile à manier, que la JICA – qui intervenait alors dans la province en matière de RHS – a fini par appuyer par un financement, et que les autorités du Ministère de la Santé ont également autorisé (sur condition d'interopérabilité avec iHRIS). Ce logiciel permet d'effectuer un certain nombre d'analyses sur les effectifs et leurs caractéristiques (par exemple, proportions des agents matriculés, payés, etc., permettant d'identifier les catégories de personnels pléthoriques dans les milieux urbains).

Grâce à l'appui de la JICA, à travers la 3^{ème} phase de son projet sur les RHS (2018-2023), USIMAMEZI semble avoir amélioré la gestion des données en matière de RHS, mais tout en soulevant les mêmes difficultés que connaît iHRIS dans d'autres provinces : l'outil requiert des ressources humaines et matérielles importantes, qui font que l'utilisation du logiciel est fortement conditionné par l'appui du partenaire (formations, prise en charge des coûts du logiciel, appui en crédit internet de la DPS et des zones de santé, appui technique), la qualité des données capturées dans les zones de santé dépend fortement de l'implication des gestionnaires (data managers, AG et MCZ), le maintien des mises à jour et leur exactitude dépend également des visites de supervision de la part de l'IPS, la compréhension des gestionnaires des RH dans la province par rapport à l'utilisation potentielle du logiciel reste limitée et nécessite une sensibilisation ; ceci implique qu'en fait, l'existence d'une base de données en soi n'est pas forcément un gage de son utilisation pour une prise de décision issues d'analyses tirées des données des RHS.

²¹⁸ Likofata Esanga, J.-R. et al. (2017) How the introduction of a human resources information system helped the Democratic Republic of Congo to mobilize domestic resources for an improved health workforce, *Health Policy and Planning*, 32, 2017, iii25-iii31.

Les défis dans l'utilisation d'iHRIS

Les défis dans la mise en œuvre d'iHRIS ne manquent pas. D'emblée, il faut noter que la mise en place effective du logiciel nécessite un appui financier, matériel et technique conséquent (même en l'absence de la première approche, donc sans mener un recensement biométrique). En effet, dans les provinces où iHRIS a été introduit sans appui de la part du gouvernement ou d'assistance technique suffisante (cas de la Tshuapa ou du Haut-Katanga), les résultats sont restés fortement limités. En effet, l'actualisation de la base de données demande des ressources importantes (formation des encodeurs, des gestionnaires des RH, visites de terrain pour actualiser les données, visites de vérification de l'IPS, etc.) sans lesquelles son implantation demeure inadéquate.

De plus, dans les provinces où iHRIS est le mieux implanté et où le logiciel est devenu la source principale, si non pas exclusive, de données liées aux RHS, la base de données doit être actualisée en permanence, dans la mesure où des données faussées peuvent entraîner des conséquences graves : comme l'expliquait un agent de la DPS de cette province :

« ce qui est un avantage pour nous du fait que le niveau central peut recourir directement à cette base-là, devient parfois un désavantage en ce que en recourant à la base, et que cette base si elle n'a pas été dans la période précédente actualisée, et ben le niveau central puise des données qui sont parfois obsolètes, erronées, et c'est ainsi qu'on peut avoir un certains nombres d'agents alignés mais quand ça arrive chez nous nous remarquons que ce sont des agents qui sont déjà alignés et payés, ça devient par exemple des doublons »²¹⁹

Ceci est d'autant plus délicat que le logiciel dépend du niveau provincial ou national pour les modifications (les zones de santé, dans la configuration actuelle ne peuvent qu'encoder et lire l'information), ce qui les rend impuissantes face à une utilisation impropre :

« Nous on seulement accès pour qu'on puise encoder et lire quelques informations mais pour insérer ou élaguer les agents ça dépend du niveau central ou du niveau provincial à tel point que quand on ouvre une brèche pour encoder les nouveaux agents, il y a eu des agents qui ont été insérés dans cette base des données qui ne travaillent même pas et nous on est incapable aussi de les élaguer dans cette base des données »²²⁰

Pour que la BDD soit utilisée de manière adéquate, et intégrée dans la prise de décision, il faut en outre que les gestionnaires des RH – AG et MCZ notamment – comprennent l'outil et l'utilisation du logiciel et s'en approprient. Cela nécessite des ressources (des formations, un appui technique). Les AG notamment doivent être formés correctement, pas seulement dans l'utilisation de l'outil informatique, mais en matière de gestion des RH : la plupart des AG ont été affectés et nommés suivant les processus décrits dans le chapitre 6 ci-dessus sur le recrutement, et donc sont souvent peu ou mal préparés pour les fonctions qu'ils occupent. Quant aux data managers, qui sont un élément essentiel du dispositif, l'expérience des années précédentes a montré que leur maintien en fonction est un défi permanent (une fois ayant bénéficié de la formation, à cause de permutations ou par le fait d'être impayés, ils peuvent quitter leur poste), alors que leur départ induit des effets paralysants sur les performances du logiciel.

²¹⁹ Entretien, agent de la DPS de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

²²⁰ Entretien, MCZ d'une zone de santé de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

Afin de pérenniser les acquis du logiciel, il va falloir donc valoriser les fonctions de data managers, et des gestionnaires en matière de RHS (les AG notamment).

Deuxièmement, maîtriser les effectifs implique un contrôle administratif et politique serré pour que les pratiques actuelles en matière de recrutement – les affectations abusives au gré de l’opportunisme politique – soient interrompues. La mise en place d’une base de données, à elle seule, ne résoudra pas ces problèmes. Il importe donc de s’interroger sur les conditions nécessaires pour une mise en œuvre effective d’iHRIS.

Conditions d’une mise en œuvre effective d’iHRIS

Une des conditions de la construction d’une base de données solide est donc un appui financier, matériel (en termes d’équipements) et technique (en termes de ressources humaines, de formations et d’assistance technique) solide ; cela implique un engagement collectif soutenu, de la part du gouvernement mais aussi des partenaires techniques et financiers. Ces derniers n’ont jusqu’à présent qu’offert un soutien partiel (en dehors de la JICA et de FCDO, les interventions incorporant la dimension de la gestion des ressources humaines restent rares) et superficiel, avec une myriade d’interventions dans les secteurs qui ont largement esquivé cette question. Il est donc important que les PTF puissent s’organiser de manière concertée dans leur appui à la mise en place d’un logiciel comme iHRIS ; il existe des exemples positifs d’un tel engagement concerté et soutenu en faveur d’un outil informatique dans le secteur, à l’instar de la mise en place du logiciel DHIS2, qui pourrait être répliqué dans la mise en œuvre d’iHRIS. Étant donné l’étendue du défi et la situation actuelle en matière de gestion des RHS, ainsi que le travail laborieux d’encodage, de mises à jour, et de vérifications sur lesquels dépend le succès du système, arriver à des résultats implique un accompagnement technique et des moyens importants.

Les problèmes que connaît le secteur sont nombreux : afin de connaître les effectifs en activité exacts, gérer les recrutements et affectations du personnel sur base des besoins, tirés d’analyses issues des données RH ainsi que (re)déployer le personnel, rationaliser le paiement des rémunérations, et gérer la carrière, en bref, pour arriver à une maîtrise réelle des effectifs, disposer d’une base de données solide, actualisée et compréhensive est une condition sine qua non. La mise en place d’une telle base de données ne sera pas en soi une panacée, certes : après tout, la gestion du personnel de santé est une question éminemment multisectorielle, qui implique d’autres institutions – les Ministères de la Fonction Publique et du Budget en particulier.

Cependant, avant que les bases de données de ces autres institutions (fichier FRAP à la Fonction Publique, SYGECPAF au Budget) puissent être alimentées par des informations en termes de RHS qui soient exactes, actualisées, et reflétant les réalités de terrain, le Ministère de la Santé doit disposer d’une base de données propre qui soit aussi complète que solide, avec une interopérabilité assurée avec ces autres systèmes informatiques. À partir de là, la santé pourrait disposer d’une base de données jouant le rôle que joue le SECOPE pour l’éducation primaire et secondaire, ou à l’instar des bases de données de la PNC ou de l’armée. La construction d’une base de données pour la santé, opposable à toutes les institutions impliquées dans la gestion du personnel (statut, rémunération, mise à la retraite), fournissant une information complète sur les RHS, pourrait dès lors résorber un certain nombre de problèmes qui criblent le circuit actuel (par exemple, les discussions afférentes à la mise à jour des listings pour la prime de risque, sur base de listes en format papier).

Finalement, quelques mots s'imposent aussi à propos de l'appui gouvernemental à la mise en place de la base de données. Il est absolument indubitable qu'un engagement politique fort, au plus haut niveau, est nécessaire afin de cimenter cette réforme. Dans l'idéal, cet engagement ne devra pas seulement se limiter au soutien des PTF venant en appui, mais aussi se concrétiser par l'allocation de ressources propres, afin de montrer la détermination gouvernementale dans la mise en place de la base de données. De plus, vu l'ampleur des défis et enjeux qui entourent la gestion du personnel du secteur – que les chapitres précédents ont documenté – et particulièrement celui de la politisation qui caractérise le fonctionnement du secteur à tous les niveaux, il importe donc que les décideurs politiques qui gèrent et influencent le secteur (au Ministère de la Santé, les gouverneurs, ministres provinciaux, députés, pour ne citer que les plus importants) soient non seulement sensibilisés à l'importance de cette question, mais aussi soient tenus redevables par rapport à leurs engagements et mandats, y compris par le moyen de sanctions dans les cas où leurs interférences transgressent les mesures qui seront prises pour accompagner la mise en place de la base de données. Le seul gage d'une telle perspective ne peut qu'être l'implication des plus hautes autorités.

Annexe 9 : Les rémunérations des RHS

Un bref aperçu

La maîtrise des effectifs est étroitement liée à celle de la masse salariale : en effet, un problème-clé qui pèse sur la gestion des rémunérations découle en grande partie de l'augmentation incontrôlée des effectifs ; cette expansion rend le suivi des mouvements de personnel difficile, tout en faisant gonfler les dépenses de rémunération, laissant dès lors le Ministère de la Santé incapable de couvrir ses engagements en termes de rémunération face à la montée galopante des effectifs. Cette dynamique peut être illustrée par les statistiques suivantes : en 2013, sur un total de 133.073 agents reconnus par le Ministère de la Santé, la proportion de ceux recevant un salaire était de 32%, alors que 81% des agents touchaient la prime de risque, contre 13% des agents dépourvus de toute forme de rémunérations de l'État²²¹.

Total effectifs	127716	
Agents recevant un salaire	40.910	32%
Agents recevant une prime	103.563	81%
Agents sans aucune forme de rémunération	16.757	13%

Tableau : La rémunération des RHS du secteur de la santé en RDC en 2013²²²

Un autre rapport, reprenant les mêmes données, notait que pour rémunérer la totalité des effectifs reconnus tant en salaire de base qu'en prime de risque, les dotations pour les dépenses en personnel devraient doubler²²³.

Les données pour 2017 suggéraient déjà une baisse de ces proportions, au fur et à mesure de la hausse des effectifs du secteur : sur 161 966 agents de santé, 47.052, soit 29 %, percevaient un salaire de base, tandis que 106 838 recevaient la *prime de risque*, soit 65,9 % du total²²⁴. Aujourd'hui, selon les données de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé, l'effectif reconnu par le ministère (c'est-à-dire figurant sur les listes déclaratives), est de 256.409, dont 20% reçoit le salaire de base, et 54.5% reçoivent la prime de risque²²⁵. Il est clair que la progression des effectifs depuis 2013 a joué un rôle important dans la diminution de la couverture en termes de rémunération des agents de santé. De plus, comme dans la section 1.4 et l'annexe 3, la majeure partie des dépenses courantes du Ministère de la Santé est consacrée aux rémunérations.

Avant de passer à l'analyse des dynamiques qui sous-tendent cette couverture inadéquate, ainsi que les nombreux problèmes qui caractérisent la gestion des rémunérations, il est important de bien comprendre les composantes des rémunérations des RHS.

²²¹ Banque mondiale, 2015, *RDC : Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington : Rapport No. 96172-ZR, p. 63.

²²² *Ibid.*

²²³ Banque mondiale, 2018, *Améliorer la Dépense de Santé pour Renforcer le Capital Humain et Assurer une Croissance Inclusive*, Washington, Rapport de la Banque mondiale, juin 2018, p. 45.

²²⁴ RDC/Ministère de la Santé Publique, 2018, *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa, pp. 28-29.

²²⁵ Présentation de la Direction des Ressources Humaines lors de l'atelier consultatif dans le cadre de l'étude sur les ressources humaines dans le secteur de la santé, Kinshasa, 24 février 2023.

Le tableau suivant récapitule les sources de revenus que touchent les agents de santé ; cette typologie s'inspire des travaux d'un rapport antérieur sur la rémunération des RHS, que l'on a complété en y ajoutant une catégorie supplémentaire.

Type de revenu	Explication
Salaire de base	Perçu par les agents de santé ; il faut avoir un numéro matricule pour être éligible, mais ce n'est pas une condition suffisante ; il est basé sur un barème uniforme de la Fonction Publique, indexé sur le grade
Prime de risque	Tous les agents de santé figurant sur les listes déclaratives sont en droit de les percevoir, quel que soit le lieu de travail ; en pratique, le processus d'alignement sur la prime de risque est complexe et difficile
Prime locale	Payée sur base des recettes locales des formations sanitaires, suivant une clé de répartition qui peut varier selon les structures
Temps supplémentaire	Ce sont les heures travaillées au-delà de l'horaire régulier et du travail de nuit
Primes partenaires	Versées par des organismes externes à certains agents de santé comme compléments ou substituts de salaire/prime de risque. Ces primes comprennent à la fois des montants fixes et des primes liées au financement basé sur la performance
Per diems	Généralement versés aux agents de santé pour certaines activités, telles que la supervision, la formation, la facilitation, etc. Ils sont normalement destinés à couvrir les frais encourus par les AS (logement, nourriture, transport, etc.), mais il est connu qu'une partie de ces per diems n'est pas dépensée et constitue un revenu pour les AS
Revenus informels	Revenus gagnés au sein des établissements et qui proviennent de pratiques et activités informelles, telles que le fait de vendre médicaments et services aux patients sans les déclarer dans la comptabilité des établissements, ainsi que de recevoir des « cadeaux »/dessous de table de la part des patients
Pratiques privées	Activités menées au sein du secteur de la santé, et exécutées en dehors de la pratique régulière dans l'établissement d'affectation des agents de santé
Activités extérieures au secteur de la santé	Des activités génératrices de revenus qui ne sont pas liées à la pratique de la santé, telles que le commerce et les affaires, la location, l'exploitation minière, l'agriculture, etc.
Paielements liés au financement ascendant	Il s'agit de paiements touchés par les agents travaillant dans la pyramide sanitaire, qui sont issus du « financement ascendant », c'est-à-dire des contributions versées par les formations sanitaires à la hiérarchie administrative

Tableau : Typologie des composantes de la rémunération des RHS en RDC²²⁶

L'étude précitée a le mérite d'avoir attiré l'attention à la complexité des revenus des agents de santé²²⁷, qui sont loin de se limiter aux rémunérations formelles (tels que les salaires et primes de risque), en élargissant le champ aux autres revenus repris dans le tableau. Sans reproduire tous les détails de cette étude, il sied cependant d'attirer l'attention à certaines caractéristiques saillantes ressortant de ses

²²⁶ Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo, Rapport Final*, Kinshasa : Ministère de la Santé publique et Banque mondiale, p. 35-36.

²²⁷ Voir également Bertone, M. P., Lurton, G., & Mutombo Beya, P. (2016). Investigating the remuneration of health workers in the DR Congo: implications for the health workforce and the health system in a fragile setting. *Health policy and planning*, 31(9), 1143-1151.

conclusions. D'abord, il y a une grande disparité de revenus parmi les différentes catégories professionnelles du secteur, parmi lesquelles figure en premier lieu celle séparant les diplômés en médecine des autres catégories : en effet, les médecins ont dans l'ensemble un revenu presque sept fois plus élevé que les infirmiers/ères. Un autre trait saillant est que le revenu total des responsables hiérarchiques – ceux qui occupent des postes administratifs dans les établissements – est 1,5 fois plus élevé des infirmiers/ères. Certes, il existe une forte variation au sein d'une même catégorie professionnelle, avec certains agents qui gagnent des revenus particulièrement élevés. Dans l'ensemble, certains marqueurs sous-tendent ces variations, et comme nous allons le voir, rejoignent les analyses qui figurent dans ce chapitre : le fait d'être médecin, de travailler dans le secteur privé, en HGR, en milieu urbain, et d'occuper un poste d'autorité sont autant de facteurs corrélés à une rémunération totale plus élevée.

Une autre étude, basée sur une enquête de référence menée dans cinq provinces (Équateur, Maniema, Kasai Occidental, Province Orientale et Kasai Oriental) ainsi que sur une recherche qualitative au Kasai Occidental, qui a interrogé des travailleurs de la santé dans 210 établissements publics, a révélé que les infirmières tiraient leurs revenus d'une variété de sources de rémunération : un tiers ne recevait aucune rémunération de l'État, une petite proportion ne recevait que des salaires (14 %), une plus grande proportion seulement la prime de risque professionnel (36 %) et un petit nombre les deux (18 %), en plus de la rémunération basée sur les frais d'utilisation (la prime locale) ; certains pratiquaient également des activités non cliniques (agriculture, commerce), tandis que moins de 10 % déclaraient recevoir des revenus d'une pratique clinique privée, principalement à domicile²²⁸. Toutefois, cette étude a également mis en évidence un certain nombre de points importants : les infirmiers travaillant dans des établissements urbains avaient de bien meilleures chances de percevoir un salaire ; l'étude a également montré que la plupart des infirmiers préféraient les rémunérations du gouvernement (salaires, prime de risque professionnel) aux paiements des primes de performance des partenaires de développement, car les premières étaient considérées comme des sources de revenus plus stables et moins transitoires²²⁹ ; la couverture des rémunérations des travailleurs de la santé variait considérablement d'une province à l'autre ; enfin, il existait des preuves de discrimination entre les sexes dans l'attribution des avantages : les infirmiers masculins étaient plus susceptibles de recevoir des per diem, des primes de performance et une rémunération totale plus élevée que les femmes²³⁰. En tout état de cause, compte tenu de la nature de cette étude – qui porte sur la gestion des ressources humaines dans le secteur public – nous nous concentrerons plus particulièrement sur la question des rémunérations versées par l'État et sur les problèmes qui y sont liés.

Les rémunérations payées par l'État

Le salaire de base

²²⁸ Maini, R., Hotchkiss, D. R., & Borghi, J. (2017). Une étude transversale des sources de revenus des agents de santé en soins primaires en République démocratique du Congo. *Ressources humaines pour la santé*, 15, 1-15, pp. 4-5.

²²⁹ Voir également Fox, S., Witter, S., Wylde, E., Mafuta, E. & Lievens, T. (2014) Paying health workers for performance in a fragmented, fragile state: reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo, *Health Policy and Planning* 2014;29, pp. 96-105.

²³⁰ Maini, R., Hotchkiss, D. R., & Borghi, J. (2017). Une étude transversale des sources de revenus des agents de santé en soins primaires en République démocratique du Congo. *Ressources humaines pour la santé*, 15, 1-15, p. 8, 10.

Les rémunérations payées par l'État sont de deux ordres : le salaire de base, et la prime de risque professionnel. Concernant le salaire de base, il faut d'abord noter que le personnel de santé, à ce jour, relève statutairement du ministère de la Fonction Publique²³¹ : cela veut dire que leur carrière est en principe gérée selon les dispositions du Statut général de la Fonction Publique, que le personnel de santé nouvellement embauché doit être immatriculé par la Fonction Publique – ce qui est un prérequis essentiel pour pouvoir toucher le salaire de base – et que l'engagement des dépenses de rémunération pour le salaire de base est fait par le ministère de la Fonction Publique. Ainsi, le salaire de base touché par les personnels de santé est statutairement le même que pour les autres agents de carrière du régime général. Bien que situé à un niveau très bas, couplé à un fort niveau de compression (avec des différences minimales entre un huissier et un directeur), le salaire de base a néanmoins connu des augmentations nominales au fil des ans (notamment en 2022-2023), mais sans pour autant altérer fondamentalement sa structure. Le tableau suivant reprend les montants du salaire de base en francs congolais et en USD pour les années 2000, 2013 et 2023 :

	2000		2013		2023	
	FC	USD	FC	USD	FC	USD
Secrétaire Général	5320	71	96423	103.6	390439	156.2
Directeur	2600	34.6	94423	101.8	377528	151
Chef de Division	2130	28.3	91930	98.8	361238	144.5
Chef de bureau	1390	18.5	89903	96.6	346760	138.7
Attaché de bureau 1 (ATB1)	1140	15.2	87064	93.6	328960	131.6
Attaché de bureau 2 (ATB 2)	975	13	85456	91.8	315022	126
Agent de bureau 1 (AGB 1)			84192	90.5	300538	120.2
Agent de bureau 2 (AGB2)			83394	89.6	287644	115.1
Auxiliaire de bureau 1	638	8.5	82756	89	273965	109.6
Auxiliaire de bureau 2	585	7.8	76138	81.6	254685	101.9
Huissier	532	7	70500	75.8	240720	96.3

²³¹ Ceci est le cas autant pour les médecins – qui ont obtenu leur propre statut en 2006, mais dont les dispositions ne sont pas appliquées – que pour les autres catégories, qui n'ont pas à ce jour de statut spécifique.

Tableau : Évolution du salaire de base en FC et USD²³²

Comme nous l'avons vu ci-dessus, cependant, le personnel reconnu par le Ministère de la Santé touchant le salaire de base s'élève seulement à 20%. Plusieurs facteurs sous-tendent cette proportion peu élevée : d'abord, ceci est dû au nombre élevé de Nouvelles Unités, c'est-à-dire de personnels reconnus par le Ministère de la Santé, figurant sur les listes déclaratives du ministère, mais qui n'ont pas de numéro matricule de la Fonction Publique, et donc sont de ce fait dépourvues du salaire de base. En effet, en 2022 le Ministère de la Santé comptait 116.338 agents étant des Nouvelles Unités dont le nom avait été transmis à la Fonction Publique pour admission sous statut, contre 153.775 agents disposant de numéros matricule²³³. Ces effectifs élevés de Nouvelles Unités – comme l'a démontré le chapitre 2 – sont largement le produit de recrutements et d'affectations incontrôlées, qui placent le ministère de la Fonction Publique devant un fait accompli, et rendent le suivi et la régularisation de la situation administrative de ces agents d'autant plus difficile qu'elle évolue en dehors de toute planification.

En plus de cela, l'obtention d'un numéro matricule est certes une condition nécessaire pour être mécanisé – c'est-à-dire intégré dans le listing des salaires de base – mais sans être une condition suffisante : en effet, accéder au salaire de base est un processus complexe, qui implique l'envoi des dossiers des agents matriculés par le ministère de la Fonction Publique à la Direction de la paie au ministère du Budget, et contraint par les limites de l'enveloppe budgétaire (qui fait que les mécanisations doivent se faire de manière progressive). Ainsi, seuls 51.261 agents matriculés disposaient de leur salaire de base début 2023, contre 100.039 agents en attente de mécanisation. Il faut aussi souligner que bien que le salaire soit souvent inférieur à la prime de risque pour plusieurs catégories d'agents, par le fait qu'il est associé au statut d'agent de carrière matriculé, et que jusqu'à récemment, il demeurait l'unique base de calcul pour les pensions de retraite, il représente un enjeu particulièrement important dans la carrière des agents.

La prime de risque professionnel

La prime de risque professionnel est payée à tous les professionnels de santé²³⁴, y compris ceux des services publics autres que ceux du Ministère de la Santé. Pour ce qui est du Ministère de la Santé, tout le personnel reconnu par le ministère – c'est-à-dire les agents figurant sur les listes déclaratives du ministère (que nous allons discuter en détail dans la section suivante) – y a droit en principe. Comme nous l'avons vu, la couverture de la prime de risque est bien supérieure à celle du salaire de base (avec plus de 54% des agents reconnus par le Ministère de la Santé qui la touchent) ; cependant, plusieurs problèmes la caractérisent. Laissant de côté les aspects géographiques liés à la couverture inégale des rémunérations (discutés ci-dessous) et les abus liés aux procédures de mécanisation (abordées dans les deux sections qui suivent), il sied de s'attarder ici sur la structure de la prime de risque professionnel et les écarts

²³² Sources : PNUD, 2015, *Inégalités politiques, socio-économiques et édification de la Nation/État en République démocratique du Congo*, Kinshasa : PNUD-RDC, p. 86-87 ; données Direction de la paie, Ministère du Budget, 2023, et calculs des auteurs.

²³³ Présentation de la Direction des Ressources Humaines lors de l'atelier consultatif dans le cadre de l'étude sur les ressources humaines dans le secteur de la santé, Kinshasa, 24 février 2023.

²³⁴ RDC/Ministère de la Santé, 2019, *Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) 2019-2022*, Kinshasa : Ministère de la Santé, pp. 31.

barémiques qui la sous-tendent, eux-mêmes souvent source de démotivation parmi certaines catégories professionnelles.

La prime de risque a été instituée en 2005/2006, initialement pour les médecins, et puis a été par la suite étendue aux autres catégories d'agents du secteur à partir de 2007 ; censée être à la base un complément de salaire et une mesure d'incitation, elle a fini par devenir l'élément principal de la rémunération²³⁵. La prime de risque est également indexée sur le grade des agents, mais a des spécificités propres pour chaque catégorie de personnel, qui ont évolué au fil du temps. Le tableau qui suit donne un aperçu du barème de la prime de risque professionnel des différentes catégories professionnelles du secteur, datant de 2019²³⁶.

BAREME PRIME DE RISQUE								
Adm.	Prosanté	Méd.	Dent.	Adm.	Autres Prosanté	Prosanté L2	Dentistes/Pharmaciens	Médecins
SG	En Chef 4 et 5	MG	MC4		278.000	572.950	1.354.672	2.311.359
DG	En Chef 1 2et 3	MCC	MC3		261.200	515.655	1.233.905	2.080.223
Dir	En Chef	MRS	MC2	195.500	215.500	418.360	1.233.905	1.849.087
CD	Inspecteur	MRG	MC1	173.100	198.300	366.064	1.101.128	1.617.951
CB	Chef Clin/ Chef de service	MJU	MCC	158.200		313.475	1.101.128	1.386.815
ATA1	DH1	MI	MJU	136.000	156.200	286.475	882.603	1.155.680
ATA2	DH2		MINT	122.700	133.000	243.503	796.822	
AGA1	DHA			107.500	127.127			
AGA2	HOSP 1			101.500	113.204			
AA1	HOSP 2			96.200	102.402			

Tableau : Barème de rémunération des primes des différentes catégories d'agents de santé du ministère de la santé en FC, T1 2019²³⁷

Comme le tableau ci-dessus le renseigne, il existe de profondes inégalités entre différentes catégories de personnel : les médecins sont invariablement beaucoup mieux rémunérés, avec une prime de risque professionnel qui pouvait varier entre 500.000 FC et 1.000.000 FC au début des années 2010, éclipsant la rémunération des infirmiers peu qualifiés²³⁸. En 2019, au bas de l'échelle, la prime de risque professionnel

²³⁵ Banque mondiale, 2015, *RDC : Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington : Rapport No. 96172-ZR, p. 74. Il faut aussi souligner que contrairement à ce que son nom indique, la prime de risque professionnel est indistinctement touchée par tout le personnel du secteur de la santé, et pas seulement ceux qui sont en contact avec les patients.

²³⁶ Pour des chiffres antérieurs, voir également Maini, R. et al. (2015) *Joint World Bank-DFID Report on revenues of Human Resources for Health (HRH) in the Democratic Republic of Congo*, Kinshasa, DFID & World Bank, p. 33.

²³⁷ RDC/Ministère de la Santé, 2019, Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) 2019-2022, Kinshasa : Ministère de la Santé, p. 32.

²³⁸ Voir Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo, Rapport Final*, Kinshasa : Ministère de la Santé publique et Banque mondiale ; Ravez, L., Rennie, S., Yemesi, R., Chalachala, J.-L., Makindu, D., Behets, F., Fox, A., Kashamuka, M. & Kayembe, P., 2019, Les grèves de médecins en République Démocratique du Congo : quels repères éthiques généralisables ? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 2:2, 63-72 ; RDC/Ministère de la santé publique,

pour les médecins s'élevait à plus de 1.150.000 FC, soit environ 700 USD²³⁹, et pouvait grimper bien plus haut en fonction du grade ; ces écarts considérables ont beaucoup à voir avec la capacité de mobilisation collective des médecins par le biais de leurs syndicats. En effet, le contraste le plus frappant est celui qui sépare les primes des médecins (et celles d'autres travailleurs de la santé hautement qualifiés) et celles des infirmiers/ères peu qualifiées (qui constituent la catégorie la plus importante des professionnels de la santé) : un infirmier ayant le rang administratif d'agent de bureau de première classe (DHA dans la classification des professionnels de la santé) touchait 143.092 FC en salaire de base, avec une prime située à un montant inférieur, soit 127.127 FC, correspondant à l'époque à 77 USD – soit près de un dixième de la prime d'un médecin interne.

Il est intéressant en effet de s'interroger sur les raisons qui sous-tendent ces écarts barémiques particulièrement importants : en fait, en schématisant, l'on peut estimer que ces écarts entre primes des différentes catégories professionnelles sont en grande partie liés aux rapports de force entre différents syndicats et gouvernement, la rémunération étant proportionnelle à la force de frappe des syndicats en termes de pression, de capacité de mobilisation, et de grève. En effet, vu que sur le plan juridique il n'existe pas en RDC d'indice fixant les dimensions et limites de écarts, plus une catégorie est à même d'influencer la politique et d'arracher des concessions, mieux elle sera servie.

Selon les explications d'un gestionnaire des ressources humaines : *« la prime de risque dans la santé est proportionnelle à la force des syndicats, à leur force de frappe »*²⁴⁰. Selon un syndicaliste du niveau central, *« C'est celui qui fait la pression qui arrache quelque chose (...) Celui qui cogne un peu plus, qui est mieux organisé, c'est lui qui arrache un peu, et finalement les écarts sont creusés »*. Quant à la capacité des médecins de jouer ce jeu-là de manière plus efficace, elle est en partie liée à leur position dans le secteur de la santé, comme gestionnaires, à leur influence sur et leur proximité par rapport au monde politique :

*« Les [médecins] parce qu'ils influençaient plus la politique et la politique leur accordait le montant. Il y a plus de médecins dans la scène politique. Les médecins préfèrent faire la politique et l'administration, et les médecins ont la facilité selon leur notoriété de rencontrer l'homme politique, parler avec lui, poser son problème et de bénéficier de son influence par rapport aux autres qui sont complexés. (...) Tout s'est centré sur l'influence politique »*²⁴¹

En effet, ce n'est pas un hasard si la prime de risque a commencé par être accordée d'abord aux médecins. La montée de la prime de risque chez cette catégorie a en partie été poussée par une série de grèves radicales après août 2017 – y compris des journées de grève sans service minimum (*« grèves sèches »*), qui auraient occasionné de nombreux décès – à travers lesquelles les médecins ont partiellement obtenu ce qui était recherché : l'alignement de médecins Nouvelles Unités aux listes de paie, le réajustement de leur traitement aux taux réel du marché (le FC ayant été soumis à d'importantes dépréciations au cours

2011, *Plan national de développement des ressources humaines pour la santé 2011-2015*, Rapport, Mars 2011, p. 30 ; Bertone, M.P. et al, 2016, Investigating the remuneration of health workers in the DR Congo : implications for the health workforce and the health system in a fragile setting, *Health Policy and Planning*, 2016, p. 4.

²³⁹ Ravez, L., Rennie, S., Yemesi, R., Chalachala, J.-L., Makindu, D., Behets, F., Fox, A., Kashamuka, M. & Kayembe, P., 2019, Les grèves de médecins en République Démocratique du Congo : quels repères éthiques généralisables ? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 2:2, 63-72, p. 66.

²⁴⁰ Entretien, responsable de la gestion des ressources humaines, Kinshasa, avril 2023.

²⁴¹ Entretien, représentant syndical à Kinshasa, avril 2023.

des dernières années, érodant le pouvoir d'achat dans une économie fortement dollarisée)²⁴². En revanche, les infirmiers ont eu bien moins de succès dans leurs initiatives : selon un représentant de l'ordre national des infirmiers :

« Les médecins c'est eux qui gèrent, et en plus ils se retrouvent aussi dans les instances décisionnelles, ils sont au ministère, ils sont à la présidence, ils sont au parlement (...) et comme il se retrouvent partout là-bas ils jouissent d'un certain... privilège par rapport aux infirmiers. [Mais il y a aussi] le manque de stratégie de la part des syndicats infirmiers, ils ne sont pas efficaces et ils sont aussi corruptibles. Ils voient leurs intérêts, bien qu'ils aillent là-bas pour revendiquer, il suffit qu'on leur donne de petites enveloppes et c'est fini »²⁴³

Quant aux écarts importants entre différentes catégories d'infirmiers – notamment les infirmiers licenciés par rapport aux diplômés d'État – ils sont le résultat d'une volonté de leur part, à travers leurs syndicats, de « s'écarter de la grande marmite où se trouve tout le monde, en se mettant à l'écart », bénéficiant également de l'avantage que leurs effectifs sont plus restreints et connus, facilitant une décision sur leur cas²⁴⁴. Dans tous les cas, le fossé qui sépare les médecins des autres catégories est assez large, d'autant plus que les effectifs de ces derniers sont restreints : en 2019, alors que les médecins constituaient 7% du personnel de santé, plus de la moitié de l'enveloppe de la prime de risque professionnel était consacrée à leur part, plus que celle de toutes les autres catégories réunies²⁴⁵. C'est un problème d'autant plus grave que de profondes inefficacités caractérisent la prime de risque des médecins, une catégorie souvent pléthorique dans les structures des grands centres urbains²⁴⁶, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, occasionnant une sous-utilisation chronique de personnels pourtant rémunérés, voire qui ne se présentent plus au travail²⁴⁷.

Disparités dans la couverture des rémunérations

Les rémunérations payées par l'État sont également caractérisées par une couverture fortement inégale, qui varie substantiellement dans l'espace ; les clivages les plus importants – nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre précédent – étant ceux qui séparent Kinshasa des provinces, et les zones urbaines des

²⁴² Ravez, L., Rennie, S., Yemesi, R., Chalachala, J.-L., Makindu, D., Behets, F., Fox, A., Kashamuka, M. & Kayembe, P., 2019, Les grèves de médecins en République Démocratique du Congo : quels repères éthiques généralisables ? *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 2:2, 63-72, p. 64. Ce même article notait également la tendance pour les syndicats des médecins d'articuler leurs réclamations quasi-exclusivement autour de griefs financiers et pécuniaires (généralement déconnectés de questions sociétales plus larges), une assertion qui semble tout aussi pertinente pour les syndicats d'autres catégories.

²⁴³ Entretien, représentant de l'Ordre national des infirmiers, Kinshasa, avril 2023.

²⁴⁴ *Ibid.*

²⁴⁵ RDC/Ministère de la Santé, 2019, *Plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) 2019-2022*, Kinshasa : Ministère de la Santé, pp. 32-33.

²⁴⁶ Verhaghe, J., 2018, *Pratiques de financement et de gestion financière des hôpitaux publics en RDC. Constats et pistes d'amélioration*, Rapport non publié, Kinshasa, août 2018, p. 11 et 16. Voir aussi Kalambay Ntembwa, H. & Van Lerberghe, W., 2015, *République démocratique du Congo. Améliorer la coordination de l'aide dans le secteur de la santé*, Genève, OMS, p. 12.

²⁴⁷ Kalambay Ntembwa, H. & Van Lerberghe, W., 2015, *République démocratique du Congo. Améliorer la coordination de l'aide dans le secteur de la santé*, Genève, OMS, p. 12.

milieux les plus éloignés, à savoir les zones rurales. En effet, plus on s'éloigne de la capitale, plus les proportions d'agents mécanisés – que ce soit pour le salaire de base ou la prime de risque – deviennent minimales. Le rôle prépondérant de Kinshasa doit être souligné : déjà en 2006, bien que la capitale ne comptât que 10% de la population du pays, 37% des salaires de base des agents de santé était payés dans la capitale, tout en absorbant la part du lion des dépenses consacrées à l'administration de la santé (10 % des dépenses totales de santé, contre 2 % dans les provinces)²⁴⁸. Les données relatives à la masse salariale de toute l'administration publique illustrent parfaitement cette concentration des ressources à Kinshasa : au premier trimestre 2019, selon les données de la Direction Trésor et Ordonnancement, Kinshasa regroupait 59 % de la masse salariale totale (niveaux central et provincial confondus) pour 41 % de l'ensemble du personnel rémunéré de l'État²⁴⁹. Le fait que la majorité des médecins est concentrée à Kinshasa – à peu près la moitié d'entre eux – alors que l'enveloppe de leur prime de risque représente la moitié du total est une autre illustration assez frappante de la centralisation des ressources dans la capitale.

Si l'on se réfère aux chiffres fournis ci-dessus pour 2013²⁵⁰, selon lesquels 32% des agents touchaient le salaire de base, 81% la prime de risque, et 13% étaient dépourvus de toute forme de rémunération, il faut souligner qu'il s'agissait de moyennes nationales, et que les chiffres dans les provinces éloignées avaient tendance à être invariablement pires, comme le suggèrent les données du système pilote iHRIS dans l'ex-Kasai Occidental, qui avait placé la proportion d'agents de santé sans aucune forme de compensation gouvernementale à 57 % dans le Kasai Central et 73 % dans le Kasai en 2016²⁵¹ ; d'autres études avaient également suggéré la présence d'écarts substantiels entre les provinces²⁵².

Ces variations peuvent être illustrées davantage selon une étude récente menée sur le fonctionnement de 37 HGR à travers la RDC²⁵³, selon laquelle le personnel dépourvu de toute forme de rémunération de l'État s'élevait à 30% du personnel, ceux touchant la prime de risque à 31%, et ceux recevant salaire de base et prime de risque à 34%. Ce que ces chiffres nous permettent de souligner, c'est que, à l'exception de la prime locale – à laquelle tout agent prestant dans les structures a droit – de larges pans du personnel de santé ne sont pas rémunérés, une situation qui tend à être invariablement pire dans les provinces éloignées et les zones rurales par rapport à la capitale : en ce sens, les pourcentages cités ci-dessus dans

²⁴⁸ Banque mondiale, 2008, *République démocratique du Congo, Public Expenditure Review*, Washington, 2008, p. 104.

²⁴⁹ Mujinga, A., 2021, *Rapport final d'évaluation de la mise en œuvre du cadre organique de la Fonction Publique et des entités pilotes*, Kinshasa, Décembre 2021, p. 83 ; cependant, ce chiffre est en réalité plus élevé si l'on prend en compte les frais de fonctionnement, puisqu'en 2019, 83 % de ceux-ci étaient constitués de primes non permanentes (dont une grande partie est consacrée à l'administration centrale), voir Lema, J., Tshiyombo, P. & Verger, G. (2019), *Étude sur l'état des lieux du Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie - SIGRH-Paie* - et sur les principes de son opérationnalisation par l'utilisation des matériels livrés par la CFAO et des logiciels fournis par SIMAC dans le cadre du PRCG, novembre 2019, PRRAP, p. 8.

²⁵⁰ Banque mondiale, 2015, *RDC : Revue de la Gestion des Dépenses Publiques et de la Responsabilisation Financière*, Washington : Rapport No. 96172-ZR, p. 63.

²⁵¹ IntraHealth, 2016, *Note iHRIS : Renforcement de l'information sur le personnel de santé en RDC, mise en œuvre d'iHRIS dans les provinces du Kasai et du Kasai Central*, Kinshasa, IntraHealth.

²⁵² Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo, Rapport Final*, Kinshasa : Ministère de la Santé publique et Banque mondiale, pp. 5-6.

²⁵³ Verhaghe, J., 2018, *Pratiques de financement et de gestion financière des hôpitaux publics en RDC. Constats et pistes d'amélioration*, Rapport non publié, Kinshasa, août 2018.

l'étude susmentionnée – basée sur le personnel des grands hôpitaux – sont très probablement surestimés, car les réalités des centres de santé dans l'arrière-pays produiraient certainement des chiffres bien inférieurs en termes de personnel adéquatement rémunéré.

En outre, contrairement aux taux de mécanisation plus faibles pour le personnel des provinces éloignées et des zones rurales, les agents de santé situés à Kinshasa ont également plus de chances de bénéficier de la rémunération de l'État : il a été estimé que 31.448 agents de santé à Kinshasa (sur un total de plus de 40.000) figuraient dans la masse salariale pour le deuxième trimestre 2022 (y compris les professionnels de santé travaillant dans des ministères autres que le ministère de la Santé)²⁵⁴. L'on peut dès s'interroger sur les facteurs qui sous-tendent cette couverture inégale dans l'espace : qu'est ce qui fait que la proximité avec les centres de prise de décision – d'abord Kinshasa, mais aussi les chefs-lieux des provinces par rapport aux zones rurales éloignées – facilitent le processus de mécanisation ?

Le clivage entre zones urbaines et zones rurales dans la mécanisation

Ce problème sera abordé en détail dans la section suivante, traitant des procédures impliquées en matière de mécanisation. Mais l'on peut déjà en fournir un aperçu. En effet, lors de nos enquêtes de terrain, de nombreux interlocuteurs ont épinglé le problème, en plaçant en avant-plan deux dimensions souvent imbriquées : le jeu de l'influence politique, et le rôle des syndicats. Comme l'a expliqué un responsable d'une institution de formation du Kongo Central, « vous voyez que ces gens-là qui sont au village, ils ne sont pas nombreux, ils n'ont pas peut être de prime de risque ni salaire, au profit de ce qui sont en ville, parce que ceux qui sont en ville (...), ils ont l'appui des politiciens, c'est les politiciens qui font pressions sur tel ou tel service qu'on puisse aligner les gens de son coin-là »²⁵⁵. Un professeur de médecine d'une faculté du Kwilu a souligné le danger « d'être oublié » dans les zones rurales : « Bon, les jeunes ne veulent pas aller là-bas parce qu'ils cherchent à avoir la prime de risque et le salaire. Si on est dans les oubliettes à l'intérieur du pays là-bas ou de la province, personne ne vous voit, vous n'êtes pas au contact avec le député, avec les politiciens, qui va aller plaider pour vous, pour avoir la petite prime là ? »

Un syndicaliste, fustigeant le rôle que jouent certains réseaux dans les processus de mécanisation, a également insisté comment un tel système joue en défaveur des agents situées dans la périphérie rurale, à moins qu'ils sollicitent l'influence des réseaux placés dans la capitale, afin d'être alignés, mais en échange de plusieurs mois de rémunération :

« Ces réseaux ici (...), ils sont à Kinshasa ces réseaux. Je dis qu'ils sont en combinaison. Alors s'ils ont du mal à signer un tel type d'accord avec quelqu'un qui est au fin fonds du village, parce qu'il faut communiquer, il faut voir aussi s'il va accepter mais celui qui est ici, c'est facile. Alors, donne-moi et je peux te donner 3 mois [de rémunération]. (...) C'est parce qu'ils ont compris aussi le jeu tout en étant en province il demande à quelqu'un pour intervenir. Dis à celui-là de m'aligner. Même les 3 mois je veux rembourser. Les gens de provinces ont compris que les alignements, ne sont pas faits

²⁵⁴ IMA Santé Mondiale, 2021, Vérification du personnel de santé de Kinshasa. Rapport final, Kinshasa : IMA World Health, juin 2021, p. 25.

²⁵⁵ Entretien, responsable d'une institution de formation au Kwilu, mai 2023.

*objectivement. Il fallait chercher l'influence de ceux qui sont au centre-ville pour être appuyé »*²⁵⁶

Dans les grandes villes, et particulièrement à Kinshasa, la demande est extrêmement forte : « *de façon que vous remarquez que la grande partie des agents qui prestent, oui, qui sont payés au niveau du ministère de la santé ce sont les gens qui occupent les grandes villes, qui habitent les grandes villes* »²⁵⁷. De même, le rôle souvent abusif que jouent les syndicats dans les procédures de mécanisation a été évoqué de manière répétée lors de nos entretiens : « *vous donnez l'argent et les choses sont faites mais... mais à l'intérieur vous ne pouvez pas demander à quelqu'un 300 dollars... hein... plus vous vous éloignez et plus la situation devient difficile...* »²⁵⁸. Afin de mieux cerner ce problème essentiel, la section suivante est entièrement consacrée aux procédures de mécanisation des agents du secteur, à son fonctionnement de fait, au rôle des syndicats dans celui-ci et à l'aspect relationnel, ainsi que les conséquences qui en découlent.

²⁵⁶ Entretien, représentant syndical à Kinshasa, avril 2023.

²⁵⁷ Entretien, agent du ministère du Budget, Kinshasa, avril 2024.

²⁵⁸ Entretien, agent du ministère de la Santé, Kinshasa, avril 2024.

Annexe 10 : Les processus de gestion de la paie des RHS

Les procédures officielles et leurs distorsions en pratique

Les procédures de gestion de la paie des agents de santé reposent de fait sur une division du travail complexe entre différentes institutions dans la chaîne des dépenses en ce qui concerne les rémunérations. Officiellement, les ministères sectoriels – comme le Ministère de la Santé – outre la gestion administrative de leur personnel, sont chargés de préparer les éléments nécessaires au calcul de leur rémunération, qui en fait consiste des primes de risque professionnel, y compris le contrôle et la vérification des paiements reçus ; le ministère de la Fonction Publique est chargé de l'engagement des dépenses de l'ensemble du personnel relevant de sa compétence, qui en fait consiste en le salaire de base du personnel de carrière (dont les agents de santé font partie) ; le ministère du Budget est chargé de la liquidation des dépenses de rémunération ; le ministère des Finances est chargé de l'ordonnancement des dépenses ; la Banque Centrale s'occupe de l'exécution du paiement (effectué par l'intermédiaire des banques commerciales et/ou de Caritas, comme indiqué dans l'accord avec l'Association congolaise des banques) ; et le Comité de suivi de la paie assure la coordination et le suivi des questions relatives à la rémunération²⁵⁹.

En pratique, cependant, un dysfonctionnement majeur découle du rôle actuel du ministère de la Fonction Publique, qui est pour l'instant encore largement contourné. En ce qui concerne le recrutement et les mouvements de personnel ayant une incidence budgétaire directe, les ministères sectoriels traitent directement avec la Direction de la paie sans en informer le ministère de la Fonction Publique ; en effet, ce dernier ne fait qu'engager les dépenses de rémunération pour le salaire de base, communiquées à la Direction de la paie (en tant que donneur d'ordre) pour les agents de carrière relevant de sa compétence, mais même là, en raison de latitude budgétaire limitée, l'ajout de fonctionnaires aux listings des salaires est partiellement sujet à la discrétion de la Direction de la paie au cours des dernières années. L'engagement d'autres types de dépenses de rémunération (en particulier celles des primes des ministères de tutelle, dont la prime de risque professionnel du Ministère de la Santé) échappe largement au contrôle du ministère de la Fonction Publique.

La même logique de contrainte budgétaire s'applique à la prime de risque professionnel du Ministère de la Santé : comme les contraintes budgétaires limitent la marge de manœuvre pour intégrer tout le personnel proposé dans les listings de la prime de risque, il faut faire des choix, qui permettent des arrangements : en effet, des éléments provenant d'une série de sources convergent pour suggérer que cela signifie que ce sont « les plus forts », en termes de connexions, « branchements » et de réseaux (politiques), d'influence financière, de capital relationnel et de proximité avec Kinshasa, qui sont en mesure de faciliter le processus et ont plus de chances d'être intégrés dans les listings de paie. Si à une époque ces choix semblaient être à la discrétion de la Direction de la paie – qui se voyait accusée d'être à l'origine de nombreux abus²⁶⁰ – depuis un certain temps cette dernière se targue de respecter

²⁵⁹ RDC/Ministère des Finances, & RDC/Ministère du Budget. (2010). Manuel des procédures et du circuit de la dépense publique. Circuit rationalisé. Kinshasa : Ministère des Finances et Ministère du Budget ; Beaudienville, G. (2012) Public financial management reforms in fragile states. The case of the Democratic Republic of Congo. ODI Briefing Paper 77. Londres : Overseas Development Institute ; Moshonas, S. (2019). The political economy of human resource and payroll management in the Democratic Republic of Congo. London, ODI, Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC) Working Paper 71.

²⁶⁰ Voir, entre autres, <https://www.radiookapi.net/actualite/2015/06/03/detournement-de-la-paie-des-medecins-le-ministre-kabange-exige-des-sanctions-severes>.

scrupuleusement les directives du ministère donneur d'ordre en matière d'alignement pour la prime de risque professionnel, à savoir le Ministère de la Santé.

Il faut signaler que ces processus ont également une dimension sexo-spécifique : il a été quasi-unaniment décrié, lors de nos discussions de focus groups avec des IT de la ville-province de Kinshasa que les agents de sexe féminin sont souvent assujettis à des formes de harcèlement sexuel afin d'être mécanisées, une question explorée plus en détail dans l'annexe 7.

Au-delà de la question de latitude budgétaire, un autre problème qui complique les mises à jour des listings de prime de risque est lié au fichier communiqué par la Direction des Ressources Humaines à la Direction de la paie – un problème sur lequel nous reviendrons en détail ci-dessous : en effet, la Direction de la paie déplore le fait que contrairement à d'autres secteurs, qui envoient leurs mises à jour trimestriellement à travers un fichier informatique, la santé ne semble pas le faire régulièrement, se limitant à l'envoi de mises à jour que lorsque des nouveaux alignements sont annoncés²⁶¹.

De plus, à cela il faut ajouter également le flou qui plane sur la qualité du fichier à la disposition de la Direction des Ressources Humaines du Ministère de la Santé, basé sur les listes déclaratives des provinces. Ces listes, qui doivent en principe servir de base pour les mises à jour des listings des primes, reprennent tous les effectifs déclarés, sans qu'ils fassent l'objet d'un contrôle rigoureux et systématique s'assurant de l'effectivité des agents en activité. La procédure de compilation des listes déclaratives suit généralement le schéma suivant : elles suivent un modèle plus ou moins uniforme communiqué par Kinshasa sur format Excel, qui part de la base avant de remonter vers le haut : les aires de santé déclarent leurs agents, reconnus par la zone de santé, les bureaux centraux centralisent ces données qui sont remontées au niveau de la DPS, pour être ensuite transmises à la Direction des ressources humaines du Ministère de la Santé.

Cependant, les DPS n'ont pas toujours la capacité de vérifier la véracité des informations reprises sur les listes déclaratives, en partie en raison des distances à parcourir, mais aussi par manque de moyens, faisant de ce fait planer un doute sur leur exactitude ; selon un agent d'une des DPS visitées :

« Nous n'avons pas de moyens, on n'a pas vraiment de ressources, souvent c'est un domaine [accompagnement et supervision] qui n'est pas financé en termes de missions de terrain pour accompagner les zones de santé pour voir, palper des réalités, vous voyez, on n'a pas souvent de financement par rapport à ça (...). Ça pose un problème, on peut remonter les listes déclaratives pour nous dire voilà nous avons autant de personnel, voilà leurs identités, voilà leurs informations, il faudrait que nous aussi à de moment on descende pour voir en réalité la situation »²⁶².

De plus, plusieurs gestionnaires des RHS au niveau provincial se plaignent de ne pas connaître l'utilisation exacte qui est faite des listes déclaratives, dans la mesure où les problèmes soulevés issus de ces listes (mises à jour des agents déserteurs, décédés, agents non-payés, etc.) ne sont pas résolus²⁶³. Le résultat est que souvent, *« les listings de paie sont très différents des listes déclaratives. Il existe donc un centre de décision qui autorise la paie sans harmoniser ces différentes listes »²⁶⁴* ; une autre autorité de la province

²⁶¹ Entretien, agent du ministère du Budget, Kinshasa, avril 2023.

²⁶² Entretien, agent d'une des DPS visitées, mai 2023.

²⁶³ Entretien, agent d'une DPS dans les provinces visitées, mai 2023.

²⁶⁴ *Ibid.*

du Tanganyika abonde dans le même sens : « *les listes déclaratives sont envoyées chaque trimestre mais souvent, on n'en tient pas compte* »²⁶⁵. Afin d'élucider davantage ce type de dysfonctionnements, il importe de se pencher sur les modalités des mises à jour en matière de rémunération ; ceci va nous amener à considérer deux aspects fondamentaux : la place des syndicats ces modalités, mais aussi des institutions du niveau central, où les arrangements et relations jouent un rôle primordial.

Le rôle des syndicats en matière de rémunérations dans le secteur de la santé

Les syndicats du secteur de la santé jouent aujourd'hui un rôle important dans les processus de mécanisation de nouveaux agents – en matière d'alignement – et ce rôle remonte déjà aux années où la prime de risque a été instituée. Le secteur de la santé disposait déjà d'une Commission, qui fut active jusqu'en 2013, qui intervenait avec la participation de toutes les catégories professionnelles. Cette commission, connue sous le nom de Commission ETRI²⁶⁶, reprenait les ministères de la Santé, du Budget, la Fonction Publique, et l'unique syndicat des médecins de l'époque, le SYNAMED, qui disposait d'une commission spéciale. Cette commission traitait de la mise à jour des listings pour la prime de risque ainsi que dans le traitement des documents administratifs. Cette Commission cessa ses activités en 2013, lorsque le premier ministre Matata retira ses émoluments, invoquant un certain nombre d'irrégularités.

Ce n'est qu'en 2021 qu'une nouvelle commission spécifique à la santé sera mise en place, la Commission Interministérielle chargée de l'harmonisation des vues sur l'enveloppe salariale et l'alignement à la prime de risque des médecins, infirmiers, administratifs et autres professionnels de la santé des services publics de l'État. La mise en place de cette commission a été motivée par le souci de prévenir les remous et revendications sociales des professionnels du secteur, en impliquant toutes les parties prenantes dans l'examen détaillé des revendications, le traitement en amont des dossiers en matière de rémunération et d'alignement de nouveaux agents ; en d'autres termes, pour anticiper et prévenir l'agitation syndicale, qui avait repris de l'ampleur à partir de 2021. Entre temps, les syndicats dans la santé ont commencé à jouer plusieurs rôles en matière de rémunérations : lors de la mise en place de commissions ad hoc pour ce qui est des admissions sous-statut, dans l'alignement d'agents non-mécanisés, dans l'examen des recours, que ce soit au niveau central comme dans les provinces, où les syndicats interviennent dans l'élaboration des listes des non-payés qui sont en situation régulière, vérifier les irrégularités, en matière de certification des listes, etc.

Un bref aperçu de l'histoire des syndicats des médecins

Il faut noter que les syndicats dans la santé sont venus jouer un rôle important, et en fait rapidement incontournable, dans les questions de rémunération précisément à cause des faiblesses de l'administration, et particulièrement celles des services administratifs du Ministère de la Santé, en matière de gestion du personnel. Afin de mieux situer le problème, il faut remonter aux années durant lesquelles la prime de risque a été instituée pour les médecins, qui ont joué un rôle pionnier dans ce type de configuration. L'on peut citer ici l'explication d'un syndicaliste, ayant une expérience directe du déroulement des événements :

²⁶⁵ Entretien, autorité politico-administrative de la province du Tanganyika, mai 2023.

²⁶⁶ Ce nom découlait du bâtiment dans lequel la Commission était logée, le bâtiment de l'ETRI – Études et Traitement Institutionnel – qui est devenu l'actuel SNIS.

« Lorsque le gouvernement de transition à l'époque prend la décision d'octroyer la prime de risque professionnel aux médecins, il demande à l'administration de lui présenter les effectifs des médecins devant bénéficier de cette prime, à l'époque c'est feu le vice-président Zahidi Ngoma qui était en charge des questions sociales. Les effectifs qui sont présentés par l'administration étaient très loin de la réalité, en réalité c'étaient des effectifs triplés ; lorsque le gouvernement prend l'option de se référer à une contre-expertise des syndicats, et ben il découvre que les effectifs déclarés par l'administration étaient en réalité le triple des effectifs réels »²⁶⁷

À la suite de cela, le gouvernement leva l'option, étant donné que la prime de risque était considérée comme une prime d'activité, et que le SYNAMED, unique syndicat représentant les médecins, était le mieux placé pour suivre qui était effectivement en activité à travers le pays, de laisser au SYNAMED le soin de préparer les listes de paie avant qu'elles soient par la suite entérinées par l'administration. Cependant, les dérapages ne tardèrent pas : *« cette histoire va vous ramener à une dure réalité, c'est qu'au départ le travail se faisait impeccablement, mais comme les politiques sont malins, il y en a dans l'appareil politique et administratif qui ont estimé que le syndicat ayant eu un pouvoir, il pouvait maintenant commencer à bouffer »²⁶⁸*. Selon les détracteurs du SYNAMED, la décision du bureau national du syndicat de demander au gouvernement de verser toute l'enveloppe de paie destinée aux médecins dans un compte spécial géré par le bureau national – qui désormais gérât l'enveloppe à lui-seul, préparant les listes et créditant les comptes à sa discrétion – précipita une crise au sein du syndicat, qui mena éventuellement à la création d'un deuxième syndicat de médecins en 2012, le SYMECO. Selon les défenseurs du SYNAMED, la création du SYMECO faisait tout simplement partie d'un stratagème du gouvernement visant à affaiblir la position du SYNAMED, qui était tout simplement devenu bien trop puissant²⁶⁹.

Toutefois, après avoir mis fin à ce rôle prépondérant que jouait le SYNAMED en matière de gestion de la prime de risque des médecins par un compte spécial, les syndicats continuèrent à être associés aux décisions d'alignement de nouveaux agents à la prime de risque. Selon les explications d'un syndicaliste, dorénavant les abus étaient facilités par la faiblesse, et la complicité, des autorités gérant les ressources humaines :

« Ça continué comment... ayant découvert qu'il y avait de la sauce, les gens ont commencé par agir par le canal des ressources humaines de la santé. Parce que théoriquement vous ne pouvez être aligné que sur ordre du secrétaire général à la santé, mais pour passer à la signature du secrétaire général à la santé, c'est la direction des ressources humaines. (...) Certains s'étaient arrogé le luxe de faire aligner leurs épouses, leurs sœurs, leurs frères, et avec plusieurs comptes bancaires, les informations... il y avait même des gens qui avaient une cinquantaine des noms. Et tous cela passait par la faiblesse des ressources humaines qui se faisait même complice,

²⁶⁷ Entretien, représentant syndical, Kinshasa, avril 2023.

²⁶⁸ *Ibid.*

²⁶⁹ Divers entretiens avec des représentants syndicaux des médecins, Kinshasa, avril 2023. La naissance d'autres syndicats de médecins depuis ferait partie de cette même stratégie de dédoublement et d'attrition du pouvoir des premiers.

parce qu'en réalité eux aussi les dirigeants au niveau de la première direction tiraient même des dividendes derrière ses opérations-là »²⁷⁰.

Les abus liés au rôle des syndicats dans la santé

Il n'est pas difficile de voir comment – étant donné le rôle prépondérant joué par les syndicats en matière d'alignement d'agents sur la prime de risque du secteur – cette situation peut donner lieu à de nombreux abus, qui sont souvent l'objet d'arrangements et de marchandages (où par exemple, un agent peut négocier la facilitation de son alignement moyennant un paiement, ou encore de laisser ses trois premiers mois de rémunération aux réseaux comme monnaie d'échange). De nombreux interlocuteurs ont déploré cela, que ce soit au niveau des provinces ou du niveau central. Ainsi, selon un gestionnaire des ressources humaines dans la province du Kasai Oriental :

« Je me rappelle dans le temps, c'étaient les syndicalistes qui alignaient les gens par rapport aux listings de paie. Donc les syndicalistes, tu as, tu paies, tu viens, tu pars dans leur bureau là, tu donnes le nom, tu travailles ou pas, ils partaient avec ces noms là au niveau du budget et on mettait sur les listings et on payait les gens comme ça. Et même ici chez nous, ça c'est... ce n'est pas un secret, y a eu beaucoup de fictifs, des gens qui vendaient au marché, des gens qui ne travaillaient pas. Et comme... si tu as de bonnes relations avec un syndicat il envoie ton nom et tu touches »²⁷¹

Des propos similaires ont été recueillis à Kinshasa, epicentre du phénomène :

« Bon, le grand problème avec la rémunération à la santé, depuis plusieurs années c'est comme si la rémunération des ressources humaines étaient devenues une propriété privée ou l'apanage des syndicats. (...) C'était pratiquement ... c'était devenu le travail des syndicalistes. (...) C'est pourquoi nous avons connu tous ce que nous connaissons dans cette ville avec des personnes... euh... qui alignent leurs femmes ou qui alignent leurs frères ou alignent même les amies de leurs épouses... c'était devenu la propriété des syndicats... »²⁷²

En effet, si la Direction des ressources humaines du Ministère de la Santé réagit dans la transmission des mises à jour pour la prime de risque à la Direction de la paie principalement lorsque des nouveaux alignements sont prévus en raison d'une latitude budgétaire, c'est parce que les effectifs à aligner sont connus, et les listes sont préparées avec l'implication des syndicats à travers l'organisation d'ateliers, en fonction de quotas, occasionnant des situations en atelier « où il y a à boire et à manger », selon les agents du ministère du Budget. Interrogés à propos des complications soulevées par ce type d'ateliers consacrés aux alignements où siègent les syndicats, ces derniers s'expliquent en ces termes :

« C'est un problème de quota avec les syndicalistes, un problème de quota ; nous avons aussi beaucoup de recommandés, ça fait que quelquefois même on oublie ceux qui devaient être payés, ceux qui doivent être payés, ils doivent avoir quelqu'un dans la commission pour pouvoir présenter le nom, vous comprenez un peu (...) C'est selon les

²⁷⁰ Entretien, représentant syndical, Kinshasa, avril 2023.

²⁷¹ Entretien, gestionnaire des ressources humaines dans la province du Kasai Oriental, avril 2023.

²⁷² Entretien, gestionnaire des ressources humaines dans la province de Kinshasa, avril 2023.

syndicats, et là des fois même on commence à chercher des gens, des gens qu'on peut faire aligner »²⁷³

C'est ce genre de situation qui a conduit la Direction de la paie au ministère du Budget d'insister sur le toilettage des données avant d'aligner des agents sur la prime de risque, car lors des années précédentes, quand l'intégration sur les listings se faisait en masse, la Direction de la paie s'était retrouvée accusée d'être à la base des doublons et fictifs : « *quand on avait l'habitude d'intégrer en masse, cette l'intégration en masse ça nous a coûté beaucoup, ça nous a créé beaucoup de problèmes au niveau de la Direction de la paie, parce que chaque trimestre il y avait des doublons, des doublons, des doublons, on a été accusés, que c'est nous qui créons ces doublons-là ; alors nous avons pris l'option avant d'intégrer ces données on doit d'abord toiletter, il faut nettoyer, et chaque fois qu'on le fait on présente les données, on les renvoie à la santé »²⁷⁴*. Nous reviendrons en détail sur la situation de chaque institution et niveau intervenant dans le circuit de la paie dans la section suivante, consacrée au phénomène des fictifs.

Le rôle des institutions du niveau central

Avant de se plonger dans la question des abus en matière de paiement des rémunérations, il est utile d'insister sur la prééminence des institutions du niveau central dans les processus de mécanisation, et de la place qu'occupe l'aspect relationnel dans ceux-ci. En effet, Kinshasa demeure le lieu où les décisions en matière de mécanisation et d'alignement sont prises, au carrefour entre plusieurs acteurs institutionnels, dont les plus importants sont le Ministère de la Santé, le ministère de la Fonction Publique, le ministère du Budget, et les syndicats. La mécanisation est bâtie sur toute une série de procédures complexes, multipliant les interfaces entre acteurs, et de ce fait laissant de la marge à l'appréciation discrétionnaire, tout en étant exposée à l'influence syndicale, et la politisation, dans un contexte de faiblesse de l'administration du Ministère de la Santé; un tel contexte assujetti les procédures à de nombreux arrangements, qui sont autant d'opportunités pour ceux qui sont en mesure de les saisir, mais qui en même temps tendent à favoriser les mieux placés dans le système : ceux qui sont déjà capables de mobiliser un capital relationnel, des ressources financières, et à avoir recours à l'influence politique sont grandement avantagés, renforçant de ce fait la tendance inégalitaire et inique du système.

Cependant, d'emblée, il faut souligner que cette description sommaire des traits saillants du système de gestion des rémunérations ne devrait pas suggérer que la situation est demeurée inchangée et statique au cours des quinze dernières années : il y a eu certaines évolutions dans le temps, même si les caractéristiques énumérées ci-dessus semblent demeurer assez présentes. En effet, nous avons déjà évoqué les changements qui ont entouré le rôle joué par le SYNAMED en matière de paie des médecins. Une autre différence importante entre la situation prévalant il y a une dizaine d'années et celle d'aujourd'hui est la puissance de la Direction de la paie dans les décisions d'alignement. Selon un observateur privilégié, vétéran du secteur ayant exercé des hautes fonctions dans la santé :

« Il est arrivé un moment où le ministre [de la santé] ne savait pas qui était payé et qui ne l'était pas parce que la direction de la paie ne le faisait pas [suivre ses instructions]. Et on s'est retrouvé même à un moment où les décisions de paie se faisaient au

²⁷³ Entretien, agent du ministère du Budget, Kinshasa, avril 2023.

²⁷⁴ *Ibid.*

ministère du Budget et les gens d'autres secteurs sont payés comme personnel médical alors que le personnel médical n'est pas payé. il y a même eu monnayage carrément de l'admission dans les listes pour la paie (...). Vous voyez quelqu'un qui n'est même pas encore affecté, il vient et commence à toucher alors que ceux qui sont là depuis 15 ans ne le sont pas. (...) Tout se passait au niveau de la paie avec tout ce qu'il y a eu comme magouilles »²⁷⁵

Durant cette période, selon un syndicaliste, la Direction de la paie au Budget centralisait les fonctions à la fois d'engagement et de liquidation, se retrouvant juge et partie : « à un moment des agents qui étaient payés par le Budget qui étaient inconnus du secteur, et...mais à un moment le budget faisait à la fois le rôle d'engagement, la liquidation et...donc le budget...il y a des gens qui quittaient leur maison avec des soi-disant documents aller directement au budget pour se faire payer, alors que l'ordre devait venir du secteur en termes d'engagement »²⁷⁶. Autour des années 2015-2016, à la suite d'un scandale relatif à des détournements de rémunérations, où figurait également la question de la prime des médecins, un remaniement avait touché la moitié du personnel de la Direction de la paie, qui s'était vu accusé d'être à la base des abus constatés. Aujourd'hui, contrairement à cette époque – nous le verrons en détail plus bas – il semble que la Direction de la paie s'efforce de suivre les instructions émanant du Ministère de la Santé, couplé à un toilettage des données, afin justement d'éviter d'être confrontée à ce type d'accusations²⁷⁷. Selon le même syndicaliste précité : « Aujourd'hui la santé ne peut pas se plaindre que le Budget injecte des gens sans son avis, puisque à ce jour tout est codifié pour que au budget on puisse recevoir les gens à aligner ou à sortir des listings de paie que si ils en reçoivent l'ordre de l'administration de la santé publique qui est donneur d'ordre et donc responsable de l'engagement »²⁷⁸.

L'importance d'avoir quelqu'un à Kinshasa

En même temps, une grande partie des interlocuteurs interrogés à propos des manœuvres requises pour être aligné confirment la nécessité d'être de mèche avec les acteurs œuvrant à Kinshasa, expliquant ainsi pourquoi de larges proportions des personnels travaillant dans les milieux reculés peinent à être reconnus et mécanisés. Comme l'affirme un IT de la province du Kasai Oriental : « ce que les gens disent, ils ont raison parce que je connais aussi un ami pour commencer à toucher son argent (...), il fallait qu'il ait quelqu'un à Kinshasa qu'on glisse son nom parmi les matriculés. C'est à ce moment qu'il aura l'argent »²⁷⁹. Un autre IT de la même province abonde dans le même sens : « les rumeurs disent, il faut avoir quelqu'un à Kinshasa qui peut vous aider à être mis sur la liste des gens qui sont mécanisés (...). Il faut faire des efforts personnels, contacter certaines personnes, avoir un contact au ministère pour que vous soyez mécanisé »²⁸⁰.

D'une part, on reproche aux institutions du niveau central – au Ministère de la Santé, au Budget – de bloquer la machine pour forcer des arrangements à leur profit : « Est-ce que pour qu'on aligne les gens, il faut de lobbying ou bien c'est un droit. On dresse des listes déclaratives qui sont parties et on envoie. On

²⁷⁵ Entretien, autorité politique, Kinshasa, mai 2023.

²⁷⁶ Entretien, syndicaliste dans la santé, Kinshasa, avril 2023.

²⁷⁷ Entretiens, divers agents du ministère du Budget, Avril 2023 ; leurs propos semblent confirmés par d'autres interlocuteurs participant aux procédures d'alignement, y compris des syndicalistes.

²⁷⁸ Entretien, syndicaliste dans la santé, Kinshasa, avril 2023.

²⁷⁹ Entretien, IT de la province du Kasai Oriental, mai 2023.

²⁸⁰ Entretien, IT de la province du Kasai Oriental, mai 2023.

*sait qu'on va les partager selon les différentes destinations, en fonction des paliers et on s'arrête là. Pourquoi on doit faire le suivi ? Quel est le rôle des gens qui sont aux services de Budget, de la paie et au Secrétariat Général et ils font quoi ? Donc, ils bloquent la machine. Et cela signifie quoi, il faudra aller les voir pour faire des arrangements, etc. »²⁸¹. Ces arrangements sont aussi estimés à avoir partie liée à des réseaux opérant frauduleusement : « *quelqu'un qui... à peine engagé il reçoit déjà la prime, pourquoi ? Parce qu'il y a une mafia qui s'est organisée qui élabore, qui émet les commissions d'affectation, antidatée avec les signatures de secrétaires généraux qui sont déjà partis et eux-mêmes ils amènent ça au niveau de... du budget et l'argent est payé comme ça et ils récupèrent leurs dividendes* »²⁸².*

D'autre part, on estime que la politique joue également un rôle dans ces procédures, les acteurs politiques étant en mesure d'influencer la mécanisation de leurs protégés : « *maintenant c'est Kinshasa qui s'occupe de tout (...), vous allez au niveau de la Fonction Publique, c'est tous les politiciens qui sont en train de mener des démarches pour que les leurs puissent être alignés* »²⁸³ ; « *Si vous n'appartenez pas ou si vous n'êtes pas frère ou ami à tel ou tel autre politicien ou classe politique donc c'est difficile pour que vous puissiez voir vraiment vos conditions être améliorées en termes de prestations ou de rémunération* »²⁸⁴.

Les retombées sur les provinces

Du côté des provinces, les conséquences sont que les critères sur base desquels les procédures de mécanisation et d'alignement se font semblent totalement opaques – déplorant la centralisation de tout le processus décisionnel à Kinshasa : « *les listes de paie nous ne savons même pas à quoi ça ressemble* », « *quelle base de critères le niveau national utilise pour aligner les agents ?* »²⁸⁵ ; « *aujourd'hui, quand ils...ils alignent les gens, par trimestre, sur base de quels critères ? Nous on ne connaît pas. Et on a même du mal à...à...à connaître les gens qui sont alignés* »²⁸⁶.

Alors que les DPS des provinces affirment tenir compte de l'ancienneté, tels que rapportés par les représentations des syndicats, pour finir les provinces semblent acculées à constater simplement que des agents nouvellement engagés touchent rapidement leur rémunération au détriment des anciens. Par ailleurs, il arrive que les syndicats dans les provinces interviennent également en promettant mécanisation, moyennant un échange, renforçant cette situation :

« [Les syndicats] élaborent des listes moyennant un acte de monnayage bien évidemment, des listes qu'ils envoient à Kinshasa. Ils font même des clauses. On va t'aligner mais il faut que tu donnes autant de mois et c'est après que toi-même tu vas commencer à toucher. Et lorsqu'ils envoient des listes à Kinshasa, soit Kinshasa ne suit pas l'ordre d'engagement, soit on peut tomber sur une liste et on prend juste quelques

²⁸¹ Entretien, autorité politico-administrative, Tanganyika, mai 2023.

²⁸² Entretien, gestionnaire des ressources humaines, Kinshasa, 18.04.2023. Il faut signaler que les agents de la Direction de la paie confirment recevoir périodiquement des faux documents provenant du Ministère de la Santé, créés à sans la connaissance du secrétariat général, imitant les signatures et les cachets officiels.

²⁸³ Entretien, autorités politico-administrative, Kwilu, mai 2023.

²⁸⁴ Entretien, MCZ du Nord Ubangi, mai 2023.

²⁸⁵ Entretiens, médecin directeur dans un HGR de la province du Kasai Oriental, mai 2023, et autorité politico-administrative, province du Nord Ubangi, mai 2023.

²⁸⁶ Entretien, agent de la DPS du Tanganyika, Tanganyika, mai 2023.

noms au hasard. On prend tous les niveaux et on laisse les anciens parce qu'on n'a pas suivi l'ordre d'engagement des gens »²⁸⁷

Des propos comme ceux-ci sont assez représentatifs de la situation prévalant dans la plupart des provinces visitées : *« mais vous voyez les gens à la suite des influences, quelqu'un qui vient de commencer la carrière il est primé mais celui qui a 5 ans ou 6 ans ne l'est pas »²⁸⁸*. Comme l'expliquait un MCZ :

« Mais depuis un temps quand on mécanise les agents vous allez trouver que non tel a par exemple le matricule autant, mais celui qui vient après lui se retrouve là-bas, cela qu'on comprend qu'il y a d'autres mécanismes que nous nous ignorons peut-être. (...) Nous comprenons qu'il y a toujours peut-être des mécanismes qui se passent là-bas, ou peut-être les gens continuent peut-être de...d'avoir des relations qui les aident peut-être à accéder au salaire. Parce que si vraiment on respecte les critères, je pense qu'il y a beaucoup des personnes qui pouvaient déjà être salarié mais qu'ils ne le sont pas parce qu'il n'y a pas un autre suivi supplémentaire »²⁸⁹

Tout aussi important, cela fait aussi que certaines provinces se retrouvent marginalisées en matière d'alignement, comparativement à d'autres, sans pouvoir influencer cette situation. Les provinces du Nord Ubangi et du Tanganyika semblent déplorer cela en particulier. Selon un agent de la DPS du Tanganyika : *« aussi par rapport à l'alignement, ça il faut que je vous le dise sincèrement, lorsqu'on aligne au niveau national, vous allez comprendre si on alignait 200 au Sud Kivu, au Tanganyika on va aligner 15 à 20 personnes. Si vous voyez la liste des alignés pour la ville province de Kinshasa, ils peuvent être à 500 mais Tanganyika vous allez voir que c'est 30 ou 20 personnes, il y a une disproportion aussi dans l'alignement à la prime et au salaire »*. Une autorité politique du Nord Ubangi évoquait le cas des médecins, pourtant peu nombreux dans la province : *« Aucun médecin. Dernièrement ici on a aligné au T4 2022 quatre médecins sur les vingt-cinq que la province compte, ça ne se fait pas bien parce que là où on voit plus de centaines alignées pour une seule province mais pour la province du Nord Ubangi où on n'a qu'à aligner vingt-cinq médecins, on arrive pas à aligner malgré les efforts que nous avons faits »²⁹⁰*.

²⁸⁷ Entretien, autorité politico-administrative, Tanganyika, mai 2023.

²⁸⁸ Entretien, syndicaliste de la province du Tanganyika, mai 2023.

²⁸⁹ Entretien, MCZ de la province du Kasai Oriental, mai 2023

²⁹⁰ Entretien, autorité politique du Nord Ubangi, mai 2023.

Annexe 11 : Les abus du système, les fictifs

Ayant fourni une vue d'ensemble des caractéristiques et de la couverture des rémunérations payées par l'État dans le secteur de la santé, et parcouru les étapes qui jalonnent le processus de mécanisation dans les deux sections précédentes, il convient maintenant de se pencher sur les abus auxquels le système de paiement des rémunérations est confronté. Au centre de ceux-ci se trouve la problématique des fonctionnaires fictifs. Bien que le problème des agents fictifs n'est pas le seul moyen à travers lequel ces abus s'expriment (les pratiques frauduleuses auxquelles donne lieu le paiement des primes, ou bien encore le détournement des rémunérations à d'autres fins), et malgré le chevauchement de pratiques enchevêtrées, le problème des fictifs est suffisamment attesté et décrit – par exemple, faisant surface de manière périodique dans la presse, et rapporté par de nombreux interlocuteurs – pour qu'on s'y attarde spécifiquement.

Le phénomène des fictifs : historique et contexte

Selon une définition utilisée par l'OMS, le terme d'agent fictif (*ghost worker* en anglais) recouvre « une personne réelle qui à sa connaissance ou non est placée sur les listes de paie, ou une personne fictive placée intentionnellement sur les listes de paie par un employé malhonnête qui habituellement empêche les rémunérations payées à l'agent fictif »²⁹¹. Il s'agit d'un phénomène qui touche de nombreux pays, comme le suggère entre autres l'étude précitée de l'OMS. Il faut néanmoins souligner que ce phénomène semble revêtir une ampleur particulièrement poussée en RDC, et qui peut être située au minimum à la période des années 1970s, date à laquelle il a commencé à être documenté.

En effet, dans les années 1970, lors de la Deuxième République, sous Mobutu, de nombreux observateurs y ont fait allusion²⁹². David Gould, un chercheur ayant documenté le phénomène en détail, estimait en 1978 qu'environ les deux tiers des 385.000 agents de l'État que comptait le Zaïre à l'époque étaient fictifs, pour une somme totalisant un tiers de milliards d'USD sur le budget de l'État²⁹³. Les autorités du pays de l'époque avaient avancé des estimations allant dans le même sens : en mars 1979, lors d'une conférence de presse visant à rassurer les créditeurs du pays, donnée par le président Mobutu lui-même à Paris, ce dernier affirmait pouvoir aisément réaliser des coupes budgétaires de deux tiers en éliminant les agents fictifs des listes de paie²⁹⁴.

Lors de la période d'ajustement structurel – de la fin de la décennie 1970 à la fin 1980 – des efforts avaient également été consentis pour rationaliser les effectifs dans le secteur public ; des coupes budgétaires et des réductions des effectifs importants avaient été réalisés, et avaient été aussi accompagnées par des

²⁹¹ World Health Organisation, 2020, *Findings from a rapid review of literature on ghost workers in the health sector: towards improving detection and prevention*, Geneva: WHO.

²⁹² Bezy, F., J.-P. Peemans, and J.-M. Wautelet. 1981. *Accumulation et sous-développement au Zaïre 1960-1980*. Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain, p. 69 ; Ibula Mwana Katakanga. 1987. *La consolidation du management public au Zaïre*. Kinshasa: Presses Universitaires du Zaïre, p. 127 ; Young, C., and T. Turner. 1985. *The Rise and Decline of the Zairian State*. Madison: University of Wisconsin Press, p. 246.

²⁹³ Gould, D.J., 1980, *Bureaucratic Corruption and Underdevelopment in the Third World. The Case of Zaire*, New York: Pergamon Press, p. xiv et 71.

²⁹⁴ *Ibid.*

efforts d'identification d'agents fictifs à travers des contrôles physiques répétés²⁹⁵. Durant cette période, cependant, le nombre exact d'agents de l'État était resté inconnu, alors même que les contrôles ne furent pas en mesure de résoudre durablement le problème des fictifs : en effet, à partir de 1976, la Commission Permanente de l'Administration Publique²⁹⁶ et les Commissaires du Peuple (le parlement) tentèrent à plusieurs reprises d'effectuer des contrôles (en 1979, 1980, 1981, et 1982), réalisés de multiples manières : contrôle des cartes de transport et de service, inventaire sur base de la paie, contrôle des dossiers et contrôles physiques des agents ; malgré les lacunes de ces initiatives (ponctuelles et incomplètes), elles permirent d'établir que l'État dépensait chaque mois des sommes énormes pour rémunérer des agents qui soit n'étaient pas en activité, soit étaient fictifs, soit cumulaient plusieurs traitements à la fois, avec la complicité du personnel en charge de la codification et des calculs des salaires²⁹⁷. Le verdict d'une autre étude sur les faiblesses de ces contrôles à l'époque est assez instructif : « *souvent, les équipes d'inspection procèdent au contrôle sans considérer avec attention les recommandations effectuées par les équipes précédentes. Les inspecteurs deviennent corrompus eux-mêmes en succombant aux tentations des inspectés. La nature conjoncturelle des opérations inhibe sévèrement leur efficacité. Les contrôles sont lancés sans avoir pour objectif de déraciner les acteurs induisant la corruption, mais généralement en réponse aux pressions des agences d'aide extérieures* »²⁹⁸.

L'histoire administrative de la RDC après 2001 ne manque pas d'exemples non plus ; les contrôles physiques qui ont fait partie du recensement biométrique lancé en 2005 sous l'autorité du ministère de la Fonction Publique, qui visaient à délivrer des cartes d'identité biométriques individuelles aux fonctionnaires, fournissent des illustrations du même phénomène : tel que noté dans un rapport, la corruption, des négociations et les arrangements y afférents lors des contrôles ont fait que même « *des mamans du marché ont eu leur carte* »²⁹⁹. Une autre étude, analysant la portée de ce recensement, notait que lors des descentes sur terrain des équipes du ministère de la Fonction Publique – et ce en raison d'une instrumentalisation du recensement pour des raisons politiques, vu l'approche des élections de 2006 – les contrôles servaient à valider les irrégularités (comme le monnayage de l'insertion dans le fichier, ou l'intégration de nouveaux venus, une forme de recrutement voilé), plutôt que de les corriger³⁰⁰. Les exemples de tentatives infructueuses visant à dénicher des agents fictifs peuvent être multipliés, tels que documentés dans d'autres études et pour de nombreux secteurs de l'administration publique³⁰¹ ;

²⁹⁵ Bloch, P.C. 1986. *Rémunération des agents de l'État au Zaïre. Situation et questions de politique. Rapport de consultant pour la préparation du crédit à l'ajustement structurel*. Washington, DC: World Bank, p.3.

²⁹⁶ Le ministère de la Fonction Publique avait été remplacé par cette commission en 1973, dans le cadre d'une réforme administrative qui visait à décentraliser la gestion des ressources humaines, qui s'avéra un échec ; le ministère de la Fonction Publique fut réinstauré avec la réforme de 1981.

²⁹⁷ Robinson. 1987. *Zaïre : Étude sur l'emploi dans la fonction publique*. Washington: World Bank, p. 11-12.

²⁹⁸ Gould, D.J. & Mukendi, T.B., 1989, Bureaucratic corruption in Africa: causes, consequences and remedies, *International Journal of Public Administration*, 12:3, 427-457, p. 449.

²⁹⁹ Bertone, M.P. & Lurton, G., 2015, *Disponibilité et rémunération des ressources humaines pour la santé en République démocratique du Congo*, Rapport Final, Kinshasa : RDC/Ministère de la Santé publique et Banque mondiale, pp. 29-30.

³⁰⁰ Moshonas, S., 2014, The politics of civil service reform in the Democratic Republic of Congo, *The Journal of Modern African Studies*, 52(2), 251-276. p. 267.

³⁰¹ Voir notamment Moshonas, S. (2019). The political economy of human resource and payroll management in the Democratic Republic of Congo. London, ODI, Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC) Working Paper 71. Pour le secteur de l'éducation, voir Brandt, C., 2016, Revue de la rémunération des enseignants en RDC. Kinshasa : Cambridge Education, ACCELERE ; et Verhage, J., 2007, SIDA : "Salaire insuffisant Difficilement Acquis". Aborder la question de l'efficacité des dépenses salariales des enseignants en RDC. Rapport non publié. Pour la fonction

quelques exemples additionnels – dont plusieurs ont été rapportés dans la presse au fil du temps³⁰² – suffiront à compléter ce tableau d'ensemble.

Dans le secteur de la santé, par exemple, l'exercice d'identification biométrique réalisé dans les provinces du Kasai et du Kasai Central, financé par le Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO) du Royaume-Uni et mis en œuvre par Interchurch Medical Assistance (IMA) World Health/IntraHealth en 2016, a permis de découvrir un nombre substantiel de travailleurs fictifs à partir des listes de paie. Cet exercice d'identification a été réalisé conjointement par les Ministères de la Fonction Publique, de la Santé et du Budget, avec l'appui d'IntraHealth, en comparant les listes de paie (issues du logiciel SYGECPAF utilisé par la Direction de la Paie) avec les entrées du logiciel iHRIS (la base de données de gestion du personnel de santé pilotée dans les provinces appuyées par le programme *Accès aux Soins de Santé Primaire* de DFID/FCDO, et mise en œuvre aujourd'hui dans plus de dix provinces, dont les données ont été basées sur l'identification physique). À la suite de cet exercice dans les deux provinces du Kasai et du Kasai Central, comme le montre le tableau ci-dessous, environ 27 % des agents de santé recevant des salaires de base se sont avérés fictifs, tandis que les chiffres correspondants pour les bénéficiaires des *primes de risque* étaient de 42 %³⁰³. Il est important de noter que ces travailleurs fictifs n'ont absolument pas été détectés par le logiciel du service des salaires du ministère du Budget, le SYGECPAF.

Agents de santé (Kasai et Kasai Central confondus)	Nombre de personnes indemnisées	
	Salaire	Prime de risque
Nombre d'agents de santé répertoriés dans le logiciel de gestion de la paie (SYGECPAF)	3380	5062
Nombre de travailleurs de la santé trouvés dans les deux (SYGECPAF et iHRIS)	2453	2938
Travailleurs fictifs (nombre de travailleurs de la santé répertoriés dans le SYGECPAF moins le nombre vérifié dans iHRIS)	927 (27%)	2124 (42%)

Tableau : Analyse du fichier de la paie des agents du secteur dans la santé dans les provinces du Kasai et du Kasai Central³⁰⁴

Inefficacité des contrôles et illustrations contemporaines

Cependant, il faut bien souligner que de tels exemples n'ont pas seulement une valeur descriptive d'un intérêt purement historique ; en effet, des efforts de contrôle physique d'agents récents – comme ceux réalisés par le ministère du Budget en 2015-2016, parmi d'autres – suggèrent que des enseignements

publique, un rapport commandé par le Ministère de la Fonction Publique et la Banque mondiale sous les auspices de la réforme de la fonction publique a avancé le chiffre d'environ 1.000 doublons pour le seul ministère des Finances (KPMG 2014 : 23).

³⁰² Voir par exemple <https://www.radiookapi.net/2016/02/14/actualite/politique/rdc-plus-de-14-millions-usd-detournes-de-la-paie-des-fonctionnaires> ; <http://radiookapi.net/actualite/2015/06/03/detournement-de-la-paie-des-medecins-le-ministre-kabange-exige-des-sanctions-severes/> ; et de manière générale, Moshonas, S., De Herdt, T., Titeca, K. et Balungwe Shamavu, P., (2022), Bureaucratic fragmentation by design ? The case of payroll management in the Democratic Republic of Congo, *African Affairs*, 121(485), 509-534.

³⁰³ Likofata Esanga, J.-R. et al. (2017) How the introduction of a human resources information system helped the Democratic Republic of Congo to mobilise domestic resources for an improved health workforce, *Health Policy and Planning*, 32, 2017, iii25-iii31.

³⁰⁴ *Ibid.*

peuvent être tirés de leurs modalités, afin de mieux orienter les suivants. Après tout, les limites de tels exercices sont largement connues des acteurs, qui sont à même de les anticiper. Selon un syndicaliste de la province de la Tshopo : « *Alors quand les contrôles viennent de Kinshasa ils se limitent à voir qui a une commission, qui touche la prime, qui touche le salaire, tu as une commission, oui ou non, mais le jour du contrôle c'est tout le monde qui s'arrange pour amener un document, qu'il travaille, qu'il ne travaille pas, on voit seulement le document, on considère que c'est une personne vraie, on le paie, ça c'est la première façon comment les fictifs continuent à demeurer* »³⁰⁵. Un représentant d'un Ordre professionnel exprime cela d'une manière différente :

*« Je prends un exemple dans une province ou dans une zone de santé, où on dégage, on fait un travail, on dit bon voilà... nous avons trouvé autant de fictifs ou autant de non-éligibles, je prends un exemple 80 non éligibles, on les écarte. Ils font un peu du bruit, on politise le dossier on dit non, vous les rappelez on va revoir un peu parmi eux il y a encore des gens qui peuvent être récupérés, et quand on les rappelle pour revoir la situation de chacun on se retrouve avec 120 qu'on récupère sur les 80. Donc on a ajouté pour finir, vous voyez un peu ? Donc au lieu de résoudre le problème on l'aggrave. Ça ce sont des cas qu'on a qu'on a vécus et surtout à l'intérieur là ça se passe souvent »*³⁰⁶.

Dans tous les cas, lors de nos descentes dans les provinces, le phénomène d'injection d'agents fictifs a été évoqué de manière répétée. Selon un responsable dans la gestion des ressources humaines, il s'agit d'un phénomène qui est le produit, d'une part, de rémunérations individuelles modiques, couplés à l'appât du gain et l'instrumentalisation d'un système dont les failles sont aisées à exploiter, par des acteurs organisés en réseau :

*« Le fait est que beaucoup de gens quand ils se retrouvent avec un salaire de 250000fc soit 120 dollars, il est incapable de payer la maison ainsi cherche un moyen et il développe d'autres mécanisme de survie. Cette histoire-là de fictifs, nous avons appris ça lorsque l'inspecteur général avait fait la tournée en province, qu'il avait déniché cette histoire-là. Quand on avait commencé à payer la prime, même le salaire, ceux qui sont chargé de transmettre et de gérer cette rémunération-là, la prime, ont toujours le goût d'avoir plus. C'est ainsi qu'ils multiplient le nombre des gens à payer, au lieu de payer 1000 personnes, on met sur la liste des gens qui n'existent pas. Tout simplement pour essayer d'arrondir ce qu'il gagne. Au moment où peut être dans le service il y a des gens qui sont impayés lui fait payer des gens qui n'existent pas, ils récupèrent ça dans le réseau »*³⁰⁷

Le cas du scandale de la prime des médecins, suite aux contrôles de l'Inspection Générale de la Santé en octobre 2020³⁰⁸, a été évoqué par plusieurs. D'autres pratiques connexes consistent également en la création de structures sanitaires fictives, qui permettent de récupérer les rémunérations des agents fictifs

³⁰⁵ Entretien, syndicaliste, province de la Tshopo, juin 2023.

³⁰⁶ Entretien, représentant de l'Ordre national des infirmiers, Kinshasa, avril 2023.

³⁰⁷ Entretien, gestionnaire des ressources humaines, Kinshasa, avril 2023.

³⁰⁸ Voir par exemple <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20201028-rdc-le-minist%C3%A8re-la-sant%C3%A9-publique-penche-les-cas-m%C3%A9decins-fictifs> et <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20201017-rdc-m%C3%A9decins-fictifs-accus%C3%A9s-toucher-une-prime-risque>.

affiliés ; comme l'expliquait un ancien MCZ du Kongo Central, à propos d'une FOSA virtuelle ayant une enveloppe de paie supérieure à l'enveloppe totale du reste de la zone de santé concernée : « Cette époque quand j'étais médecin chef de district on a démantelé ça, on a tout écrit, après un certain temps l'argent disparaissait en province, ils allaient toucher ça, comme ils sont payés par le budget, ça sortait à Kinshasa, je ne sais pas ce qui se passait à Kinshasa (...). On le démantèle et l'argent se retrouve mais cette fois-ci ce n'était plus au compte de la zone, ils venaient toucher directement à Matadi, donc vous sentez vraiment il y a un réseau bien organisé qui cherche à contourner tout ce que vous voulez faire »³⁰⁹.

Il faut aussi noter que le phénomène semble être amplement présent à Kinshasa – qui après tout constitue le haut lieu où siègent les institutions responsables de la gestion de la paie. Ainsi, l'exercice de vérification des agents de la santé mené à Kinshasa par IMA World Health a suggéré qu'une estimation approximative du personnel recevant illégalement des rémunérations de l'État dans la capitale pourrait être supérieure à 10.000 (près d'un quart du total), bien que ces chiffres doivent être préalablement vérifiés et contrevérifiés par l'Inspection générale et d'autres parties³¹⁰.

Certes, le problème – une fois de plus – n'est pas sans avoir évolué : certains observateurs estiment en effet que depuis les contrôles à répétition, le phénomène a été réduit en son ampleur. Un MCZ du Kongo Central estimait par exemple, qu'aujourd'hui : « avec les contrôles à répétition c'est difficile que la zone puisse avoir dans ses listes déclaratives, que nous actualisons au moins chaque trimestre, des agents fictifs... ils risquent d'être attrapés par rapport à ça parce qu'il y a des contrôles sont devenus permanents et ça évite aux zones de santé d'insérer »³¹¹. Un gestionnaire des ressources humaines de la province du Kasai Oriental a tenu des propos similaires, estimant que le phénomène s'est beaucoup estompé depuis les contrôles de l'IGS :

« Même ici chez nous... ce n'est pas un secret, il y a eu beaucoup de fictifs, des gens qui vendaient au marché, des gens qui ne travaillent pas. Et comme... si tu as de bonnes relations avec un syndicat il envoie ton nom et tu touches. Mais depuis 2018, au mois de novembre, l'Inspecteur Général de la Santé était venu ici pour nettoyer, faire un travail. Je me rappelle on avait élagué plus de 4000 agents. Parce qu'il a croisé, il a pris toutes les listes déclaratives de la province, avec les listings de paie, on a commencé qui touche l'argent mais qui est déclaré ? Et à cela on a essayé de nettoyer jusqu'à ce qu'il soit rentré quand la paie a commencé au mois de janvier 2019...je ne pense pas qu'il y ait encore un système de fictifs »³¹²

Dans d'autres provinces, certains encore estiment que pour certaines catégories d'agents qui sont globalement peu nombreux et se connaissent bien les uns les autres – comme les médecins – les contrôles ont largement aidé à diminuer le problème. Comme l'expliquait une autorité du Kwilu : « Déjà au moins on se félicite parce qu'il n'y a plus beaucoup de fictifs comme avant. Vraiment chez nous dans le secteur, du côté médecins, je crois il n'y a pas trop de problèmes (...). Au niveau des provinces vraiment il n'y a plus assez de problèmes parce que les gens se connaissent, les médecins se connaissent entre eux, à partir du moment où il y a un fictif, ceux qui font le travail vont dénoncer. Mais les autres catégories les infirmiers

³⁰⁹ Entretien, ancien MCZ de la province du Kongo Central, mai 2023.

³¹⁰ IMA Santé Mondiale, 2021, Vérification du personnel de santé de Kinshasa. Rapport final, Kinshasa : IMA World Health, juin 2021, p. 21.

³¹¹ Entretien, MCZ de la province du Kongo Central, mai 2023.

³¹² Entretien, gestionnaire des ressources humaines de la province du Kasai Oriental, mai 2023.

*ils sont si nombreux, c'est là où il y a le problème c'est parce que les gens ne se connaissent pas »³¹³. La même situation est décrite au Nord Ubangi : l'injection de fictifs au niveau de la province est difficile, car les médecins sont très peu nombreux, et la ville étant petite « *il n'y a pas des charlatans ou des charlatans médecins, on se connaît tout le monde, on se connaît très bien* »³¹⁴, même s'il arrive que parfois des médecins soient alignés par le niveau central pour le Nord Ubangi, imposés sur la province par Kinshasa, alors qu'ils restent inconnus au niveau de celle-ci.*

Les fictifs, un problème multisectoriel et multi-niveaux

En fait, le problème de l'injection des fictifs est non seulement un problème éminemment multisectoriel – vu la multiplicité des acteurs qui interviennent dans le paiement des rémunérations – mais aussi un problème impliquant divers niveaux de la pyramide sanitaire, du niveau central aux formations sanitaires, en passant par le niveau provincial et les zones de santé. Pour creuser davantage cette question, il importe de recueillir les points de vue des différents acteurs – du niveau central comme des provinces et des zones de santé – afin de se faire une meilleure idée des problèmes d'action collective complexes qui les relient les uns aux autres.

Mais pour dissiper toute ambiguïté, il faut aussi rappeler que la question des fictifs est aussi avant tout une question d'intérêt financier, de gain au sein de niches bureaucratiques particulièrement lucratives, liées à la politisation à outrance du secteur, et rendues possible autant par la complexité des procédures de paie que par leurs faiblesses en termes d'interfaces (manipulations manuelles, mises à jour sur des formats en partie non-informatisés) qui laissent une marge de manœuvre appréciable aux acteurs en position de les instrumentaliser. Évoquant la tendance qu'ont les différentes institutions de s'accuser mutuellement, une autorité politique ayant œuvré dans le secteur s'exprimait ainsi : « *chacune des personnes ou chacune des administrations qui essayent de crier haut et fort pour essayer de tirer le drap de son côté, il y a un intérêt particulier, un intérêt lié aux faveurs qu'on peut donner parce qu'on passe par lui (...), et un intérêt financier* »³¹⁵.

Selon les institutions du niveau central : les points de vue du Ministère de la Santé, du Budget, et de la Fonction Publique

Selon l'administration du Ministère de la Santé, il est clair que le problème se situe avant tout au ministère du Budget et de la Fonction Publique, estimés capables de monter des arrangements avec la complicité des responsables des structures, sans la connaissance du Ministère de la Santé : « *Il y a des gens qui passaient directement au budget se faire payer sans que nous le sachions, eux aussi les gens du budget là-bas sont aussi capables de faire ces histoires en complicité avec les responsables des structures sans que nous le sachions. Il en est de même pour la fonction publique là où l'on paye le salaire* »³¹⁶. Un MCZ de la province de Kinshasa abondait dans le même sens : « *C'est plutôt au niveau national ou le service de paye*

³¹³ Entretien, autorité politico-administrative, Kwilu, mai 2023.

³¹⁴ Entretien, syndicaliste, Nord Ubangi, mai 2023.

³¹⁵ Entretien, autorité politique, Kinshasa, mai 2023.

³¹⁶ Entretien, responsable de la gestion des ressources humaines, Kinshasa, avril 2023.

que là on peut trouver des fictifs parce que c'est à leur niveau que se fait toute la programmation donc ils ont la facilité de créer les fictifs pour soutirer quelques dividendes de cette situation »³¹⁷.

Le point de vue du ministère du Budget

Au niveau du ministère du Budget, cependant, de telles accusations sont typiquement contrées en brandissant le fait que depuis un certain temps, ils respectent scrupuleusement le circuit et les contrôles à chaque niveau, notamment l'acte générateur qui doit être signé par le secrétaire général du Ministère de la Santé, en absence duquel aucun mouvement de personnel à incidence financière n'est exécuté dans la santé. De leur côté, les agents du Budget déplorent ce qu'il estiment être une mauvaise coordination entre la Direction des ressources humaines et le secrétariat général du Ministère de la Santé (qui parfois semble entraver la bonne circulation des mises à jour) ; la circulation de faux documents antidatés, imitant la signature du secrétaire général ; et aussi le fait que par moment les mises à jour envoyées par le Ministère de la Santé à la Direction de la paie au Budget contiennent des erreurs et doublons. Vu que la Direction de la paie n'a pas d'éléments qui peut l'aider à vérifier la véracité et fiabilité des données, et est censée exécuter les instructions du donneur d'ordre – le secrétariat général du Ministère de la Santé – la seule option est de veiller à faire un toilettage des données, surtout quand il est question d'intégrer en masse des agents sur les listes de paie ; voici ce qu'un agent du ministère du Budget rapporte quant aux relations Ministère de la Santé -Direction de la paie :

« Le travail n'est pas bien fait en amont, parce que si le travail se faisait quotidiennement et que le travail n'attend pas qu'il y ai alignement pour qu'on commence disons à faire des listes pour envoyer à la direction de la paie, je crois qu'on éviterait ce problème-là. Parce que on avait l'habitude d'intégrer en masse, cette l'intégration en masse ça nous a coûté beaucoup, ça nous a créé beaucoup de problèmes au niveau de la Direction de la paie, parce que chaque trimestre il y avait des doublons, des doublons, des doublons, on a été accusés, c'est nous qui créons ces doublons-là ; alors nous avons pris l'option avant d'intégrer ces données on doit d'abord toiletter, il faut nettoyer, et chaque fois qu'on le fait on présente les données et on les renvoie à la santé. On leur dit voilà vous nous avait envoyé je ne sais pas 1000 personnes, sur les 1000 il y a 300 déjà soit qui sont déjà payées, ou bien que vous avez repris deux fois trois fois sur la liste, si vous pouvez les remplacer. C'est ça le problème. Alors moi je leur ai toujours demandé vous manquez des gens des gens à payer ou comment, pourquoi un nom peut revenir deux fois trois fois, c'est que vous n'avez pas une base des données fiable »³¹⁸

Le point de vue de la Fonction Publique

Les agents du ministère de la Fonction Publique, quant à eux, épinglent le problème du logiciel utilisé à la Direction de la paie, le *Système de Gestion Centralisé de la Paie des Agents et Fonctionnaires de l'État* (SYGECPAF), qui selon eux ne semble pas en mesure de détecter les cas de doublons, de cumulards et d'autres anomalies dans le fichier ; ceci est apparemment dû à l'absence d'un numéro d'identification

³¹⁷ Entretien, MCZ de la province de Kinshasa, mai 2023.

³¹⁸ Entretien, agent du ministère du Budget, Kinshasa, avril 2023.

unique pour chaque agent, mais plutôt des numéros d'identification pour chaque portion de la rémunération :

« C'est un système qui est faible, SYGECPAF ne fait pas une gestion -comment on dit.. rationnelle. Vous arrivez quand vous entrez dans le fichier SYGECPAF, pour mon salaire à moi j'ai un ID une identification pour le salaire, pour ma prime spécifique je dois avoir un autre ID, prime d'encadrement un autre ID, ce qui fait que quand vous cherchez à faire la traçabilité, rechercher tout ce que moi je gagne, c'est un exercice de haute portée, or le principe doit être un agent un ID et dans cet ID ça vous ramène tout – la globalité de la rémunération (...) Autrement on laisse passer les doublons et les... mais c'est ce qui se passe, et ils le font à dessein. Parce que vous les trouvez partout et nous les avons dénichés, il est par exemple d'abord il est agent du budget mais il touche une prime au plan il touche une autre là-bas, une prime à gauche à droite donc partout là avec des IDs différents donc ce qui fait que.. la traçabilité pose problème »³¹⁹

En effet, ceci semble corroboré par les contrôles effectués en avril 2023 par l'Inspection Générale des Finances (IGF), à la suite d'un audit de la base de données de la paie. L'IGF avait annoncé, dans son communiqué de presse, avoir détecté de nombreuses irrégularités, y compris 145.604 fonctionnaires dont les numéros matricule étaient incorrects et fabriqués, 53.328 fonctionnaires possédant plus d'un numéro matricule sous le même nom, 93.356 fonctionnaires partageant des numéros matricule avec d'autres fonctionnaires, 43.725 fonctionnaires payés sans figurer sur les listes déclaratives de leurs services administratifs, et 961 employés de la Direction de la paie qui figuraient sur les listes de paie de nombreux ministères (certains figurant sur les listes de paie de plus de 15 ministères), pour un coût estimé pour le Trésor d'environ 65 millions de dollars par mois, soit 780 millions de dollars par an, représentant à peu près 10 % du budget national³²⁰.

Les faiblesses de la Direction des ressources humaines du Ministère de la Santé

Pour finir, il faut aussi noter que la plupart des acteurs interrogés – que ce soit la Fonction Publique, les partenaires sociaux comme les syndicats, ou le Budget – s'accordent sur le fait que la Direction des ressources humaines du Ministère de la Santé accuse des faiblesses importantes, qui transparaissent dans la gestion des données du secteur. D'emblée, il faut commencer par souligner que cette Direction – et ce dans un domaine par ailleurs saturé par des flux d'aide internationale, que ce soit au niveau des programmes spécialisés, d'autres Directions du ministère, ou au niveaux inférieurs de la pyramide sanitaire – reste le parent pauvre du secteur, ignoré ou contourné par la plupart des partenaires techniques et financiers qui se contentent d'intervenir dans la gestion des urgences et dans la délivrance de soins de santé ; en effet, hormis le soutien limité et ponctuel de la JICA, de FCDO, et d'IMA World Heath, aucun autre acteur intervient en appui de la Direction des ressources humaines, peut-être car c'est

³¹⁹ Entretien, agents du ministère de la Fonction Publique, Kinshasa, avril 2023. Il faut signaler que de leur côté, les agents de la Direction de la paie ne nient pas l'absence d'un numéro d'identification unique, mais l'expliquent par des raisons techniques de paramétrage du logiciel, qui les amènent à procéder à une « consolidation » des données, où l'identifiant de la prime reste privilégié par rapport à celui du salaire de base. Les limites du SYGECPAF semblent être bien connues de la haute hiérarchie du ministère du Budget.

³²⁰ Inspection Générale des Finances, (2023), Communiqué de presse relatif à la mission d'audit du fichier de la paie des agents et fonctionnaires de l'État, 27 avril 2023 ; voir aussi <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20230429-rdc-les-emplois-fictifs-co%C3%BBtent-800-millions-de-dollars-annuels-au-pays>.

une Direction vue comme responsable d'un domaine régalien de l'État, peut-être car il s'agit de problèmes considérés comme trop complexes pour être résolus par des interventions extérieures. Pourtant, les faiblesses en matière de gestion du personnel de santé, et les inefficacités qui en résultent, pèsent lourdement sur le bon fonctionnement des services administratifs et les prestations de soins, et donc également sur les appuis reçus par le secteur, qui demeurent invariablement dépendants de la collaboration avec et la performance des services de l'État.

Nous l'avons déjà évoqué ci-dessous, la Direction de la paie déplore les retards avec lesquels le fichier de la santé arrive au ministère du Budget ; alors que d'autres secteurs envoient leurs fichiers actualisés de manière régulière, la santé semble se limiter à des mises à jour que lorsque des alignements sont annoncés³²¹. La Fonction Publique, quant à elle, dans ses travaux de constitution du *Fichier de Référence des Agents de l'Administration Publique* (FRAP) déplore le fait que malgré avoir demandé au Ministère de la Santé de faire remonter les données figurant sur ses listes déclaratives – afin que celles-ci soient vérifiées pour conformité, renvoyées à la santé, certifiées conformes, aboutissant à des fiches numérisées et à une identification biométrique – comme c'est fait pour tous les secteurs recouvrant les agents de carrière, le Ministère de la Santé n'avait envoyé en avril 2023 que des données concernant une infime minorité d'agents (moins de 5.000) sur la totalité attendue (plus de 200.000 agents)³²². Autant les agents du Budget que ceux de la Fonction Publique, ainsi que de nombreux syndicalistes, estiment que les changements fréquents d'équipe et permutations qui interviennent au niveau du Ministère de la Santé – au secrétariat général et à la Direction des ressources humaines – influent négativement sur le travail afférent à la gestion des ressources humaines : le temps qu'une équipe se familiarise avec les travaux en cours, elle est remplacée, rendant le suivi des dossiers des agents, et la collaboration avec les services des autres ministères difficile³²³.

Selon les provinces et le niveau opérationnel

Le point de vue exprimé par les provinces, quant au problème des fictifs et des agents qui figurent sur les listes de paie sans qu'ils soient reconnus par les DPS ou les zones de santé, est largement dû au fait que ces dernières ne sont aucunement associées à l'alignement – les provinces étant limitées simplement à faire remonter leurs listes déclaratives, dans l'espoir que les mises à jour prendront en compte leurs données. Comme l'exprime un chef de division d'une des DPS visitées, « *On ne nous implique pas, nous ne savons pas qui ils alignent, c'est la raison pour laquelle quand on envoie la liste des personnes alignées on se rend compte que... souvent on a mis des personnes que nous, nous ne connaissons pas. Ça c'est une réalité on aligne des personnes que nous, nous ne connaissons pas tous simplement parce que on ne nous associe pas à l'alignement* »³²⁴. Un autre chef de division abonde dans le même sens : « *Nous sommes censés recevoir les listings seulement, on ne dit pas les gens qui ont été alignés ce trimestre-là, nous on ne*

³²¹ Entretien, agent du ministère du Budget, Kinshasa, avril 2023. En effet, les mouvements habituels de personnels, de trimestre à trimestre, sont dits souvent être communiqués par la santé sur des feuilles en papier, sans support en soft.

³²² Entretien, gestionnaires des ressources humaines au ministère de la Fonction Publique, avril 2023.

³²³ De plus, il faut ajouter que d'aucuns estiment que le fait que certains des animateurs successifs de la Direction des ressources humaines – directeurs et leurs collaborateurs y compris – ont fait plus d'une décennie en poste, ont fait d'eux des sortes de « *chefs coutumiers* », avec tous les risques que cela entraîne ; entretiens, ministères de la Fonction Publique et Budget, avril 2023.

³²⁴ Entretien, chef de division d'une des DPS visitées, avril 2023.

connaît pas. Ce qui fait que, y a parfois certaines personnes qui sont alignées, et qui nous ne connaissons pas (...) Ça se décide à Kinshasa, le quota on ne le connaît toujours pas, et bon les listings arrivent comme tels, nous, on est... on est surpris de consommer ce que Kinshasa fait »³²⁵. Ceci donne lieu à des méfiances à l'égard des institutions de Kinshasa, supposées profiter de cette situation : « à partir du moment où ils pensent que ce sont eux qui doivent tout faire, je crois qu'ils le font pour créer en quelque sorte aussi du désordre »³²⁶.

En d'autres termes, les niveaux provincial et opérationnel estiment faire correctement leur partie du travail – la mise à jour des listes déclaratives, dûment remontées au Ministère de la Santé – et que les réponses quant à la présence de fictifs doivent être recherchées du côté de la hiérarchie, lorsque ces listes arrivent au niveau du Ministère de la Santé et du Budget³²⁷. Plusieurs des zones de santé visitées se targuent de fournir des listes entièrement fiables, reflétant les réalités du terrain, provenant de toutes les structures sanitaires, signées par les autorités des HGR, et vérifiées par les MCZ lors des visites de supervision ; les descentes de contrôle de l'Inspection provinciale de la santé (IPS) sont estimées ajouter encore à la fiabilité de ces listes ; il y a certes des cas avérés de déserteurs, de l'absentéisme, mais des cas de fictifs – des agents présents sur les listes de paie de la zone de santé entièrement inconnus des services et structures de soins – ne sont pas dans leurs listes déclaratives³²⁸ : « à la fin qu'on nous dit, oh il y a des fictifs dans telle zone. Mais si vous regardez nos listes déclaratives, les noms là qu'on nous dit chez nous, ça n'apparaît pas, et généralement les fictifs sont des gens qui ont des numéros matricules et qui sont payés. Ils ont les numéros matricules. Et ils sont payés travaillant pour [telle] zone de santé (...) par exemple. Mais dans nos listings vous allez chercher ils ne sont pas là »³²⁹.

Comment dès lors expliquer le phénomène ? D'aucuns affirment qu'il y a des différences importantes entre les listings de paie des zones de santé (ou figurent les fictifs), et les listes déclaratives issues du niveau opérationnel, ce dernier n'étant pas impliqué dans le processus, et acculé à des constats seulement³³⁰. Plusieurs acteurs au niveau provincial soutiennent ce raisonnement, affirmant que le phénomène est le fait du niveau central, est imposé aux provinces, et alors que c'est un problème dénoncé de manière régulière, les sanctions ne suivent pas³³¹. Un agent d'une des DPS visitées affirmait ainsi : « Le phénomène des agents fictifs est principalement un problème du niveau central qui injecte des agents sur les listes déclaratives de la province. Dans le cas des primes, elles sont retirées à la source, sans même que la DPS ne soit au courant. Il en est de même de la situation des personnes décédées dont les salaires continuent à être payés, mais même les familles concernées ne sont pas au courant et ne perçoivent donc rien du tout. Le retrait de ces salaires se ferait directement à partir de la Fonction Publique »³³².

D'autres encore estiment que c'est lors des alignements décidés à Kinshasa – en dehors de toute prise en compte de la base de la pyramide sanitaire – que des infiltrations de fictifs sont insérées³³³. Le phénomène de noms qui disparaissent de la liste de paie des provinces, évoqué dans plusieurs entretiens,

³²⁵ Entretien, chef de division d'une des DPS visitées, mai 2023.

³²⁶ Entretien, autorité politique de la province du Kwilu, mai 2023.

³²⁷ Entretien, MCZ de la province de Kinshasa, mai 2023.

³²⁸ Entretien, MCZ de la province du Sud Kivu, mai 2023.

³²⁹ Entretien, MCZ de la province du Kongo Central, mai 2023.

³³⁰ *Ibid.*

³³¹ Entretien, autorité politique de la province du Sud Kivu, mai 2023.

³³² Entretien, agent d'une des DPS visitées, mai 2023.

³³³ Entretien, gestionnaire des RHS, province de la Tshopo, mai 2023.

s'expliquerait également de cette manière en étant le fait d'arrangements à Kinshasa³³⁴. Le fait que l'envoi des fichiers des listes déclaratives se fait par le biais de fichiers en format Excel, qui sont facilement modifiables une fois que la clé est partagée, est un facteur supplémentaire de fragilisation de la sécurité des données, ouvrant une brèche à toutes sortes de manipulations³³⁵.

Un problème en partie lié à la politique

Le problème des agents fictifs est d'autant plus délicat à résoudre qu'il est souvent imbriqué avec la politique : il semble que l'influence des acteurs politiques s'étend aux décisions prises en matière de paie, lors desquelles des recommandations d'autorités politiques abondent – par exemple, en alignant des médecins qui ne sont même pas inscrits au tableau de l'Ordre national³³⁶. Un MCZ du Nord Ubangi déplorait la prédominance de critères politiques dans la gestion des ressources humaines : « *Il y a beaucoup d'influence que ça soit politique et autres. On a vu parfois d'autres personnes qui n'ont pas compétence d'être recrutées mais parce qu'appartiennent à telle ou telle obédience politique (...). Et même les gens qui ne travaillent pas réellement, ils ont des numéros matricules et perçoivent même des primes et salaire et pourtant ils ne sont même pas des agents* »³³⁷. Cette même influence politique s'étend à la couverture d'agents qui ne sont plus en droit de toucher les rémunérations de l'État (car ayant quitté le secteur pour une organisation internationale ou ONG) :

*« [Une autre] catégorie de fictifs ce sont les fictifs qui sont sous couvert des autorités, je donne l'exemple des médecins, quels sont les médecins fictifs ? Les médecins fictifs sont des médecins qui travaillent dans les organismes, vous comprenez, il est à l'OMS ; mais le secrétaire général avait mis la circulaire pour dire que tout médecin qui quitte le système pour aller chez le partenaire n'est plus éligible à la prime de risque (...). Bon, dans le service il n'est pas là, il est fictif, mais le jour du contrôle il va se présenter avec des documents d'affectations tout, tout, tout, mais le jour du contrôle on va considérer que c'est un médecin qui est là, on l'a vu, mais en réalité est-ce qu'il preste, il ne preste pas, il est dans les ONG, il est dans sa structure privée, mais le jour du contrôle il vient se présenter. Mais entretemps la zone de santé le déclare toujours comme agent régulier, la DPS le déclare toujours comme agent régulier, peut-être il a la couverture d'une autorité, sachant très bien qu'il est dans une organisation internationale, il n'est plus éligible ni au salaire ni à la prime, mais parce que c'est l'ami de tel ou tel, il est couvert »*³³⁸

Également, des complicités entre acteurs provinciaux et le niveau central ne sont pas à exclure : comme le notait un responsable d'un HGR dans la province du Tanganyika, des autorités politiques peuvent être de mèche avec les réseaux au cœur des opérations d'injection de fictifs ; ce responsable, notant que les listes de paie de la province revenaient avec le libellé de « *district du Tanganyika* » et n'avaient pas été visiblement actualisés, avait pris l'initiative de souligner les noms des agents inconnus de l'HGR :

³³⁴ Entretien, autorités politico-administrative de la province de la Tshopo, mai 2023.

³³⁵ Entretien, MCZ de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

³³⁶ Entretien, syndicaliste, Kinshasa, avril 2023.

³³⁷ Entretien, MCZ de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

³³⁸ Entretien, syndicaliste, province de la Tshopo, juin 2023.

« Il y a de ces listes-là qui viennent...listes de paie ou bien...district du Tanganyika. Les gens qui étaient décédés il y a très longtemps et des noms que vous ne vous ne connaissez jamais, ces noms n'existent pas. Je me suis... j'avais eu des problèmes avec une autorité politique ici à l'hôpital et j'ai failli partir. Quand on a envoyé, j'ai commencé à souligner les noms, je ne le connais pas, je ne le connais pas, je le connais pas je ne le connais pas, il n'est pas agent de l'hôpital. J'ai failli partir. Mais bien que ça, ces noms-là, moi je les avais enlevés, j'avais dit enlever ce nom mettez celui-ci, il est actif, enlever celui-ci, mettez celui-là. C'est parce que... j'avais eu la vie sauve, son mandat était terminé, nous étions tombés dans un autre mandat, si ça continuait, je serais parti de cet hôpital »³³⁹

Un retour d'information limité quant aux listings de paie

Un problème additionnel souvent déploré par les DPS et les zones de santé concerne le fait que les listings de paie ne sont pas toujours disponibles au niveau des provinces : si certaines DPS visitées en effet affirment recevoir les listings, d'autres semblent ne pas les avoir de manière systématique. Comme l'a dit un chef de division d'une des DPS visitées, *« non, pour votre information les listings de paie n'arrivent plus au niveau du charge de la province, moi là je ne connais rien de ceux qui sont payés au niveau de la province même la cellule elle ne connaît pas qui est payé et qui ne l'est pas. Les listings actuellement sont directement envoyés au niveau de la banque parce que tout le monde touche l'argent à la banque... »³⁴⁰* ; dans ce cas, la seule source d'information sur les effectifs payés dont dispose la DPS sont les listes déclaratives, sur lesquelles ils savent voir qui bénéficie de la prime et du salaire dans les établissements de soins. Les propos d'un MCZ dans la province du Nord Ubangi rejoignent ceux du chef de division cité ci-dessus, notant que sans recevoir les listings de paie, il est très difficile de dénicher des fictifs dès lors que ceux-ci touchent directement à la banque :

« Bon chez nous ici depuis que moi je suis médecin chef de zone, je n'ai jamais eu accès à ce listing, je ne connais pas comment ça se passe. Je gère les agents mais je ne connais pas qui réellement perçoit la prime ou le salaire au nom de la zone de santé. Nous on se base beaucoup plus sur la liste déclarative que nous avons et des agents qui sont sur terrain mais la grande liste où il y a tous les agents qui perçoivent la prime et autres, nous on n'a pas accès à cela. On a plusieurs fois demandé pour qu'on puisse avoir accès à cela pour voir qui bénéficie du salaire, de la prime au nom de la zone de santé parce que quelquefois il y a des gens comme ils ont la prime, ils ne viennent pas au travail et comme le paiement se fait directement au niveau de la banque sans passer au bureau central donc c'est très difficile de pouvoir contrôler et de savoir concrètement combien d'agents fictifs pourraient être au niveau de la zone de santé »³⁴¹

De plus, même dans les cas où les listings arrivent à la DPS, plusieurs acteurs affirment ne pas pouvoir identifier aisément qui a été aligné effectivement, car les listings sont *« des listes kilométriques »*, difficiles à interpréter ; vu que le niveau provincial et opérationnel est peu impliqué dans le processus

³³⁹ Entretien, responsable d'HGR, province du Tanganyika, mai 2023.

³⁴⁰ Entretien, agent d'une DPS d'une des provinces visitées, juin 2023

³⁴¹ Entretien, MCZ de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

d'alignement, et ne connaît pas les quotas à aligner par catégorie, les listings leur réservent souvent des surprises³⁴². Une autorité de la province du Kwilu s'expliquait ainsi : « *Il y a des gens qui sont alignés mais ils ne savent pas qu'ils sont alignés jusqu'aujourd'hui. Il est aligné mais il ne sait pas qu'il est aligné. Parce que la manière dont les choses sont faites ne permet pas aux gens d'informer les leurs. Quand vous alignez des gens, on nous envoie des listings avec des milliers de noms. A un certain moment tu as du mal...* »³⁴³.

Le problème peut être aussi au niveau de la base

Bien que certains MCZ et DPS se targuent de remplir correctement leur travail de compilation des listes déclaratives strictement sur base des données remontées par les structures de santé, et affirment – nous l'avons évoqué plus haut – que le problème d'agents fictifs ne se situe pas à leur niveau, il faut néanmoins rapporter que d'autres acteurs de la hiérarchie sont conscients du fait que les données issues des zones de santé ne sont pas toujours totalement fiables : selon un agent de la DPS du Nord Ubangi, parfois « *au niveau des zones de santé, ils vont mettre n'importe quoi* »³⁴⁴, d'où l'importance des visites de supervision et les contrôles de la hiérarchie (qui malheureusement se butent souvent au manque de moyens). En effet, selon une autorité politique de cette même province, « *quand on demande aux zones de santé de remonter les noms des agents à travers la liste déclarative, c'est là où ils injectent aussi parfois les agents qui ne sont pas dans le secteur* »³⁴⁵.

La forte mobilité du personnel au niveau des structures – avec des mouvements à tout moment, des permutations des agents, l'absentéisme, les déserteurs – rend le suivi d'autant plus difficile que la situation des personnels est fluide. Il arrive aussi par exemple que des IT déclarent en effet des agents qui ne sont pas réellement en activité, motivés par la possibilité d'en retirer éventuellement un gain :

*« Dans la majorité de cas on constate aussi qu'il y a dérapage au niveau des IT qui au lieu de déclarer ses agents qui sont là qui travaillent, il peut se mettre à déclarer sa femme ses enfants, mettre à l'écart des agents qui travaillent réellement dans son centre de santé ou dans son aire de santé. Ce qui fait que vous pouvez maintenant, si on n'a pas bien fouillé pour savoir qui est réellement... preste au niveau des centres de santé on risque de déclarer des gens comme ça qui ne sont pas réellement des agents de santé (...). Si un infirmier titulaire par exemple de l'aire de santé intègre dans la liste déclarative son frère qui n'a pas qualité, cette personne-là sera... le nom peut passer, peut se retrouver déjà il touche la prime et le salaire »*³⁴⁶

Les complications du phénomène des fictifs

Avant de clore cette section, il convient aussi de rapporter certains aspects qui compliquent le nettoyage du fichier ; il s'agit d'abord de l'élimination des listings de paie de « faux fictifs », des agents qui sont déclarés fictifs alors que leur situation s'avère être en règle. Un cas de figure est celui d'agents qui sont radiés des listes de paie pour des raisons liées à leur nom. Comme l'explique un responsable de la gestion

³⁴² Entretien, agent de la DPS de la province du Tanganyika, mai 2023.

³⁴³ Entretien, autorité politico-administrative de la province du Kwilu, mai 2023.

³⁴⁴ Entretien, agent de la DPS du Nord Ubangi, mai 2023.

³⁴⁵ Entretien, autorité politique de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

³⁴⁶ Entretien, agent de la DPS du Kasai Oriental, mai 2023.

des ressources humaines, « *Il se peut aussi que lors du contrôle de l'inspection générale tout fictif n'était pas aussi fictif. Faux fictif n'est pas fictif. Le vrai contrôle comme nous on le dit c'est l'identification physique (...). Je dis ceci tout fictif n'était pas fictif pourquoi ? Ils ont fait le contrôle informatique de croisement fichier paye avec la liste déclarative. Il y a quelqu'un sur la liste déclarative on écrit Muamba avec U et dans le fichier paie Mwamba avec W. Vous voyez que le matching à l'ordinateur le Muamba là dans le listing de paye c'est U, dans la liste déclarative c'est W, il ne sera pas vu et sera bloqué on le verra comme fictif* »³⁴⁷. Le cas de noms qui se ressemblent peuvent donner lieu à des situations similaires : « *Il y a aussi des doublons qui ne sont pas doublons. Il y a des espaces tel que le Kasai et le Katanga où un nom et post nom peut se retrouver avec 20 personnes* »³⁴⁸.

Un syndicaliste, s'exprimant à propos des contrôles réalisés dans la paie des agents en 2015-2016 sous l'initiative de Michel Bongongo, évoque le blocage d'innocents, dont l'ampleur était importante, et dont les autorités se sont seulement rendu compte avec l'introduction de nombreux recours après les missions de terrain : « *On a fait des missions, mais ce n'était pas le dixième de l'enveloppe qu'on s'attendait à avoir, on a bloqué des innocents (...). Il faut distinguer en fait : les médecins décédés, une année après, ce n'est toujours pas un fictif ; les faussaires, pas de numéro d'Ordre national des médecins, un faussaire même s'il a étudié ; les fictifs ce sont ceux qui n'existent pas, sauf sur les listings pour toucher ; les déserteurs, 45 jours après, partis à l'étranger* »³⁴⁹.

En dehors de ces catégories évoquées, il faut aussi signaler les agents partis pour raisons d'études avec des autorisations du secrétariat général du Ministère de la Santé (qui peuvent devenir déserteurs), des retraités de fait pour des raisons de problème de santé, mais aussi l'absentéisme : ce dernier, assez répandu dans un secteur où les mouvements de personnel sont rapides et fréquents, brouille les pistes, et peut donner lieu à l'identification d'agents qui ne sont pas au sens strict des fictifs : « *Au niveau opérationnel on peut trouver non pas un fictif mais des personnes qui ne viennent pas au service, on les appellerait peut être pas les déserteurs parce qu'ils n'ont pas été déclarés comme étant des déserteurs, mais il y a des agents qui ne viennent pas au service simplement parce qu'il se dit soit nous sommes nombreux même si je ne viens pas ça ne fait rien, soit parce que je ne suis pas payé, je ne viens pas. Je viens une fois la semaine, une fois le mois* »³⁵⁰.

Le problème découle d'un système de gestion des rémunérations qui n'est pas en mesure de réagir dans des délais appropriés pour suivre, bloquer, réallouer, et gérer des mouvements de personnels aussi rapides qu'imprévisibles ; les conséquences sont d'autant plus graves que les agents peuvent compter sur le paiement de leur rémunération même s'ils ne se présentent pas au travail : comme le déplorait un médecin directeur d'un HGR à Kinshasa, « *nous on n'a pas le pouvoir quand il y a il y a un médecin.. quand il sait toujours qu'il a sa prime de risque, il dit, même si on me suspend de l'hôpital, même si je ne viens pas, il sait qu'il va aller à la Banque, on le va payer, même s'il fait combien de jours à la maison, il vient pas, il va pas s'inquiéter, il sera payé* »³⁵¹.

Finalement, il faut aussi évoquer le cas d'agents qui changent de lieu de travail, et qui continuent à être payés dans plusieurs structures à la fois – les cumulards : « *Il y a de ces agents fictifs, qui jadis étaient*

³⁴⁷ Entretien, gestionnaire des ressources humaines, Kinshasa, avril 2023.

³⁴⁸ *Ibid.*

³⁴⁹ Entretien, syndicaliste, Kinshasa, avril 2023.

³⁵⁰ Entretien, MCZ de la province de Kinshasa, mai 2023.

³⁵¹ Entretien, médecin directeur d'un HGR à Kinshasa, mai 2023.

enregistrés dans les services publiques, ils étaient à la santé, après un temps, ils trouvent le travail ailleurs, ils abandonnent là-bas mais ils touchent, ils sont là. Ils travaillent ailleurs, on les paie là-bas et on les paie ici (...). Ils sont beaucoup même (...), des gens qui sont dans trois, quatre services, c'est une réalité, même ici chez nous au Tanganyika, cette situation existe bel et bien, même nom mais des numéros matricules différents »³⁵². Cette situation est d'autant plus difficile à traiter avec le découpage, qui fait que parfois des soupçonnés fictifs relèvent d'une domiciliation de leur paie dans une province différente : « avec l'éclatement des provinces, des histoires comme l'agent travaillant dans le Haut Lomami mais l'argent sort à Lubumbashi, il est dans le Tanganyika mais l'argent sort à Kolwezi et pourtant, il n'est pas fictif »³⁵³.

³⁵² Entretien, autorité politique de la province du Tanganyika, mai 2023.

³⁵³ Entretien, gestionnaire des ressources humaines, Kinshasa, avril 2023.

Annexe 12 : La bancarisation : une réforme à double tranchant

La réforme connue sous le nom de bancarisation – le paiement des fonctionnaires à travers le système bancaire, plutôt qu'à travers l'ancien système des comptables publics – mérite également qu'on s'y attarde, vu son importance dans la rémunération des agents de santé. Introduite progressivement à partir de 2011, et présentée comme un succès retentissant par le gouvernement – malgré un bilan mitigé dans les zones rurales³⁵⁴ – cette réforme aurait permis la réalisation d'économies importantes : si le système antérieur de paiement par des comptables publics était sujet à des fuites estimées d'autour de 10% de la masse salariale³⁵⁵, plus de 60 millions d'USD auraient été récupérées à travers cette réforme sur la période 2011-2016³⁵⁶. Dans le secteur de la santé, à côté de plusieurs points positifs indéniables, nos interlocuteurs ont néanmoins évoqué certains points négatifs.

Les aspects positifs

Le point essentiel sur lequel de nombreux gestionnaires du niveau provincial s'accordent, c'est que la bancarisation a permis de minimiser les abus et de diminuer la fraude (« *quand c'était manuel, c'était la foire* »³⁵⁷), dans la mesure où quand les rémunérations passent par les banques sur des comptes individuels, le détournement de sommes en bloc est plus difficile : « *ça a diminué un peu la fraude, le détournement de primes, de salaires des gens, c'est suffisamment minimisé parce que tout passe par la banque* »³⁵⁸. Selon un syndicaliste, « *aujourd'hui avec la bancarisation comment il va aller toucher cet argent-là, parfois c'est difficile, peut-être avant quand le comptable payait, c'était facile de venir prendre l'argent, pour aller payer, le reste vous prenez, mais aujourd'hui avec la bancarisation s'il faut mettre des fictifs, comment tu vas récupérer cet argent-là c'est difficile* »³⁵⁹.

En effet, l'ancien système des comptables publics permettait bien plus facilement l'injection de fictifs dans le système sanitaire, « *parce que vous pouviez trouver un syndicaliste qui veut avoir autant des personnes derrière lui, et tous ces gens-là lors des paies ils commencent à couper l'argent avec peut-être des actions retour* »³⁶⁰. Le système basé sur le paiement par comptes bancaires est d'autant plus avantageux que lors de difficultés du côté du paiement d'agents, « *la banque nous réfère l'agent pour confirmer s'il est réellement agent de notre division, nous avons aussi le temps de parcourir nos listes déclaratives se*

³⁵⁴ Voir à ce propos De Herdt, T., Marivoet, W. and Muhirigwa, F. (2015) *Analyse de la situation des enfants et des femmes en RDC 2015 : Vers la réalisation du droit à une éducation de qualité pour tous*. Kinshasa : UNICEF ; RDC/Cour des Comptes, 2016, *Rapport sur la bancarisation*. Kinshasa: Cour des Comptes ; et Brandt, C.O., & De Herdt, T., 2020, Reshaping the reach of the state: the politics of teacher payment reform in the DR Congo. *The Journal of Modern African Studies*, 58(1), 23-43.

³⁵⁵ De Herdt, T., Marivoet, W. and Muhirigwa, F. (2015) *Analyse de la situation des enfants et des femmes en RDC 2015 : Vers la réalisation du droit à une éducation de qualité pour tous*. Kinshasa : UNICEF, p. 87.

³⁵⁶ Bongongo, M. (2016) *Allocution du Ministre d'État et Ministre du Budget. Bancarisation ; contrôle de la paie; rationalisation des rémunérations*. Kinshasa : Séminaire interministériel de communication institutionnelle sur la vision, politique et stratégie de la réforme et modernisation de l'administration publique ; voir plus largement Moshonas, S. (2019). The political economy of human resource and payroll management in the Democratic Republic of Congo. London, ODI, Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC) Working Paper 71.

³⁵⁷ Entretien, agent de la DPS du Kongo Central, mai 2023.

³⁵⁸ Entretien, agent de la DPS de la Tshopo, juin 2023.

³⁵⁹ Entretien, syndicaliste de la province de la Tshopo, juin 2023.

³⁶⁰ Entretien, agent de la DPS du Kasai Oriental, mai 2023.

*rassurer si c'est [le] notre »*³⁶¹. D'autres atouts rapportés c'est que les agents peuvent choisir de toucher leurs rémunérations au temps voulu, permettant des économies ; et la sécurisation relative des paiements (limitant le risque de braquage ou de banditisme auquel les comptables étaient confrontés).

Cependant, il faut noter que la bancarisation n'a pas été totale : il y des zones de santé et des territoires dans les provinces qui continuent à être payés manuellement – comme au Tanganyika, où deux des six territoires seulement sont bancarisés, et où par conséquent des ponctions sont toujours rapportées sur les rémunérations³⁶². Dans la province de la Tshopo, idem, certains territoires continuent à être payés manuellement par des comptables publics, et des plaintes sont régulièrement reçues (pour des raisons de ponctions ou de clôture de la paie avant que les agents aient le temps de percevoir leur dû)³⁶³. La même situation caractérise certaines zones de santé de la province du Sud Kivu, où les montants de la prime de risque sont retirés au niveau de la Division provinciale des finances, pour effectuer la paie avec les listes des bénéficiaires, avant de faire rapport à la hiérarchie ; ce système permet certains avantages, comme le fait de mettre les montants dans un pool commun, afin de redistribuer une partie relevant des agents qui ne sont plus actifs aux agents qui ne sont pas alignés (ils parlent alors de « *prime de risque sur liste additive* ») pour des raisons sociales et de survie³⁶⁴.

Les aspects négatifs

Les distances...

Du côté des aspects négatifs, le point souligné le plus souvent dans les provinces est le problème des distances à parcourir, la bancarisation ayant pour certains – particulièrement les agents localisés loin des agences bancaires les plus proches – rendu la perception de leur rémunération une véritable épreuve, une difficulté aggravée par la qualité des infrastructures routières mais aussi l'insécurité qui prévaut dans certaines provinces et territoires, comme au Sud Kivu ou au Tanganyika. Il est commun que des distances de plus de 100, 200, voire 300 kilomètres ou plus séparent le lieu de travail des agents des chefs-lieux des provinces. Ces problèmes sont accentués lorsque les banques ne possèdent pas de succursales partout ; quand les équipes dépêchées par les banques pour payer les agents accordent des délais trop courts pour accommoder tous les agents ; ou quand des agents se déplacent pour toucher leurs rémunérations mais que leur nom ne se retrouve pas sur les listes de paie.

Ces déplacements sont d'autant plus compliqués que les sommes concernées sont modiques : des déplacements de plusieurs dizaines voire centaines de kilomètres sont effectuées par des infirmiers pour recevoir des primes de 150.000 FC, dont les frais de voyage couvrent à peine leurs dépenses. Il arrive parfois que ces déplacements occasionnent des décès : « *la dernière fois, je crois en 2021, nous avons risqué des morts. Les gens sont venus ici à l'entrée de la banque bon... manquant des moyens, il y a eu des agents qui ont été hospitalisés et quelques temps après nous avons aussi perdu un agent à partir d'ici à Bandundu* »³⁶⁵, ou encore dans la province de la Tshopo, où « *nous avons même déjà enregistré des morts, quelqu'un est venu pour récupérer sa prime, tomber malade ici, il ne sait pas se pendre en charge, la famille*

³⁶¹ *Ibid.*

³⁶² Entretien, autorité politique de la province du Tanganyika, mai 2023.

³⁶³ Entretien, agent de la DPS de la Tshopo, juin 2023.

³⁶⁴ Entretien, MCZ d'une zone de santé du Sud Kivu, mai 2023.

³⁶⁵ Entretien, AG d'une zone de santé au Kivu, mai 2023.

n'est pas ici et l'agent est décédé »³⁶⁶. En effet, dans cette province les moyens de déplacement sont précaires et les dangers nombreux : « des accidents, des noyades et consorts tout ça pendant ce temps, ils sont en train de prendre le transport de fortune, ceux-là qui viennent par pirogue, par baleinière, avec beaucoup de risques »³⁶⁷.

... lourdes de conséquences

Cela entraîne également des conséquences sérieuses sur le fonctionnement des structures, aggravant l'absentéisme des agents partis chercher leurs rémunérations : « *venir à Bukavu pour toucher leurs salaires constitue un périple qui se répète chaque mois et qui cause automatiquement un absentéisme sur leurs lieux de travail* »³⁶⁸ ; ceci implique qu'à moins que les IT trouvent des agents qualifiés à même de les remplacer, les centres de santé peuvent être fermés, mettant le système « *à genoux* »³⁶⁹.

D'autres plaintes encore concernent le fait que parfois les rémunérations qui sont dues aux agents situés dans des recoins où les banques ne sont pas présentes sont « coupées » par ces dernières, en guise de dédommagement des coûts occasionnés par les déplacements de leurs équipes mobiles : « *ceux qui sont dans les recoins où il n'y a pas de banque, nous appelons généralement ça 'maboko banque', on va prendre les gens de la TMB qui vont aller payer, ils vont couper, couper, finalement, ils reçoivent des miettes au lieu de recevoir, par exemple 200.000, arrivé là-bas, oh non, nous, on devait traverser, nous on devait ceci, et ils reçoivent 120.000 francs congolais au lieu de 200.000* »³⁷⁰.

De la méfiance et des rumeurs à l'égard des banques commerciales

Un autre problème vécu est celui des agents qui ne savent pas qu'ils ont été mécanisés ou aligné à la prime de risque, et qui voient leur argent supposément reversé dans le compte du Trésor public³⁷¹, ou encore celui d'agents dont le nom ne correspond pas exactement à celui figurant dans sa carte d'électeur³⁷². Finalement, le cas de gens qui voient leurs noms élagués des listes reçues par les banques à un trimestre donné, sans explication, et donc qui ne sont pas en mesure de toucher leur rémunération, a été également évoqué³⁷³. Des rumeurs selon lesquelles les banques commerciales profitent de la paie des agents de l'État pour faire fructifier les fonds, qui sont aussi utilisés pour des transactions commerciales, occasionnant des retards, ont été également relevées³⁷⁴, tout comme de la méfiance à l'égard des déclarations des directeurs des banques commerciales en province qui affirment retourner le reliquat dans le compte du Trésor public³⁷⁵.

³⁶⁶ Entretien, agent de la DPS de la province de la Tshopo, juin 2023.

³⁶⁷ *Ibid.*

³⁶⁸ Entretien, agent de la DPS du Sud Kivu, mai 2023.

³⁶⁹ Entretien, autorité politique de la province du Tanganyika, mai 2023

³⁷⁰ Entretien, professeur dans une Faculté de médecine au Kwilu, mai 2023.

³⁷¹ Entretien, agent de la DPS du Kasai Oriental, mai 2023.

³⁷² *Ibid.*

³⁷³ Entretien, AG d'une zone de santé dans la province du Tanganyika, mai 2023.

³⁷⁴ Entretien, syndicaliste, Kinshasa, 12.04.2023 ; et AG d'un HGR de la province du Tanganyika, mai 2023

³⁷⁵ Entretien, autorité politique du Nord Ubangi, mai 2023.

Une certaine opacité

Il sied cependant de noter aussi que, même si la fraude – dans une certaine mesure – a certes diminué, la bancarisation n’a pas entièrement résolu les abus liés au système de paiement des rémunérations, mais plutôt reconfiguré son économie politique. Les exemples fournis dans la section précédente suggèrent que le phénomène de détournement de rémunérations, à travers l’injection de fictifs, a bel et bien persisté malgré la domiciliation de la paie dans les banques commerciales, bien que les méthodes utilisées pour contourner les contraintes liées à la bancarisation de la paie sont difficiles à investiguer. De plus, il faut aussi souligner que si le système est dorénavant bâti sur le principe de comptes bancaires individuels, mettant ainsi hors-jeu les abus des agents comptables, ce progrès a un coût : l’opacité.

En effet, avec la bancarisation il est moins facile pour les DPS et les zones de santé de se rendre compte réellement qui de leurs agents touchent leurs rémunérations, rendant les contrôles plus difficiles : « *comme le paiement se fait directement au niveau de la banque sans passer au bureau central, donc c’est très difficile de pouvoir contrôler et de savoir concrètement combien d’agents fictifs pourraient être au niveau de la zone de santé* »³⁷⁶. En fait, la paie manuelle présentait sans doute des inconvénients majeurs – les déprédations des agents comptables sont bien connues – mais il avait aussi un avantage : il était fondé sur le contrôle physique des agents lors du paiement : « *il fallait être présent et signer pour avoir la prime* »³⁷⁷. Le système maintenant lie les ministères nationaux comme le Budget, avec les banques, et les individus eux-mêmes, rendant le suivi par le niveau provincial et opérationnel plus complexe.

³⁷⁶ Entretien, MCZ de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

³⁷⁷ Entretien, agent de la DPS du Tanganyika, mai 2023.

Annexe 13 : La prime locale, le FBP, et les conséquences de l'inadéquation des rémunérations

Cet annexe a pour objectif de s'attarder brièvement sur trois aspects de la rémunération, qui n'ont été qu'effleurés jusqu'à présent : d'abord, la problématique de la prime locale, décrite quasiment partout comme loin d'être à même de compenser le non-paiement de rémunérations de l'État (comme nous l'avons vu, de larges pans des effectifs du secteur de la santé ne sont pas payés), de par sa modicité (en grande partie liée à la pauvreté de populations peinant à payer pour leurs soins de santé dans les structures de l'état) et les complications qui surgissent dans les modalités de son paiement dans des structures pléthoriques. Ensuite, nous nous pencherons du côté des appuis des PTF aux structures et du financement basé sur la performance, fréquemment employé par les partenaires extérieurs comme un moyen de compléter la motivation des agents de santé dans leurs zones d'intervention. Finalement, nous évoquerons les conséquences que des rémunérations inadéquates font peser sur le plan du travail et le fonctionnement des structures.

La prime locale

La prime locale fait référence à la rémunération des professionnels de la santé travaillant dans les établissements de santé, payée à partir des frais d'utilisation. Nous l'avons vu au cours du chapitre 3, c'est au courant des années 1980 que le paiement des salaires et des subventions accordées aux hôpitaux pour les frais de fonctionnement et les équipements ont été interrompus, et que les établissements de santé ont été autorisés à utiliser leurs revenus pour fonctionner. Comme l'a rappelé un de nos interlocuteurs, vétérinaire du secteur ayant vécu cette période-là,

« C'est entre 1982 et 1987, il y avait eu des décisions du gouvernement où l'Etat congolais s'est désengagé de la gestion des hôpitaux. C'est là qu'on a lancé le principe de gestion des hôpitaux avec la répartition des honoraires pour les médecins, les infirmiers, les administratifs 40% pour les médecins, je crois 20% pour les infirmiers et 40% pour les paramédicaux et la gestion de l'hôpital. Dès lors que cela a été fait, la prestation se fait par acte. Tu n'es pas payé, tu n'as pas de prime, mais tu soignes, quand on paie tu as tes 40%. Avec la désarticulation de la gestion des hôpitaux, il faut avouer que nous les médecins nous sommes les mauvais gestionnaires ; les médecins on n'a jamais appris à gérer l'hôpital, ce qui fait que la gestion est mauvaise si bien qu'on a même du mal à capter cet argent-là dans le secteur public... »³⁷⁸

Le fonctionnement du secteur de la santé est toujours tributaire de cette logique-là : les structures dans le secteur public fonctionnent sur base d'une clé répartition qui, en pratique, varie d'une structure à l'autre, qui détermine le montant de la prime locale pour différentes catégories d'agents. Avec des montants très variables en fonction de l'utilisation des structures de santé publique, des tarifs et de la charge de travail, elle est souvent insuffisante, en particulier dans les centres de santé, les centres de santé de référence ou les HGR qui disposent d'un personnel pléthorique. Cependant, elle constitue la source de revenus la plus fiable dans la mesure où pratiquement tous les agents de santé actifs dans les structures de première ligne la perçoivent, ce qui la rend très importante pour les personnels qui ne

³⁷⁸ Entretien, autorité politique, Kinshasa, mai 2023.

perçoivent pas leur salaire de base ou leur prime de risque, ou qui sont privés d'autres sources de revenus (nous l'avons déjà évoqué, les recherches menées sur la rémunération des agents de santé en RDC ont montré leur nature « complexe » – c'est-à-dire que les agents de santé tirent leurs moyens de subsistance d'une variété de sources et d'activités).

Lors de nos descentes au niveau opérationnel, dans les zones de santé, les structures visitées rapportent un éventail de situations selon la localisation géographique, les effectifs dans chaque structure, la charge de travail et le taux de fréquentation, et les tarifs des prestations. La plupart de nos interlocuteurs semblaient s'accorder sur le fait que la prime locale, généralement, demeure largement insuffisante pour motiver les personnels (à quelques exceptions près) : c'est le cas notamment dans les structures en milieu urbain, qui sont soumises à des pléthores de personnel, et où la modicité de la prime locale peut atteindre pas plus de 5-10 USD, soit 10.000-20.000 FC sur le mois dans certains cas³⁷⁹ ; comme le déplorait un responsable d'un centre de santé de référence au Kongo Central, « *les infirmiers nous sommes maintenant au nombre de 150 que je suis en train de gérer ici, et à la fin du mois on se retrouve avec des 7.000 francs, on est vraiment... le travail est foutu* »³⁸⁰. Un AG dans un HGR de la province du Kwilu, expliquait, dans le même sens : « *à la fin de chaque mois, notre hôpital, il y a des gens, les médecins prennent au moins 30.000 si on a bien travaillé, il se retrouve avec 30.000, les licenciés là se retrouve avec les 25.000, les 20.000, et le reste des infirmiers avec les 10.000* »³⁸¹.

Certains suggèrent que dans certains lieux, la prime locale peut être plus conséquente : « *dans les grands villages où il y a moins de personnel, la prime est vraiment conséquente ; mais dans les grandes agglomérations vous trouvez une vingtaine des gens dans un centre de santé pour ne gagner que 15.000 ou 20.000, c'est vraiment un problème par rapport à ça* »³⁸². Tout ceci tend à souligner l'importance que revêt le paiement des salaires et de la prime de risque professionnel pour les agents en activité qui ne sont pas rémunérés, ainsi que la nécessité de rationaliser les effectifs afin d'éviter l'inflation du personnel dans les FOSA.

Ceci est d'autant plus important que ceux qui ne touchent que la prime locale a tendance à être les plus jeunes, et qui supportent le gros du poids de la structure : « *ça amène ceux-là qui n'ont que la prime locale à manifester quand même un certain désintérêt parce qu'eux ne perçoivent que la prime locale qui est restée aussi dérisoire (...). [C]eux qui sont les plus jeunes ils n'ont que la prime locale et pourtant ce sont eux qui supportent le gros et le poids de la structure* »³⁸³ ; la nécessité pour les responsables des structures de créer une petite motivation à l'interne pour ces agents non-payés par l'État, les conduit à prélever sur le fonctionnement local, qui va par conséquent en souffrir : « *maintenant il faut aussi grignoter quelque chose là-bas aussi pour que ces agents se sentent considérés dans la structure* ».

Finalement, un autre aspect relevé dans la problématique de la prime locale est celui qui fait que les médecins et gestionnaires tendent à se tailler la part du lion dans la clé de répartition : « *C'est eux qui gèrent, vous trouvez dans les différents conseils de gestion il y a des deux trois quatre médecins, un seul infirmier et quand ils vont maintenant même pour passer au vote ils sont majoritaires ça c'est un, de deux*

³⁷⁹ Cas des infirmiers d'un HGR dans la province du Kasai Oriental, à effectif pléthorique ; et cas similaires rapportés dans d'autres structures au Kongo Central, au Kwilu, .

³⁸⁰ Entretien, responsable d'un centre de santé de référence au Kongo Central, mai 2023.

³⁸¹ Entretien, AG dans un HGR dans le Kwilu, mai 2023.

³⁸² Entretien, MCZ de la province du Kongo Central, mai 2023.

³⁸³ Entretien, IT d'un centre de santé au Sud Kivu, mai 2023.

chez eux ils ont des actes médicaux qui sont payés et ils touchent leurs honoraires, ça c'est le deuxième argument pendant que les infirmiers jusque-là les honoraires ne sont pas encore payés et aussi les médecins peuvent se retrouver... ils peuvent être à 3, 4 tandis que tandis que les infirmiers peuvent être à 100 même si c'est la même enveloppe quand on est parti 100 dollars pour trois, 100 dollars pour cent... »³⁸⁴.

Le financement basé sur la performance et les appuis des PTF

Nous l'avons déjà vu dans la section du chapitre 4 traitant des appuis des PTF, les efforts déployés par les partenaires pour maintenir la prestation des services de santé ont donné lieu à l'adoption généralisée de systèmes de financement basés sur les performances (FBP) dans tout le pays (ainsi, plus d'un quart des 515 zones de santé du pays reçoivent un soutien FBP de différents donateurs) – une approche qui a été approuvée par le ministère de la santé³⁸⁵. Comme nous l'avons noté ci-dessus, si le FBP reste une option attrayante pour les bailleurs de fonds pour des raisons évidentes, et qu'il est généralement apprécié par les formations sanitaires, les zones de santé et les DPS dans la mesure où c'est un mécanisme qui permet de partiellement pallier aux défis auxquels font face les structures et le système de santé (grâce aux appuis matériels, financiers et de motivation qu'il achemine vers ceux-ci), il est loin d'être une panacée sur tous les plans ; en effet, comme les analyses de nos données ci-dessous le suggèrent, il génère en même temps certains effets pervers, tout en posant des problèmes de soutenabilité pour ce que nos répondants appellent « l'après-projet ».

Concernant les passages qui suivent, il faut toutefois noter qu'étant donné la durée limitée des visites de terrain, et les contraintes spatio-temporelles qui les ont circonscrites, les données recueillies lors de nos entretiens ne nous permettent pas d'approfondir les questions liées au FBP à un niveau suffisamment détaillé pour nous prononcer avec autorité sur tous ses effets : les passages qui suivent doivent être compris comme une série d'observations partielles à propos des interventions des PTF dans leurs services et structures – observations valides certes, car exprimés par des acteurs du terrain sur base de leurs expériences – mais qui ne relèvent pas d'une analyse exhaustive des problèmes sur lesquels touche le FBP.

Dans l'ensemble, de nombreux acteurs reconnaissent les points positifs des appuis des partenaires procédant de la logique de FBP : les primes qui en découlent « *sauvent un peu la situation* »³⁸⁶, permettent l'atteinte de résultats, en mettant les agents des structures dans des conditions qui leur améliorent leur rendement, en renflouant la motivation d'agents par ailleurs pour la plupart peu ou pas rémunérés³⁸⁷ : comme l'expliquait un MCZ, ceci est amplement visible sur base des contrastes qui opposent zones de santé appuyées par rapport à celles qui ne le sont pas : « *C'est ainsi que même si vous essayez de faire une comparaison entre les zones PBF et les zones où il n'y a pas de PBF, il y a une différence en terme de résultat, en terme de production des résultats. Donc vous vous rendez compte directement que ceux-là qui*

³⁸⁴ Entretien, représentant de l'Ordre national des infirmiers, avril 2023.

³⁸⁵ Maini, R., Mounier-Jack, S., & Borghi, J. (2018), Performance-based financing versus improving salary payments to workers: insights from the Democratic Republic of Congo, *BMJ Global Health*, 3:5, e000958, pp. 1-2.

³⁸⁶ Entretien, agent de la DPS du Sud Kivu, mai 2023.

³⁸⁷ Entretien, MCZ de la province de Kinshasa, mai 2023.

bénéficient de ce financement donnent le meilleur d’eux pour pouvoir avoir le résultat escompté de la part des partenaires »³⁸⁸.

Un point positif additionnel reconnu est que l’évaluation des performances des structures comme des agents – qui est au cœur du FBP – permet une rémunération sur base d’indices, qui permet de réinstaurer un élément d’évaluation du personnel dans le fonctionnement des structures³⁸⁹, d’autant plus important que la cotation, pourtant statutairement requise dans la gestion de la carrière, est un aspect de celle-ci qui est largement tombé en désuétude.

Les effets pervers du FBP

Cependant, ces aspects positifs sont également couplés à plusieurs types d’effets pervers. Premièrement, il se pose la question de la gestion des personnels non-primés au sein des services administratifs (DPS, zones de santé). En effet, typiquement les projets utilisant le FBP ne prennent en charge qu’une portion des personnels en activité (particulièrement dans services caractérisés par des pléthores), ce qui tend à compliquer la gestion du personnel vu la démotivation des non-bénéficiaires³⁹⁰. Tout en reconnaissant que les appuis aident à la réalisation des activités ciblées, en termes du fonctionnement global des services administratifs des zones de santé, cela suscite des complications : *« Ils arrivent souvent dans un programme par exemple, ils acceptent seulement les médecins, l’infirmier superviseur et puis quelques acteurs du terrain mais les autres du bureau central ne sont pas comptabilisés. Et quand ils arrivent avec ces montants pour payer, les bureaux centraux, il y a toujours un désordre puisque quelqu’un qui s’en accapare est celui qui est de l’activité et les autres qui sont là, ils sont en train de regarder, ce n’est pas vraiment bien »³⁹¹.*

De telles situations donnent lieu à des frustrations, d’autant plus que les PTF font le suivi et désapprouvent la pratique de constitution de paniers communs à l’interne ; si les services administratifs tentent de s’organiser afin de redistribuer une partie des appuis sur la totalité des agents, de telles initiatives diluent l’impact du FBP. En tout cas, le financement d’une petite partie seulement du personnel n’est pas sans poser des problèmes aux services : en effet, ceux qui sont primés se retrouvent avec la quasi-totalité de la charge de travail, étant donné la démotivation qui s’empare des agents écartés : *« maintenant imaginez-vous vous êtes dans un bureau de 30 ou 25 personnes mais il n’y a que 3 ou 4 personnes qui bénéficient de cette prime donc la conséquence est que tout le travail du bureau c’est vous... c’est maintenant entre les mains de ces 4 ou 3 personnes là... donc ça devient bien compliqué pour eux... »³⁹².*

De plus, ce déséquilibre entre personnels appuyés et non-bénéficiaires peut entraîner des effets pervers également au sein des structures de santé : un MCZ de la province du Nord Ubangi, s’exprimant à propos d’un partenaire qui appuie certaines FOSA, mais ne prend pas tous les personnels en charge, résumait la situation ainsi : *« d’abord la somme que je venais de vous dire c’est sept cent dollars par mois pour toute la structure, c’est aussi d’abord insignifiant quand vous répartissez les clés ainsi de suite, c’est vraiment*

³⁸⁸ *Ibid.*

³⁸⁹ Entretien, chef de division d’une des DPS visitées, mai 2023 ; et entretien, MCZ de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

³⁹⁰ Entretien, agent de la DPS du Tanganyika, mai 2023.

³⁹¹ Entretien, agent d’une zone de santé de la province du Kwilu, mai 2023.

³⁹² Entretien, chef de division d’une des DPS visitées, mai 2023.

insignifiant et les autres qui ne sont pas budgétisés des fois sont mécontents et démotivés, ils peuvent commencer à créer d'autres mécanismes pour essayer parfois à avoir accès soit surfacturer les malades, chercher à rançonner ou ainsi de suite ou chercher à trouver quelque chose parce qu'ils ne bénéficient pas »³⁹³.

Un autre effet pervers rapporté est la fraude : afin de bénéficier des achats de prestations liés au FBP, la tentation est grande de jouer sur les données ; malgré les contrôles de contre-vérification, certains témoignages suggèrent que les indicateurs rapportés peuvent être falsifiés :

*« Les effets pervers [du FBP], c'est la fraude. Le prestataire de temps en temps on n'a fait deux accouchements, on n'est obligé à rapporter dix, quand on paie 5 dollars par accouchement, même si j'ai fait deux, je suis, de temps en temps on n'est tenté d'aménager les données pour que l'argent suive, et ça c'est fréquent ; et il arrive que le partenaire découvre, et quand ils découvrent il y a des sanctions qui suivent, ils peuvent couper le subside pendant tout un trimestre, ils peuvent proposer même des sanctions des prestataires en termes de suspension, permutation, ou autres choses, mais cela s'ils le découvrent ; les chances de découvrir ces effets pervers sont minimes, les chances sont minimes, donc ce qui fait que vous allez trouver les indicateurs dans les zones PBF sont au vert, tous les indicateurs sont au vert, il y a du vrai vert et du faux vert, c'est ça l'effet négatif »*³⁹⁴.

Finalement, un effet pervers amplement souligné c'est le moment d'arrêt des financements. L'interruption d'un financement, lié au cycle de vie et de la clôture de projets, peut avoir de sérieuses conséquences le plan des relations entre prestataires de soins et communautés, ces dernières habituées à bénéficier de soins gratuits ou peu chers car subventionnés par les PTF, comprenant mal une augmentation des frais d'utilisation à la suite de la fin du financement³⁹⁵. Comme affirmé par un IT, « *une population qui était déjà habituée à payer 2000 FC et 4000 FC si les partenaires partaient sans mesure d'accompagnement, voilà que cette population-là n'arrive plus à accéder aux services de soins ...* », avec comme conséquence que « *des fois, la population ne comprend pas la fin d'un projet, la population des fois, elle s'en prend aux acteurs qui intervenaient, même à nous, prestataires, disant que non vous êtes des voleurs, on voyait ... euh... euh... X période, on nous donnait ceci gratuitement, on faisait ceci ou cela ... et comment d'un coup vous venez de changer* »³⁹⁶. Ce que plusieurs interlocuteurs ont appelé « *l'après-projet* », en effet, se doit d'être bien préparé.

Conséquences des rémunérations inadéquates

Pour finir, il nous faut évoquer brièvement les conséquences de l'inadéquation du système de rémunérations du secteur de la santé. Si certains de ces aspects ont déjà été évoqués dans le chapitre précédent, il importe maintenant de les lier à l'aspect pécuniaire du travail. Nous nous attarderons sur trois aspects : les inefficacités et gaspillage du système en termes de paiement d'agents qui ne travaillent

³⁹³ Entretien, MCZ de la province du Nord Ubangi, mai 2023.

³⁹⁴ Entretien, MCZ de la province du Sud Kivu, mai 2023.

³⁹⁵ Entretien, MCZ de la province de Kinshasa, mai 2023.

³⁹⁶ Entretien, IT d'un centre de santé de la province du Sud Kivu, mai 2023 ; et IT d'un centre de santé de la province du Sud Kivu, mai 2023.

pas (ou peu) ; le problème de l'absentéisme, de l'instabilité et des mouvements de personnels mal rémunérés ; et les conséquences sur le plan du travail et du fonctionnement des services et structures.

Le premier problème, donc, c'est que le système de paiement des rémunérations dans la santé suscite des inefficacités et un gaspillage sérieux : en effet, alors que de larges pans du personnel du secteur sont non-payés, une partie non-négligeable est payée mais sans travailler à plein temps ; il s'agit en partie d'une retombée des pléthores, un problème particulièrement sérieux chez les médecins. Comme une autorité politique issue du secteur de la santé l'expliquait, « *c'est un centre de santé ici à Kinshasa où vous avez 30 médecins. En consultation nous sommes à 15 malades par jour. Le médecin avait chacun un jour de prestation, donc il travaille une fois le mois et il est payé par l'Etat congolais. Donc les 29 jours, il travaille à plein temps dans un centre privé où il est payé aussi* »³⁹⁷. Cette situation se retrouve apparemment aussi dans les services administratifs, par exemple au Ministère de la Santé : « *il y a beaucoup de programmes qui existent dans le secteur dont le personnel est exorbitant et payé par l'État mais qui n'ont pas des bureaux qui ne prestent presque pas, qui sont presque des chômeurs avec des étiquettes des fonctionnaires* »³⁹⁸.

Un problème connexe du système de paiement des rémunérations est lié aux personnels proches ou ayant dépassé l'âge de la retraite : ayant été plus longtemps dans le système de santé, ils ont plus de chances d'être payés (même s'ils sont fatigués et travaillent peu ou pas) alors que les plus jeunes, qui sont souvent des Nouvelles Unités, ne sont pas payés (alors qu'ils supportent le gros de la charge du travail). Comme l'estimait un responsable du personnel dans un HGR du Kwilu, « *Sur les 561 agents dont je parlais ici, c'est seulement 133 qui sont salariés et même ceux qui sont salariés, les 133 qui sont salariés, la plupart est déjà en âge très avancé déjà, très avancés en âge, ils doivent aller en retraite. Et les jeunes gens qui ont encore le sang pour mieux travailler, ils ne sont pas encore rémunérés. Il n'y a pas de salaire. À peine, quelques seulement viennent d'être alignés à la prime de risque* »³⁹⁹. Comme nous allons le voir, la démotivation qui en découle produit diverses conséquences sur le plan du travail.

Une autre conséquence des rémunérations inadéquates et du non-paiement d'un certain nombre d'agents, c'est l'absentéisme, l'instabilité et les mouvements intempestifs du personnel. Comme attesté dans de nombreux entretiens, en l'absence de motivation pécuniaire, beaucoup d'agents s'absentent afin de chercher mieux ailleurs : certains cultivent leurs champs, d'autres font le marché, ceux qui peuvent font le cumul et l'extra muros (prester dans le privé), entrent et quittent le secteur au gré des opportunités, sans oublier la fuite des cerveaux (les plus brillants quittant le secteur étatique pour un poste dans les ONG nationales et internationales). Dans tous les cas, face à une telle mobilité, les zones de santé ne savent pas stabiliser les entrées et sorties des agents ; et la marge de manœuvre de la hiérarchie face à des agents impayés et démotivés est fortement réduite.

Les conséquences d'un personnel démotivé car non-payé, ou en tout cas inadéquatement rémunéré sont lourdes sur le plan du travail et du fonctionnement des structures : mauvais rendement, détournements de matériels, de médicaments, recours à des moyens illicites sont monnaie courante. Comme l'expliquait un chef de division d'une des DPS visitées :

³⁹⁷ Entretien, autorité politique, Kinshasa, mai 2023.

³⁹⁸ Entretien, agent du ministère du Budget, Kinshasa, avril 2023.

³⁹⁹ Entretien, AG d'un HGR au Kwilu, mai 2023.

« Là il ne mange pas, il ne boit pas, il a des enfants à éduquer, il n'a pas de maison à louer, allez-y comprendre. Et vous allez demander à un monsieur pareil de vous rendre un service de titan ? Avec quelle conscience ? Et c'est le rendement qui va souffrir et ce sont les populations qui en pâtissent. Nous avons vu, ça au moins ce sont des secrets professionnels, nous avons vu des malades périr parce que le service n'a pas fonctionné à temps »⁴⁰⁰

Ce type d'observations abondent dans nos entretiens ; quelques exemples additionnels suffiront : « *malgré les conditions, il doit travailler vous trouvez ça normal que quelqu'un comme ça qui est à la chirurgie et tout ça mais il est affamé, est ce qu'il va bien travailler ? Puisque si on n'est pas payé, on vit par les moyens malhonnêtes* »⁴⁰¹ ; « *Il faut mentir, il faut voler, il faut détourner, voilà. Et ça a des effets sur la qualité des soins chez les malades, ça a ses effets aussi pour nous personnel qui travaillons, je suis mal payé comment est-ce que je dois travailler correctement je dois donner une bonne qualité de travail ?* »⁴⁰². Parmi les pratiques courantes relevant de tels registres, il y a le vol des matériels et médicaments, la pratique appelée « *pharmasac* » ou « *pharmapoche* » (vente à titre privé des médicaments de la structure aux malades)⁴⁰³ ; la surfacturation des médicaments ; la réalisation d'examens de laboratoire inutiles et d'interventions chirurgicales inutiles⁴⁰⁴, des tracasseries sur les patients, le monnayage et la surfacturation de soins censés être gratuits ou forfaitaires⁴⁰⁵, et le détournement des malades vers le privé.

⁴⁰⁰ Entretien, chef de division d'une des DPS visitées, mai 2023.

⁴⁰¹ Entretien, autorité politique de la province du Kasai Oriental, mai 2023.

⁴⁰² Entretien, directeur de nursing d'un HGR de la province du Tanganyika, mai 2023.

⁴⁰³ Entretien, représentant de l'Ordre National des Pharmaciens, Kinshasa, avril 2023.

⁴⁰⁴ Entretien, représentant de l'IPS dans une des provinces visitées, mai 2023.

⁴⁰⁵ Entretien, autorité politique, Kinshasa, mai 2023.

Annexe 14 : Réformes en matière de gestion des ressources humaines et leçons à tirer

Au-delà de la mise en place d'une base de données dans le secteur de la santé, il est clair que la gestion et la rémunération des RHS reste une question multisectorielle. Dans cette sous-section, l'attention est portée vers les réformes en cours dans l'administration publique plus largement, avec un double objectif : situer les enjeux de ces réformes pour le secteur de la santé, mais aussi dégager certaines leçons ou pistes de réflexion sur base de l'expérience de ces réformes. Dans un premier temps, ce sont les réformes de l'administration publique qui seront présentées, avant de passer dans un second temps à la discussion approfondie d'un volet en particulier de celle-ci, l'introduction d'un *Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie* (SIGRH-P), une initiative sur laquelle travaille le ministère de la Fonction Publique ; tous deux ont des implications pour la santé.

La réforme de l'administration publique en RDC

Laissant de côté les réformes mises en œuvre lors de la 2^{ème} République, sous le régime Mobutu, c'est en 2003, dans le sillage de la normalisation des relations de la RDC avec les institutions financières internationales et de la reprise de l'aide au développement à partir de 2001, qu'une nouvelle réforme de l'administration publique a été introduite⁴⁰⁶. Initiée dans le cadre de l'engagement du gouvernement en faveur des réformes structurelles, qui constituaient une condition essentielle pour recevoir un financement des institutions financières internationales, la stratégie initiale de réforme de 2003 prévoyait : la révision du cadre juridique, un recensement des fonctionnaires, un audit des procédures de paie, la restructuration des ministères prioritaires, des départs à la retraite et des initiatives de renforcement des capacités⁴⁰⁷. Les structures chargées de la mise en œuvre ont été créées en 2003, et placées sous l'autorité du ministère de la Fonction publique, chargé de piloter la réforme. Une répartition des tâches entre les bailleurs de fonds (la Coopération technique belge-CTB, l'Afrique du Sud, la Banque mondiale, le PNUD, la France et la Banque africaine de développement) a été mise en place⁴⁰⁸. En 2010, le projet de réforme de la fonction publique a été considéré comme un échec par tous les bailleurs de fonds impliqués, et plusieurs d'entre eux avaient alors retiré ou réduit leur soutien au projet.

Plusieurs évaluations de cette phase de la réforme ont été commanditées, notamment par la Coopération technique belge, qui pilotait alors le processus, mettant en évidence diverses lacunes (la réforme en tant qu'imposition extérieure, le soutien inadéquat des autorités nationales, le défi des changements institutionnels tels que la décentralisation, les revers et les retards, la fragmentation de l'aide des partenaires). Toutefois, la cause principale de l'échec de la réforme dans ce cas était liée aux dynamiques politiques de la transition et à la temporalité défavorable à l'initiative⁴⁰⁹. En effet, introduite au milieu de la transition démocratique de 2003-2006 avec des attentes de résultats sur le court terme, dans un

⁴⁰⁶ Clément, J. A. P. (Ed.). (2004). *L'économie post-conflit en Afrique subsaharienne. Les leçons de la République démocratique du Congo*. Washington D.C. : Fonds monétaire international.

⁴⁰⁷ Gons, J. (2004). Les politiques structurelles et sectorielles et leur enchaînement. Dans J. A. P. Clément (Ed.), *Postconflict Economics in Sub-Saharan Africa. Lessons from the Democratic Republic of the Congo* (pp. 281-302). Washington D.C.: Fonds monétaire international.

⁴⁰⁸ Diumasumbu Mukanga, R. (2008). Réforme administrative de la République démocratique du Congo : leçons et travers du passé. *Afrique Contemporaine*, 227, 95-106.

⁴⁰⁹ Moshonas, S. (2014). The politics of civil service reform in the Democratic Republic of Congo. *The Journal of Modern African Studies*, 52(2), 251-276.

contexte où l'objectif primordial des PTF était la tenue des élections et la sauvegarde de la transition à tout prix (même si cela signifiait des reculs dans les réformes structurelles), la réforme apparaît rétrospectivement tout à fait incongrue. Par exemple, le recensement des fonctionnaires de 2005 n'a été que partiellement réalisé en raison de retards importants et de problèmes de financement⁴¹⁰ ; comme le recrutement dans la fonction publique constitue un dispositif de patronage essentiel pour la cultivation de bases électorales, les opérations de recensement avaient fini par valider les irrégularités plutôt que de les corriger⁴¹¹. Les 47,5 millions de dollars affectés par la Banque mondiale à la mise à la retraite de 100.000 fonctionnaires, fournis sous la forme d'un soutien budgétaire direct en 2005, avaient pratiquement disparu à mesure que les préoccupations électorales – pour lesquelles trouver des fonds était essentiel – se profilaient à l'horizon⁴¹². La conception et l'élaboration de la réforme de l'administration publique par la Coopération technique belge s'est avérée largement inadéquate, à bien des égards aveugle aux réalités politiques du gouvernement de l'époque (ce fut l'époque du 1+4), conduisant de manière prévisible au dysfonctionnement des structures de réforme, notamment en raison de l'ancrage du leadership dans le seul Ministère de la Fonction Publique, qui, privé du soutien des autorités nationales, a sombré dans l'inactivité.

La deuxième phase de réforme (2012-2021)

Une deuxième phase de réforme a été lancée à partir de 2012 par le ministère de la Fonction Publique, soutenue à partir de 2014 par la Banque mondiale à travers son Projet de *Réforme et de Rajeunissement de l'Administration Publique* (PRRAP). Plusieurs innovations ont été introduites pour pallier aux insuffisances de la phase précédente de la réforme : plus particulièrement, l'architecture de la réforme a été remaniée et placée sous la direction du premier ministre, le ministère de la Fonction Publique étant responsable de la mise en œuvre. La stratégie de réforme était basée sur une approche progressive et sélective – se concentrant d'abord sur cinq ministères prioritaires (Fonction Publique, Finances, Budget, Plan et Portefeuille) – avant d'être étendue à d'autres institutions⁴¹³. Ses principaux éléments comprenaient une révision du cadre juridique, le rajeunissement de la fonction publique par le recrutement et la formation d'une nouvelle génération de fonctionnaires, le rétablissement d'une politique de mise à la retraite, la révision des cadres organiques, l'appui au processus de décentralisation et la mise en place d'un Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie (SIGRH-P) visant à rétablir le rôle du ministère de la fonction publique dans le circuit des dépenses liées aux rémunérations du secteur public.

Par rapport à la phase de réforme précédente (2003-2010), cette stratégie de réforme révisée, soutenue par un important appui de la Banque mondiale, a réussi à réaliser des progrès notables dans plusieurs des

⁴¹⁰ RDC/Ministère de la Fonction Publique, & PNUD. (2010). Recensement biométrique des agents et fonctionnaires de l'État en RDC, 2005-2010. Kinshasa : Ministère de la Fonction Publique.

⁴¹¹ Bomboko Bombelenga, F., Bopenda Bo'Nkumu-Lonyangela, Banyaku Luape Epotu, E., & Kawe Kasongo, C. (2007). Système national d'intégrité. Transparency International, Étude Pays, République Démocratique du Congo. Berlin: Transparency International.

⁴¹² Moshonas, S. (2014). The politics of civil service reform in the Democratic Republic of Congo. *The Journal of Modern African Studies*, 52(2), 251-276, p. 260.

⁴¹³ RDC/Ministère de la Fonction Publique. (2015). Cadre stratégique général de la réforme et modernisation de l'administration publique. Kinshasa : Ministère de la Fonction Publique.

composantes susmentionnées en 2017⁴¹⁴ : la promulgation de deux lois organiques sur l'organisation et le fonctionnement des services publics centraux, provinciaux et locaux, et du nouveau statut général de la fonction publique, en 2016 ; la création de l'*École nationale de l'administration* en 2013 et la poursuite du programme Jeunes Professionnels pour rajeunir la fonction publique ; la création de la *Caisse nationale de sécurité sociale des agents publics de l'État* (CNSSAP) ; le départ à la retraite de 923 fonctionnaires des cinq ministères prioritaires et de 34 secrétaires généraux à l'automne 2017 ; et la mise en place de directions ministérielles (les structures standard) harmonisées dans douze ministères, y compris le recrutement de leur personnel par concours.

En même temps, nombre de ces réalisations ont été éphémères : le processus de départ à la retraite s'est arrêté avant la fin du projet (et n'a été relancé que récemment par le gouvernement en 2022), l'engagement en faveur du rajeunissement a montré des signes d'essoufflement, les avancées en matière de restructuration ministérielle se sont avérées au mieux mitigées (notamment parce que le passage au budget-programme, qu'elle était censée accompagner et faciliter, a été reporté), et les progrès sur le front de la décentralisation ont été limités. Surtout, de nombreux efforts en termes de réforme de la fonction publique ont été rendus précaires par le fait qu'à l'approche des élections de 2018, le ministre de la fonction publique – au nom de la régularisation de la situation des fonctionnaires non-immatriculés (*Nouvelles Unités*) – a distribué plus de 750.000 numéros *matricule* à travers le pays, dans le but d'assurer les assises électorales de sa plateforme politique, portant ainsi un coup dur aux efforts entrepris pour rationaliser la gestion des ressources humaines⁴¹⁵. Quant à la réforme du paiement des rémunérations via le SIGRH-P – qui fait l'objet de la sous-section ci-dessous – elle n'a que peu progressé au cours du PRRAP.

Les efforts en matière de réforme du système de paiement des rémunérations : le SIGRH-P

Parmi les composantes de la réforme de l'administration publique, l'une d'entre elles mérite une attention particulière : la question de la réforme du système de la paie des fonctionnaires. D'emblée, il convient de noter que la configuration actuelle, qui associe le ministère de la Fonction Publique pour la gestion globale des ressources humaines, et le ministère du Budget, par l'intermédiaire de sa Direction de la paie, pour la gestion de la masse salariale et des fichiers de la paie, souffre de profonds problèmes de coordination. Le secteur de la santé est un cas exemplaire de ces dysfonctionnements, qui se distingue de par ses effectifs importants, mais est loin d'être un cas isolé ; il s'agit d'une réalité qui se retrouve dans de nombreux autres secteurs.

La coordination défectueuse entre la Fonction Publique et le Budget se manifeste par un manque quasi-total d'intégration entre ces deux institutions et leurs bases de données respectives. Il en résulte une inflation de la masse salariale et un contrôle insuffisant des pratiques de recrutement, dans la mesure où les ministères de tutelle ont longtemps fonctionné comme des centres de recrutement autonomes, où le ministère de la Fonction Publique n'est pas en mesure de suivre, et encore moins de contrôler, les

⁴¹⁴ RDC/Ministère de la Fonction Publique (2017) Cadre stratégique général révisé de la réforme et modernisation de l'administration publique, 2017-2021. Kinshasa : Ministère de la Fonction Publique.

⁴¹⁵ Moshonas S. et Baharanyi, S. 2020, 'Enjeux et défis de la réforme de l'administration publique en RD Congo', *Congo-Afrique* 545 (2020), pp. 414-428 ; Moshonas, S., 2019, 'The political economy of human resource management and payroll reform in the DRC' (Overseas Development Institute, Secure Livelihoods Research Consortium Working Paper).

recrutements, et où le ministère du Budget a, pour l'essentiel, géré la masse salariale en traitant de manière bilatérale avec les ministères de tutelle – en particulier pour les primes permanentes. En outre, l'incohérence du système de paie – différenciation limitée des salaires en fonction de l'ancienneté et du niveau de responsabilité, avec une prééminence des *primes* dans la rémunération – ouvre la voie au favoritisme et à la corruption⁴¹⁶. Dans le cas du personnel de santé – bien qu'il soit soumis au régime général du statut général de la Fonction Publique – le ministère de la Santé le gère directement (par exemple, en cas de recrutement ou d'affectation), sans l'intervention du ministère de la Fonction Publique, même si ce dernier est chargé d'immatriculer le personnel de santé et d'instruire le ministère du Budget de payer les salaires de base⁴¹⁷.

Une division du travail complexe et dysfonctionnelle dans la chaîne de la dépense

Il convient de s'attarder un instant sur la division complexe du travail existant entre les institutions dans la chaîne des dépenses en ce qui concerne les rémunérations, car une comparaison entre son fonctionnement officiel et son fonctionnement de fait peut aider à illustrer les goulots d'étranglement que représentent les réformes du système (comme l'introduction du *Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie*, SIGRHP, qui est discuté ci-dessous). Officiellement, les ministères de tutelle, outre la gestion administrative de leur personnel, sont chargés de préparer les éléments nécessaires au calcul de leur rémunération, y compris le contrôle et la vérification des paiements reçus ; le ministère de la Fonction Publique est chargé de l'engagement des dépenses de l'ensemble du personnel relevant de sa compétence, ce qui devrait en principe concerner à la fois le salaire de base et les primes ; le ministère du Budget est chargé de la liquidation des dépenses ; le ministère des Finances est chargé de l'ordonnancement des dépenses ; la Banque Centrale s'occupe de l'exécution du paiement (effectué par l'intermédiaire des banques commerciales et/ou de Caritas, comme indiqué dans l'accord avec l'Association congolaise des banques) ; et le Comité de suivi de la paie assure la coordination et le suivi des questions relatives à la rémunération⁴¹⁸.

Dans la pratique, cependant, un dysfonctionnement majeur découle du rôle actuel du ministère de la Fonction Publique, qui est pour l'instant presque entièrement contourné. En ce qui concerne le recrutement et les mouvements de personnel ayant une incidence budgétaire directe, les ministères sectoriels traitent directement avec la Direction de la paie sans en informer le ministère de la Fonction Publique ; en effet, ce dernier ne fait que charger le service de la paie de payer les salaires de base (en tant que donneur d'ordre) pour les fonctionnaires relevant de sa compétence, mais même là, en raison

⁴¹⁶ Moshonas, S. 2018. Pouvoir et élaboration des politiques en République démocratique du Congo : The Politics of Human Resource Management and Payroll Reform. Document de travail IOB 01.

⁴¹⁷ Lema, J., Tshiyombo, P. & Verger, G. (2019), Étude sur l'état des lieux du Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie - SIGRH-Paie - et sur les principes de son opérationnalisation par l'utilisation des matériels livrés par la CFAO et des logiciels fournis par SIMAC dans le cadre du PRCG, novembre 2019, PRRAP, p. 47.

⁴¹⁸ RDC/Ministère des Finances, & RDC/Ministère du Budget. (2010). Manuel des procédures et du circuit de la dépense publique. Circuit rationalisé. Kinshasa : Ministère des Finances et Ministère du Budget ; Beaudienville, G. (2012) Public financial management reforms in fragile states. Le cas de la République démocratique du Congo. ODI Briefing Paper 77. Londres : Overseas Development Institute ; Lema, J., Tshiyombo, P. & Verger, G. (2019), Étude sur l'état des lieux du Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie - SIGRH-Paie - et sur les principes de son opérationnalisation par l'utilisation des matériels livrés par la CFAO et des logiciels fournis par SIMAC dans le cadre du PRCG, novembre 2019, PRRAP, p. 11.

de la latitude budgétaire limitée, l'ajout de fonctionnaires aux listings des salaires est partiellement sujet à la discrétion de la Direction de la paie au cours des dernières années. L'engagement d'autres types de dépenses de rémunération (en particulier celles des primes des ministères sectoriels) échappe largement au contrôle du ministère de la Fonction Publique.

Des logiciels concurrentiels au cœur de la réforme des procédures de paie

Lorsqu'en 2014, le Ministère de la Fonction Publique – avec l'appui de la Banque Mondiale – a commencé à travailler sur l'introduction du SIGRH-P (un système informatisé intégré de gestion des ressources humaines et de la paie), il est devenu clair qu'un point de blocage-clé allait être la question de sa relation avec le Ministère du Budget. En effet, à peu près au même moment, ce dernier a réformé son logiciel de gestion de la paie (la *Procédure Transitoire Simplifiée*) en le remplaçant par le *Système de Gestion Centralisé de la Paie des Agents et Fonctionnaires de l'État* (SYGECPAF), développé par une société de consultance congolaise. Entre les deux ministères, une confrontation latente était en cours concernant l'institution qui devait garder le contrôle de la paie – sans doute étroitement liée à l'économie politique décrite ci-dessus – ce qui rendait le succès du SIGRH-P très incertain⁴¹⁹. En effet, en tant que solution importée clé en main – qui impliquait une refonte très profonde des pratiques organisationnelles, qui dépassait largement son caractère technique et était profondément politique, impliquant de nombreuses institutions et appelant des décisions difficiles – introduite dans un contexte politique troublé, elle a fait face à des conditions très défavorables⁴²⁰.

Cependant, si l'on veut améliorer durablement la gestion des ressources humaines et des salaires – en éliminant les fictifs et en suspendant les rémunérations indûment versées au personnel irrégulier – il semble absolument nécessaire, à moyen terme, de passer de la coexistence de bases de données distinctes non-interfacées à la numérisation et à l'informatisation des procédures, ainsi qu'au rétablissement du rôle du ministère de la Fonction Publique. Il est toutefois important de garder à l'esprit l'ampleur de la tâche à accomplir et les contraintes d'économie politique qui l'entourent : après tout, la masse salariale représente environ 30 % du budget général (et en fait beaucoup plus, si l'on tient compte des primes non permanentes payées sur les dépenses de fonctionnement)⁴²¹.

Au cours des quatre dernières années, le processus de mise en œuvre du SIGRH-P a été relancé avec l'appui de la Banque mondiale (à travers les projets PRRAP et plus récemment ENCORE), avec une innovation importante : plutôt que de procéder sur base d'une solution importée clé en main installée pour la RDC par une firme externe, le processus repose sur le travail effectué au sein du Ministère de la Fonction Publique par la *Direction Générale des Ressources Humaines*, en particulier la *Direction Base de*

⁴¹⁹ Moshonas, S. 2018. Pouvoir et élaboration des politiques en République démocratique du Congo : The Politics of Human Resource Management and Payroll Reform. Document de travail IOB 01.

⁴²⁰ Moshonas, 2019, 'Reform of the public wage system in the DRC : The SIGRH-P and its prospects', in Tom De Herdt et Kristof Titeca (eds), *Negotiating public services in the Democratic Republic of Congo*, (Zed Books, London, 2019), pp. 26-51 ; Lema, J., Tshiyombo, P. & Verger, G. (2019), Étude sur l'état des lieux du Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie - SIGRH-Paie - et sur les principes de son opérationnalisation par l'utilisation des matériels livrés par la CFAO et des logiciels fournis par SIMAC dans le cadre du PRCG, novembre 2019, PRRAP.

⁴²¹ Verger, G., 2019, Définition de la stratégie et la conception d'une méthodologie d'intervention et de réalisation des activités du Système intégré de Gestion des Ressources humaines et Paie (SIGRH - PAIE). Élaboration de la stratégie globale : Rapport final, Banque mondiale & RDC/COREF, p. 55.

Données et Recensement, qui constitue progressivement depuis 2019 une base de données de tous les fonctionnaires relevant du ministère, c'est-à-dire les fonctionnaires de carrière. Connue sous le nom de *Fichier de Référence des Agents de l'Administration Publique* (FRAP), cette base de données est destinée à servir de référence sur laquelle l'implantation du SIGRH-P sera construite. Il est essentiel que cet exercice de construction de la base de données évite les expériences des tentatives précédentes (telles que le recensement biométrique de la fonction publique de 2005, ainsi que d'autres), qui ont donné peu de résultats en raison de leur soumission à des décisions politiques motivées par le gain électoral. Par exemple, une analyse du recensement des fonctionnaires de 2005 – qui n'a été achevé qu'en 2013, ce qui enlève toute valeur à ses résultats – a démontré comment il a été politiquement instrumentalisé comme stratégie électorale lors des élections de 2006 et 2011, servant à gonfler le nombre de fonctionnaires reconnus et à valider les irrégularités plutôt qu'à les corriger⁴²².

Un « écosystème d'applications » pour gérer la paie des agents et fonctionnaires

En même temps, même si la configuration envisagée du SIGRH-P est actuellement basée sur la collaboration avec d'autres institutions (et notamment les logiciels utilisés par la police, l'armée et les enseignants) dans ce que l'on appelle un « écosystème d'applications », la question de la relation future avec le SYGECPAF n'est pas tout à fait claire, et cela semble être une source importante d'incertitude qui pèse sur le projet (étant donné l'historique des tensions et des conflits de compétences entre les ministères de la Fonction Publique et du Budget sur la question⁴²³) ; le fait que certains des consultants chargés de travailler sur le SIGRH-P n'aient pas toujours été en mesure de travailler avec la Direction de la paie du ministère du budget (ou d'évaluer les fonctionnalités du logiciel SYGECPAF, ou le mandat de la société de conseil locale chargée de son exploitation) suggère que ce risque est loin d'être résolu⁴²⁴.

Cependant, d'importantes conditions préalables demeurent, certaines échappant aux attributions et à l'autorité du ministère de la Fonction Publique – telles que l'installation d'un réseau de fibre optique reliant tous les ministères et institutions de Kinshasa, ou la mise en œuvre de procédures de sécurité et de sauvegarde pour protéger les données – tandis que d'autres sont fondées sur des changements profonds dans la culture organisationnelle⁴²⁵ – une entreprise très ambitieuse, en particulier à court et à moyen terme. Changer la culture et les pratiques organisationnelles dans les ministères-clés impliqués dans le paiement des rémunérations, sans parler de toutes les institutions gouvernementales (qui en

⁴²² Moshonas, S. (2014). The politics of civil service reform in the Democratic Republic of Congo (La politique de la réforme de la fonction publique en République démocratique du Congo). *The Journal of Modern African Studies*, 52(2), 251-276.

⁴²³ Moshonas, 2019, 'Reform of the public wage system in the DRC : The SIGRH-P and its prospects ', in Tom De Herdt et Kristof Titeca (eds), *Negotiating public services in the Democratic Republic of Congo*, (Zed Books, London, 2019).

⁴²⁴ Verger, G., 2019, Définition de la stratégie et la conception d'une méthodologie d'intervention et de réalisation des activités du Système intégré de Gestion des Ressources humaines et Paie (SIGRH - PAIE). Élaboration de la stratégie globale : Rapport final, Banque mondiale & RDC/COREF, p. 91 ; Lema, J., Tshiyombo, P. & Verger, G. (2019), Étude sur l'état des lieux du Système Intégré de Gestion des Ressources Humaines et de la Paie - SIGRH-Paie - et sur les principes de son opérationnalisation par l'utilisation des matériels livrés par la CFAO et des logiciels fournis par SIMAC dans le cadre du PRCG, novembre 2019, PRRAP, p. 65.

⁴²⁵ Verger, G., 2019, Définition de la stratégie et la conception d'une méthodologie d'intervention et de réalisation des activités du Système intégré de Gestion des Ressources humaines et Paie (SIGRH - PAIE). Élaboration de la stratégie globale : Rapport final, Banque mondiale & RDC/COREF, p. 20-22, 47-48.

principe, à la suite du passage au budget-programme et à la déconcentration de l'ordonnancement, devraient voir les Directions des ressources humaines des ministères sectoriels directement branchés sur le SIGRH-P) sera d'autant plus difficile que les capacités organisationnelles actuelles sont faibles⁴²⁶.

L'évaluation d'une révision du cadre juridique et réglementaire entourant la Fonction Publique (en particulier le statut de 2016) donne une bonne idée du défi à relever : si l'écart entre le cadre juridique et les pratiques réelles de l'administration n'est pas surprenant en soi dans un contexte de fragilité, de conflit et de violence, la nature profonde, enracinée et systémique des mauvaises pratiques administratives – largement politisées, fondées sur des relations clientélistes, ainsi que sur le contrôle des rentes – suggère que les changements dans la culture organisationnelle peuvent être beaucoup plus difficiles à réaliser, même en supposant que le contexte politique soit le plus favorable possible. En résumé, la mise en œuvre du SIGRH-P est loin d'être une simple question technique et nécessite la résolution de nombreuses questions, notamment politiques, qui requièrent un degré très élevé d'appropriation, de volonté politique et de détermination aux échelons supérieurs du gouvernement.

Leçons et enseignements issus des réformes de l'administration publique

Les deux expériences susmentionnées concernant la réforme de l'administration publique suggèrent deux leçons principales. La première c'est que l'ancrage du pilotage des réformes doit être placé au plus haut niveau de l'État – à la présidence de la République – afin que la réforme puisse s'imposer aux acteurs gouvernementaux. En effet, l'expérience montre qu'un ancrage du pilotage de la réforme à la Fonction Publique (même lorsque le ministre a rang de vice-premier ministre) ou auprès du Premier Ministre demeure insuffisant ; ceci est clair vu les difficultés qu'a rencontré la Fonction Publique dans la mise en œuvre du SIGRH-P. En d'autres termes, toute initiative visant à refondre en profondeur le fonctionnement des administrations – que ce soit au niveau central ou sectoriel – nécessite un soutien et une implication au plus haut niveau.

La deuxième leçon concerne l'importance du contexte politique dans lequel de telles initiatives se déroulent : dans les deux cas, l'une des principales raisons pour lesquelles les réformes n'ont pas atteint leurs objectifs réside dans le contexte politique, et notamment l'approche des élections. En effet, de nombreux volets de la réforme ont connu des reculs et des réorientations à la mesure de leur propension à la récupération politique pour assurer un avantage électoral (recensement en 2005, fonds destinés à la mise à la retraite en 2005, immatriculations de masse en 2018), tandis que d'autres ont été victimes d'obstructions et de retards étroitement liés aux vicissitudes des changements politiques induits par le calendrier électoral (remaniements ministériels entraînant des retards importants et des changements de priorités). En bref, l'opportunisme politique tend à prendre le pas sur toute forme d'engagement nominal en faveur des réformes. Il faut en tenir compte dans toute politique visant à réformer la gestion RH dans le secteur de la santé, dans la mesure où des initiatives importantes et sensibles ont peu de chances d'être introduites, ou de porter leurs fruits, dans les années précédant les élections. Il est donc essentiel de prendre en compte, et s'assurer, d'un contexte politique favorable.

⁴²⁶ Comme le montrent, par exemple, les audits des ministères pilotes réalisés au fil des ans : KPMG, 2014, Diagnostic institutionnel et propositions de réorganisation des ministères de la Fonction Publique, du Plan, du Portefeuille, des Finances et du Budget. Rapport Final. Kinshasa : KPMG ; Mujinga, A., 2021, Rapport final d'évaluation de la mise en œuvre du cadre organique de la Fonction Publique et des entités pilotes Kinshasa : Décembre 2021.

Sommaire de l'analyse

Acronymes et abbréviations

Note préliminaire (*avec lexique administratif*)

Résumé analytique

I. Introduction

- 1. La logique sous-jacente de l'analyse d'économie politique**
- 2. L'impératif de la normalité**

II. La gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé

Constats majeurs

- 1. Une gestion des RHS encore embryonnaire**
- 2. Le développement structurel des RHS est une priorité stratégique**
- 3. Analyse des listes déclaratives**
- 4. Conditions préalables pour une gestion efficace des RHS**
 - 4.1. *Etablir les normes en RH d'une façon consensuelle***
 - 4.2. *Procéder à un contrôle physique du personnel en place***
 - 4.3. *Actualiser la couverture sanitaire***
 - 4.4. *Faire des projections démographiques par ZS***
- 5. Pratiques de recrutement, d'affectation et de rémunération**
 - 5.1. *Le recrutement et l'affectation***
 - 5.2. *La rémunération***
- 6 . La question de la formation initiale**

Vers une gestion structurelle et de routine des RHS

7. La structure organique au cœur du système

7.1. L'ossature de la base de données RHS

7.2. Une gestion indépendante comme choix stratégique

8. Nécessité de fédérer des groupes de pression derrière le modèle

III. Recommandations

IV. Plan d'action prioritaire

Appendice 1. Méthodologie

Appendice 2. Normes en ressources humaines

Appendice 3. Organigramme initial du BCZS

Appendice 4. Flux ascendants

Appendice 5. Nomenclature non uniforme

Appendice 6. Disparités entre postes budgétisés et listes déclaratives

Appendice 7. Clés de répartition utilisées dans les structures sanitaires visitées

Appendice 8. Montant de la prime locale dans les structures de santé visitées (USD)

Appendice 9. Grilles barémiques de la prime de risque du secteur de la santé

Appendice 10. Pratiques illicites

Acronymes et abbréviations

AG	Administrateur gestionnaire
AKR	Assistant en kiné-réadaptation
AP	Assistant en pharmacie
AS	Aire de santé
AS	Annuaire statistiques
ASSP	Accès au soins de santé primaires
BCZS	Bureau central de zone de sante
BDOM	Bureau diocésain d'œuvres médicales
CODI	Comité directeur
CS	Centre de santé
CSR	Centre de santé de référence
CSU	Couverture de santé universelle
CUOM	Comité urbain ordre des médecins
D1	Direction une (DSGRHS)
D6	Direction 6 Formation Continue
DEP	Direction d'études et de planification
DPS	Division provinciale de la santé
DSGRHS	Direction des services généraux et ressources humaines
EPST	Enseignement primaire, secondaire et technique
GIBS	Groupe inter-bailleurs santé
GRH	Gestion des ressources humaines
HGR	Hôpital général de référence
IG	Inspection générale de la santé
IEM	Institut d'enseignement médical
IMA	<i>IMA World Health</i>
IPS	Inspection provinciale de santé
IS	Infirmier superviseur
ISTM	Institut supérieur

IT	Infirmier titulaire
ITA	Infirmier titulaire adjoint
ITM	Institut technique médical
JICA	<i>Japan International Cooperation Agency</i>
MCZ	Médecin chef de zone
MCS	Médecin Chef de Staff
MD	Médecin directeur
MSP	Ministère de la santé publique, hygiène et prévention
NP	Non payé
NU	Nouvelle unité
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNDRHS	Plan national de développement des RHS
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PS	Poste de santé
RH	Ressources humaines
RHS	Ressources humaines en santé
SG	Secrétaire général
SNIS	Système national d'information sanitaire
SOLSICO	Solidarité syndicale infirmiers du Congo
SRSS	Stratégie de renforcement du système de santé
SYMECO	Syndicat des médecins de la RDC
SYNASAFCO	Syndicat national des sage-femmes au Congo
T1, 2, 3, 4	Trimestre 1, 2, 3, 4
TA	Technicien d'assainissement
TLM	Technicien de laboratoire médical
TO	Travailleur ordinaire
TSBD	Technicien en soins bucco-dentaires
TSCO	Technicien desanté communautaire
UNIIC	Union nationale des infirmiers et infirmières du Congo
UNIKIN	Université de Kinshasa

UNIKIS	Université de Kisangani
UNILU	Université de Lubumbashi
UNIMBA	Université de Mbandaka
ZS	Zone de santé
WISN	<i>Workload indicators of staffing need</i>

Note préliminaire

Les données utilisées dans ce rapport viennent des listes déclaratives des 26 DPS et celles collectées dans les structures de santé (2023). Les analyses sont tributaires de leur qualité variable et sujette à caution. L'objectif reste néanmoins à faire ressortir les grands défis auxquels la gestion des RHS est confrontée et d'entrevoir la forêt à travers les arbres.

A ce stade, le rapport ne peut aborder ni la question de la qualité des RH ni faire une estimation réaliste et documentée des besoins en personnel de santé (médecins, infirmiers, sage-femmes). L'absence d'une gestion des RHS ne le permet pas. Il ressort des constats que celle-ci constitue une condition *sine qua non* pour une gestion efficace du système de santé tout court. Cela inclut les questions pertinentes du *budget-programme*, de l'*autonomie de gestion* et des *subventions de fonctionnement* accordées aux structures de santé, d'une revisitation du modèle ASSP avec l'introduction d'*agents de santé communautaire* pour un meilleur accès aux soins surtout en milieu rural, etc. Une gestion sécurisée et fiable des RH en est un préalable critique.

Petit lexique administratif

Agent actif = personnel en activité (en théorie, présent au travail et prestant ses heures de service)

Agent détaché = personnel en détachement (autorisé à occuper un emploi/mandat ailleurs et cesse d'être à charge de son administration d'origine)

Agent matriculé = personnel ayant un numéro matricule de la Fonction publique

Agent mécanisé = agent matriculé

Agent mécanisé payé/non payé = agent matriculé recevant (ou pas) un salaire ou prime de risque

(Il prévaut une certaine confusion autour du terme *mécanisé*. Pour certains, cela veut dire matriculé (possédant un numéro matricule) ; pour d'autres cela signifie un agent payé)

Agent mis en disponibilité = agent autorisé à faire des études ou stage de perfectionnement au pays ou à l'étranger (il reçoit la moitié de son traitement)

Alignement = budgétisation d'un poste (ajout du nom d'un agent non payé à une liste de postes à rémunérer et budgétiser - terme syndical)

Commission d'affectation = lettre qui officialise la prise de poste par un agent (elle est individuelle ou collective)

Déserteur = agent qui abandonne son poste de travail (et démis d'office de ses fonctions)

Mécanisation = attribuer un numéro matricule à un agent (qui donne droit à la rémunération)

Nouvelle unité (N.U.) = agent en attente d'un numéro matricule (il peut recevoir la prime de risque mais - en principe - pas le salaire de base)

Prime de risque professionnel = complément pécuniaire au traitement destiné à rétribuer l'agent pour des risques encourus dans l'exercice de ses fonctions

Régularisation = acte juridique qui corrige un vice administratif (mécanisation, alignement, etc.)

Salaire de base = traitement mensuel (taxable)

Résumé analytique

I. Introduction

L'analyse d'économie politique (AEP) explore le paysage institutionnel, politique et culturel où des changements sont envisagés. Elle cherche à comprendre les dynamiques du pouvoir qui opèrent pour ou contre le *statu quo*. Celles-ci sont visibles et moins visibles. En RDC - par rapport à la gestion des ressources humaines en santé (RHS) - elles se résument à une **administration autoritaire**, une gestion du haut vers le bas (*injonctions*) où tout désaccord équivaut *insubordination* (visible) et une culture de **clientélisme au sens large** (moins visible) qui favorise proches, tribu, alliés politiques et électeurs potentiels dans un environnement où les chances d'avancement social sont limitées. Cela inclut les nombreux exclus qui ont internalisé le *statu quo* - majoritairement silencieux - face au pouvoir dominant.

Le retour à la normalité. A première vue, les défis apparaissent complexes et sans fin. En réalité, ce sont des conséquences de peu de causes. Un retour à la simple application de la Loi et la mise en place d'une gestion responsable des RH pourrait mettre fin à de nombreuses anomalies. *Il faut revenir vers la Loi parce que nous avons tourné le dos à la Loi* (Jean-Pierre Lihau, Ministre de la Fonction publique, 2021)

II. La gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé

Listes déclaratives et iniquités

Le fichier actuel des RH (2023) est une simple compilation de listes. Il est composé de *listes déclaratives* (26 DPS) que les structures sanitaires actualisent et envoient trimestriellement aux BCZS qui - à leur tour - les transmettent aux DPS. Le niveau central les consolide en un seul fichier. Les listes déclaratives sont des *déclarations* sur les effectifs. Leur format n'intègre pas les normes édictées par le MSP. Les normes ce sont la *structure organique* et les *postes autorisés* dans les HGR, CSR, CS et PS ou des bureaux administratifs (BCZS, DPS, IPS). Sans normes, le fichier reste muet sur la pléthore ou les sous-effectifs et rend impossible la gestion informée des flux (entrées et sorties) en RH. Le logiciel iHRIS (introduit par IMA et JICA) adopte elle aussi une approche *statistique* (comptable) plutôt que *gestionnaire*.

Les listes déclaratives constituent toutefois le point de départ pour une gestion structurelle des RH. A ce jour, elles sont le *seul fichier disponible* sur le personnel de santé et l'unique porte d'entrée. Le format actuel est d'une utilité limitée. Il permet

- d'établir *des grandeurs statistiques*. Il renseigne sur la taille des RH (estimée à plus de 250,000 effectifs en 2023) et l'ampleur des défis budgétaires - par rapport à leur *budgetisation* et *rémunération*. Près de 40% des

agents seraient des nouvelles unités (N.U.). Un nombre impressionnant d'agents mécanisés (77% en moyenne) n'a pas de salaire et seul 65% toucherait la prime de risque (2023).

- d'entrevoir ***l'ampleur de la pléthore*** - une fois confronté avec les normes. La pléthore touche surtout les grands hôpitaux urbains où les effectifs peuvent dépasser jusqu'à 1000% du plafond autorisé. La situation est plus critique dans les structures étatiques où les affectations sont récurrentes et contraignantes. Dans le réseau confessionnel (public), des conventions signées avec l'Etat donnent un pouvoir d'opposition à une affectation non fondée.

En l'absence d'une gestion planifiée des RH, les iniquités sont nombreuses. Celles-ci sont :

- **Le processus de la mécanisation** (attribution d'un numéro matricule et budgétisation).
 - ***L'administration*** est favorisée par rapport aux structures sanitaires (p.ex. dans la province de la Tshopo, près de 100% du personnel est mécanisé dans les DPS, IPS et BCZ - contre 75% ailleurs). Le nombre de N.U. est plus élevé à la périphérie.
 - ***Les structures sanitaires.*** Le personnel dans les HGR qui touche salaire et/ou prime de risque est plus élevé que dans les CSR, CS et PS.
 - ***Les catégories professionnelles.*** Le nombre de médecins rémunérés apparaît plus élevé que chez les infirmiers.
- **Les écarts entre salaires**
 - ***La cohabitation*** entre agents payés (P) et non payés (NP) au sein de la même structure (et qui font le même travail) - situation ressentie comme particulièrement injuste.
 - ***L'octroi de la prime locale*** à tout le personnel indistinctement (P ou NP) - aggravant discrimination et démotivation (Dans le même CS un infirmier mécanisé reçoit salaire, prime de risque et prime locale, tandis que son collègue N.U. ne touche que la prime locale).
 - ***Les écarts*** parfois substantiels entre primes locales. Ces écarts sont liés aux recettes, effectifs ou type de gestion.

La plupart des iniquités sont le résultat de l'absence d'un fichier qui permet de gérer les flux.

Conditions préalables à mettre en place

Plusieurs préalables sont requis pour asseoir une véritable gestion des RHS. Elles sont critiques pour évaluer et estimer les besoins réels en RH :

- ***Etablir les normes en RH.*** L'établissement des structures organiques est une priorité absolue. Sans elles, la gestion des RH demeure illusoire. Les normes (*postes autorisés* et *organigrammes*) sont édictées par le MSP. Elles sont standardisées et contraignantes.
- ***Procéder à un contrôle physique du personnel en place.*** Une gestion efficace des RH requiert une approche *tabula rasa* pour rétablir une liste initiale fiable. Toute mise en place d'un système structurel des RH est précédée par un contrôle physique rigoureux des agents *en activité* (dont les noms sont sur les listes déclaratives). Ce contrôle établit la vérité administrative. Un contrôle impartial nécessiterait une structure indépendante qui imposera la stricte application des critères pré-établis.
- ***Actualiser la couverture sanitaire.*** La carte/couverture sanitaire définit le nombre de structures sanitaires à prévoir dans les ZS et, par ricochet, les besoins en RH. Dans un souci d'amélioration de la couverture, le MSP compte augmenter les ZS de 519 à environ 600. Il est fondamental que le MSP gère les ZS par rapport à leur raison d'être *première* - c'est-à-dire, l'accès géographique aux soins pour tous. Une nouvelle carte sanitaire comptabilise l'existant et prévoit les besoins futurs en RH.
- ***Faire des projections démographiques par ZS.*** La démographie augmente la charge de travail (WISN) et la tension sur la capacité d'accueil des structures existantes. La croissance démographique n'est pas synonyme de multiplication des structures de santé ou des ZS. Cette logique soutient le principe que l'on priorise l'extension des services dans les structures existantes au lieu d'en créer des nouvelles.

Le recrutement ('commissions d'affectation')

Depuis des décennies la Loi en matière de recrutement n'est plus appliquée. Les dispositions légales sont le *poste vacant budgétisé*, le *respect du cadre organique*, le *concours* et l'attribution d'un *numéro matricule*. Ce dispositif a été remplacé par un système de *branchement* ('être connecté') et de *favoritisme*. En l'absence d'un plan de recrutement - généré par un fichier normatif - l'Etat procède lui-même à des recrutements non conformes à la Loi. Au fil du temps, il s'est installé un système informel où la démarche individuelle auprès d'un détenteur de pouvoir est devenue la norme. Le recrutement et mise en service (appelé *commission d'affectation*) a un caractère obligatoire et ne peut être contesté par les structures sanitaires.

Le non-respect des normes déstabilise le système de soins. La pléthore oblige les structures de santé à gérer tant bien que mal la charge de travail de leur personnel. La question est surtout critique pour les médecins. En surnombre, ils prestent par rotation. Il est estimé que seuls 60% des médecins déclarés (actifs) travaillent - *dont un quart à temps plein*. L'arrivée de nouveaux médecins est un facteur tout aussi déstabilisant. Sans concours, il y a risque aggravé d'incompétence professionnelle. La plupart des hôpitaux ont mis en place des dispositifs pour l'éviter. Les nouveaux sont encadrés par des chefs de service. Dans les HGR ils font le tour des départements afin d'évaluer leur capacité et de mieux décider sur leur poste de travail (*pour éviter la bêtise*).

La rémunération

Depuis des décennies, les structures sanitaires opèrent de façon autonome. En l'absence de subventions publiques pour leur fonctionnement, elles s'autofinancent. Les *ressources propres* sont réparties (*clé de répartition*) pour assurer un minimum de soins. La répartition n'est pas uniforme. En théorie réglementée, elle relève de la politique de la structure. La part réservée à la **prime locale** est estimée à 65% en moyenne. Pour la majorité du personnel la prime locale demeure seule source de revenu.

Une commission d'affectation ne veut pas dire rémunération assurée. Le seul fait d'avoir son nom sur la liste déclarative ne conduit pas à une *régularisation* (budgétisation) mécanique. En l'absence d'une gestion structurelle des RH, un mécanisme *ad hoc* traite de la question salariale. Il a pris le format de négociations périodiques entre banc gouvernemental et syndical - appelé *Travaux de la commission interministérielle*. Les noms retenus pour la régularisation sont issus de listes établies par les syndicats. Selon les syndicats, la sélection utilise des critères d'équité mais le processus n'est pas à l'abri d'irrégularités. Le rôle des syndicats dans la régularisation est sujet à questionnement. La budgétisation des agents NP est du ressort du gouvernement. Elle ne devrait pas faire l'objet de 'négociations' qui amplifient l'arbitraire et l'injustice. Seule une gestion planifiée - dont le but est d'assurer la maîtrise des flux et le traitement équitable des dossiers - pourra y mettre fin.

En santé, le personnel touche salaire de base et prime de risque. Le premier relève de la Fonction publique; le deuxième est négocié entre Ministères de la Santé et du Budget. La **prime de risque** compense les dangers que le staff médical encourt quand il soigne les malades. La modicité du salaire de base et la possibilité de gagner plus à travers la prime (son montant est plus facilement négociable) fait d'elle la voie la plus attrayante. Aujourd'hui (par solidarité) la prime est applicable à tout personnel de santé, y compris les administratifs. Selon la Loi, son taux doit respecter le *principe d'égalité*. En réalité, elle est en moyenne 3x plus élevée chez les médecins (USD650) que chez les infirmiers (USD200). Cette réalité légitime la démarche syndicale qui veut harmoniser les écarts illégaux entre primes de risque.

Le salaire de base demeure bas. En moyenne, un médecin (tous grades confondus) touche USD130, un infirmier USD100-115. La marge de manœuvre pour augmenter le traitement de base est très réduite car elle

s'appliquerait à toute la Fonction publique et ferait exploser l'enveloppe salariale. Les syndicats réfléchissent à un *statut spécifique* pour la santé (à l'instar de celui de l'ESU) ce qui permettrait de négocier directement avec le Ministère du Budget sans passer par la Fonction publique.

Le coût caché du salaire bas sur le patient reste à mieux documenter. Des pratiques illicites se sont enracinées dans le monde médical, surtout en milieu urbain et dans les HGR (le médecin qui facture des honoraires non-déclarés, la sage-femme demandant un 'cadeau' pour un accouchement, etc.). Il n'est pas établi qu'elles ont un lien direct avec une rémunération faible. Des pratiques similaires existent dans tous les services de l'Etat et peuvent relever d'un abus de pouvoir.

La formation initiale

Une base de données fonctionnelle gère le flux du personnel en amont et en aval. Elle permet d'évaluer les besoins annuels, voire pluriannuels. La question de la formation initiale est essentielle pour arrêter la production non pertinente (*surproduction* ou *mauvaise production*) et le sousemploi qui en découle.

Le dialogue entre le MSP et l'ESU pour une production pertinente est délicat. Pour l'instant, ce dialogue technique pourrait requérir l'intervention du Chef de l'Etat et/ou du Premier ministre et devrait adopter *en amont* le principe du *MSP demandeur des postes* que l'ESU est censé livrer.

La structure organique au cœur du système

Le poste autorisé comme élément structurant. L'introduction et l'application du *poste autorisé* combinée à une *gestion informatisée* et *mécanique* mettrait fin à grand nombre d'anomalies. Un programme informatique assure la conformité entre structure organique et postes autorisés. Toute tentative de dépassement est rejeté d'office. Le système fait respecter les normes édictées par le ministère. Il en est en quelque sorte le garant technique et veille à leur application.

Une fois sécurisé, le programme informatique requiert une gestion désintéressée. L'accès au programme peut être sécurisé (code d'accès, structure organique verrouillée, équipe autorisée restreinte) mais demeure fragile. La question a été abordée lors des entretiens (SG, IGS, DPS, IPS, BCZS, MD et IT). Tous affirment que - dans le contexte congolais - seule *une gestion déléguée* pourra faire face à la pression constante (politique, tribale, familiale, intéressée, etc.). Celle-ci est omniprésente et rien ne l'empêche d'aboutir. La délégation d'un service public est autorisée par la Loi. Elle est un choix conscient et *stratégique* pour un retour obligé à la normalité.

La gestion de la pléthore s'annonce comme un défi majeur. L'application des normes mettra à nue l'ampleur des sureffectifs. Il est anticipé qu'une partie sera absorbée *de facto* par les contrôles physiques (agents fictifs, déserteurs, sans documents, etc.). Il restera la pléthore *en règle* à gérer. Les solutions sont limitées et ne pourront du jour au lendemain corriger des années d'irrégularités. Trois pistes apparaissent faisables (et inévitables): le *redéploiement*, la *reconversion* et la *mise à la retraite (sans remplacement)*.

Le *redéploiement* est un transfert. En pratique, il peut se heurter à des refus. La majorité des transferts se fera en zone rurale avec des conditions de vie peu attrayantes. Le redéploiement devra être soutenu par un *plan d'attractivité* qui assure des conditions de vie acceptables.

Nécessité de fédérer les groupes de pression derrière le modèle

La transition vers un fichier sécurisé rencontrera des résistances. Seul les *alliances stratégiques* pourront conduire au changement. Le rôle des alliances sera de porter le modèle et de convaincre le pouvoir politique du bien-fondé, bienfaits et retombées politiques. Plusieurs groupes de pression ont été identifiés (*administration centrale* (SG,IGS, DEP), *syndicats*, *confessionnels* et *bailleurs*). Beaucoup dépendra de leur poids, démarche jointe et volonté pour porter le message.

III. Recommandations (voir rapport)

I. Introduction

1. La logique sous-jacente de l'analyse d'économie politique

L'analyse d'économie politique (AEP) explore le paysage institutionnel, politique et culturel où des changements sont envisagés. Elle cherche à comprendre les dynamiques du pouvoir qui opèrent pour ou contre le *statu quo* - surtout celles qui freinent le développement équitable. L'AEP porte en elle le risque d'analyse factuelle qui se limite aux seuls constats. Ce risque est d'autant plus réel quand la réalité apparaît complexe et tout changement - aussi minime soit-elle - est perçu comme illusoire, voire utopique. Quel que soit les conditions, l'objectif premier de l'AEP demeure - forte d'une opinion plus informée et éclairée - de faire asseoir (dans un système *cadencé*) une avancée durable de la condition humaine.

Les dynamiques du pouvoir sont multifformes. Ells sont à la fois visibles et moins visibles.

En RDC - par rapport à la gestion des ressources humaines en santé (RHS) - elles se résument à une *administration autoritaire*, caractérisée par une gestion à sens unique, du haut vers le bas (*injonctions*) où tout désaccord est synonyme d'*insubordination* (visible) et une culture de *clientélisme au sens large* (moins visible) qui favorise les proches, la tribu, alliés politiques et électeurs potentiels dans un environnement où les chances de l'avancement social sont limitées⁴²⁷. Les deux témoignent d'un pouvoir dominant qui cherche à exister, se maintenir et/ou se renforcer. Si l'autoritarisme permet au clientélisme de subsister, leur combinaison ouvre aussi grandement la porte à des pratiques illicites (monnayage de faveurs, enrichissement personnel, *opérations retour* ou rétrocommissions, abus de pouvoir, etc.) qui - à leur tour - amplifient et enracinent les iniquités.

L'AEP identifie les principaux cercles d'intérêts et groupes de pression. Elle analyse leur poids respectif (*opposé* ou potentiellement *favorable* au changement), les mécanismes utilisés pour y arriver et

⁴²⁷ Pour l'administration autoritaire cf. Loi 16/013 (2013) portant statut des agents de carrière des services publics de l'Etat. Art.107 - L'agent a le devoir de servir l'Etat avec fidélité, dévouement, dignité et intégrité. Il fait montre, en toute circonstance, d'un engagement sans faille envers l'Etat ; Décret-Loi 017/2002 (2002) portant code de conduite de l'agent public de l'Etat. Art. 9 para 4 - (L'agent public de l'Etat doit) éviter, dans l'exercice de ses fonctions, de faire obstruction à la mise en œuvre des politiques, des décisions ou des actions des pouvoirs publics.

leur marge de manœuvre. Cela inclut les nombreux exclus qui ont internalisé le *statu quo* - majoritairement silencieux - face au pouvoir dominant. L'analyse est documentée par des visites de terrain, des entretiens, la collecte de documents administratifs, le décorticage statistique, etc. qui montrent l'ampleur et profondeur des défis.

2. L'impératif de la normalité

L'Etat a signé un contrat avec ses employés. Estimés à plus de 250,000 effectifs (2023) (Tableau 1), la rémunération du personnel de santé occupe une part considérable du budget du MSP (en 2014-23, 82% en moyenne) et représente 10% de l'enveloppe salariale de l'Etat⁴²⁸. La pertinence de cette dépense se justifie par le résultat attendu, c'est-à-dire le devoir du personnel de santé (comme employés de l'Etat) d'administrer des soins et des services corrects⁴²⁹. De la part de l'Etat on attend une politique de RH en conformité avec le but de la dépense et les droits contractuels du personnel. Les constats (Chapitres 1-6) montrent que ce contrat n'est pas rempli

- **par l'Etat** (le recrutement - *pourvoir à la vacance d'un emploi* (Art.4), le concours (Art.6), le numéro matricule (Art.10) ; les normes - *vacance d'un emploi repris dans le cadre organique d'un service* (Art.4) ; le traitement - *emploi budgétairement prévu* (Art.4), *l'agent a droit à une rémunération juste et équitable* (Art. 89) ; la retraite - *l'agent est d'office mis à la retraite lorsqu' il a atteint l'âge de 65 ans ou a effectué une carrière de 35 ans* (Art.80) : **l'Etat** ne recrute pas sur concours, ne respecte pas les normes établies par le MSP, engage des N.U. (recrutées sans matricule), paie certains agents et d'autres pas, octroie des primes de risque non équitables, ne mets pas l'agent à la retraite au moment venu, etc.
- **par le personnel** (l'abandon de poste - *est démis d'office de ses fonctions l'agent qui abandonne son poste de travail* (Art.78), *l'agent ne peut suspendre l'exercice de ses fonctions sans autorisation préalable* (Art.107) ; usage de faux documents - *est démis d'office de ses fonctions l'agent dont la nomination n'est pas régulière* (Art.78); *est considéré comme ayant abandonné son poste de travail, l'agent qui ne se conforme pas à une commission d'affectation* (Art.109) : **du personnel** qui est sur la liste déclarative mais ne preste pas tout en touchant salaire ou prime, qui est parti aux études mais n'est pas revenu (et continue à toucher sa rémunération), qui est fictif et ne travaille pas, qui a de faux documents administratifs, etc.

D'un point de vue budgétaire, le non respect contractuel équivaut à une dépense inefficace et gaspillage de ressources. D'un point de vue humain, il maintient le personnel en règle dans des conditions de travail inéquitables et injustes. D'un point de vue service public, cela signifie des ressources non dépensées pour la qualité des soins et des conditions de soins souvent inhumaines.

Le retour à la normalité. A première vue, les défis apparaissent complexes et sans fin. En réalité, ce sont des conséquences de peu de causes. Un retour à la simple application des textes et la mise en place d'une

⁴²⁸ Source : Pour les effectifs : listes déclaratives de 26 provinces (2023) ; pour la rémunération (budget exécuté 2014-23 sur ressources propres)

⁴²⁹ (*L'agent*) (...), *en toute occasion, a le devoir d'accomplir personnellement et consciencieusement toutes les obligations qui, en vertu de ses fonctions, lui sont imposées par les lois et règlements.*

gestion responsable des RH pourrait mettre fin à de nombreuses anomalies. *Il faut revenir vers la loi parce que nous avons tourné le dos à la loi* (Jean-Pierre Lihau, Ministre de la Fonction publique, 2021)

II. La gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé

Constats majeurs

1. Une gestion des RHS encore embryonnaire

La base de données des RH du MSP (2023) est une compilation de listes. Elle est composée de *listes déclaratives* actualisées et transmises trimestriellement (en format uniforme) par les structures sanitaires aux BCZS qui, à leur tour, les transmettent aux DPS. Au MSP, la Direction des services généraux et ressources humaines (DSGRHS - *Direction 1*) centralise les listes de 26 DPS (provinces) et de l'administration centrale en une seule base de données. Le format utilisé est standardisé et contient les éléments suivants : *nom et postnom, sexe, matricule (ou nouvelle unité), grade, niveau d'étude, fonction, catégorie (professionnelle), profession, date de naissance, date d'engagement, arrêté d'admission, commission d'affectation, territoire, zone de santé, lieu d'affectation, salaire (de base), prime (de risque), numéro d'ordre (pour les médecins), état civil, personnes à charge, statut, téléphone et province*⁴³⁰. Certaines listes contiennent aussi l'institution où l'agent a obtenu son diplôme.

Malgré la richesse des renseignements, les listes déclaratives sont d'une utilité limitée. Au mieux, elles servent à des fins analytiques et statistiques. Elles renseignent sur la personne (identification), sa catégorie professionnelle (médecin, infirmier, sage-femme, agent administratif, etc.), son historique de recrutement et d'affectation (attestant de sa légitimité), son lieu de travail, son statut (mécanisé ou nouvelle unité), sa situation salariale (payé ou non payé) et sa carrière et retraite (dates d'engagement et de naissance). Elle permettent notamment de localiser les structures sanitaires, comptabiliser les effectifs par établissement, les agents mécanisés/non mécanisés/payés/non payés, de mesurer la densité (nombre de médecins, infirmiers et sage-femmes pour 10,000 habitants) et de produire des *Annuaires statistiques*⁴³¹. (Figures 1-2 ; Tableau 1)

Les listes déclaratives ne se réfèrent pas aux normes établies. Le MSP a codifié la *structure organique* des structures sanitaires et bureaux administratifs⁴³². Celle-ci plafonne le maximum de postes autorisés et

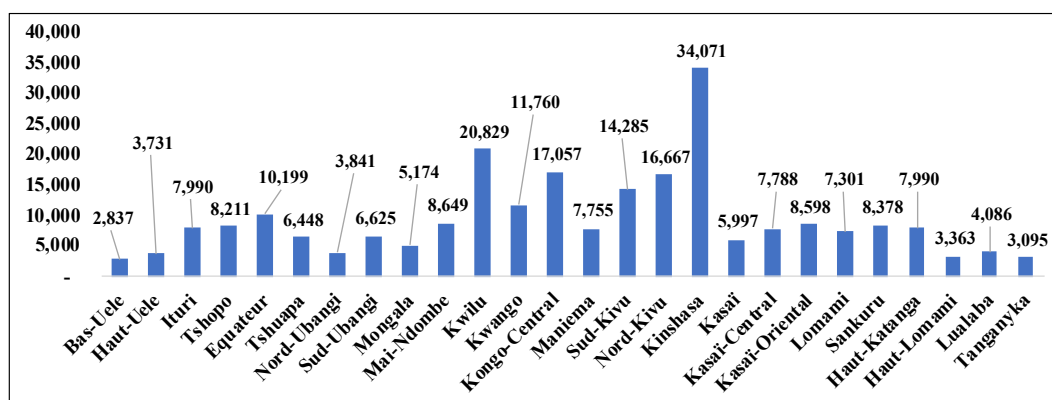
⁴³⁰ MSP (2023). *Modèle actuel de la liste déclarative* (DSGRHS)

⁴³¹ Le dernier Annuaire date de 2019 (MSP. (2019) *Annuaire statistique des ressources humaines de la santé*) ; celui de 2022 est en cours de validation. Depuis 2016, la DPS du Kongo Central publie l'*Annuaire des ressources humaines de la santé* (avec l'appui de JICA) et des *Plans provinciaux de développement des RHS* ont été imprimés (Haut-Katanga 2017-20)

⁴³² MSP/SG (2006). *Recueil des normes de la Zone de santé* ; MSP/SG (2012). *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires de la Zone de santé en RDC* ; MSP/SG (2019). *Recueil des normes de création,*

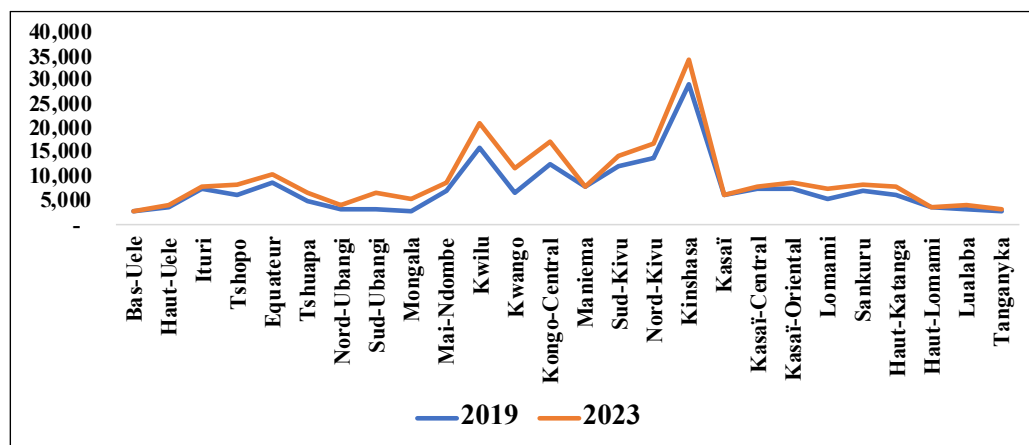
gène l'organigramme du personnel. (Appendice 2) L'établissement des normes est de la compétence (exclusive) du niveau central et, de ce fait, applicable partout⁴³³. Les normes ont un caractère contraignant et uniforme. Elles constituent le socle pour une gestion planifiée et stratégique des RH (politique équitable de recrutement, déploiement, rémunération, formation, etc.). Le format actuel des listes déclaratives ne se réfère pas à la structure organique. En l'absence de ce repère, les listes déclaratives demeurent des simples *déclarations* sur les effectifs. Sans normes, la base de données reste muette sur le nombre d'agents *pléthoriques* ou *en sous-effectifs* - ce qui rend impossible une planification et gestion informée des besoins en RH (par catégorie professionnelle, structure sanitaire et ZS).

Figure 1. Effectifs personnel de santé par province (2023)



Sources : Listes déclaratives DPS (2023)

Figure 2. Evolution des effectifs du personnel de santé (2019-2023)



Sources : Listes déclaratives DPS (2023), MSP/Annuaire statistiques (2019)

d'organisation et de fonctionnement des structures de la Zone de santé en RDC ; MSP/SG (2023) Cadre et structures organiques du SG à la Santé publique.

⁴³³ Loi-Cadre 18/035 (2018) - Art. 7. Le niveau central (...) édicte les directives, les normes ainsi que les stratégies d'intervention - directive reprise dans l'Article 7 de la Loi 23/006 (2023).

Tableau 1. Effectifs personnel de santé par province (2019-23)

Provinces	2019	2022	2023	Prop. 2023 %
<i>Bas-Uele</i>	2,449	2,350	2,837	1.1%
<i>Haut-Uele</i>	3,500	4,654	3,731	1.5%
<i>Ituri</i>	7,461	8,240	7,990	3.2%
<i>Tshopo</i>	6,112	7,481	8,211	3.3%
<i>Equateur</i>	8,720	12,319	10,199	4.1%
<i>Tshuapa</i>	4,702	3,888	6,448	2.6%
<i>Nord-Ubangi</i>	3,144	2,997	3,841	1.5%
<i>Sud-Ubangi</i>	2,951	5,859	6,625	2.6%
<i>Mongala</i>	2,777	4,812	5,174	2.1%
<i>Mai-Ndombe</i>	7,088	10,035	8,649	3.4%
<i>Kwilu</i>	15,996	21,177	20,829	8.3%
<i>Kwango</i>	6,577	12,678	11,760	4.7%
<i>Kongo-Central</i>	12,674	16,078	17,057	6.8%
<i>Maniema</i>	7,857	11,431	7,755	3.1%
<i>Sud-Kivu</i>	12,147	12,808	14,285	5.7%
<i>Nord-Kivu</i>	13,980	18,045	16,667	6.6%
<i>Kinshasa</i>	29,335	42,191	34,071	13.6%
<i>Kasaï</i>	5,989	5,451	5,997	2.4%
<i>Kasaï-Central</i>	7,288	7,319	7,788	3.1%
<i>Kasaï-Oriental</i>	7,422	8,222	8,598	3.4%
<i>Lomami</i>	5,192	5,683	7,301	2.9%
<i>Sankuru</i>	6,806	9,869	8,378	3.3%
<i>Haut-Katanga</i>	6,057	6,153	7,990	3.2%
<i>Haut-Lomami</i>	3,320	3,452	3,363	1.3%
<i>Lualaba</i>	3,214	3,696	4,086	1.6%
<i>Tanganyika</i>	2,654	2,915	3,095	1.2%
<i>Adm centrale</i>	4,744	6,606	8,334	3.3%
Totaux	200,156	256,409	251,059	

Source: Listes déclaratives DPS/Ihris (2023); MSP/AS 2022 (draft)

2. Le développement structurel des RHS est une priorité stratégique

Pour le MSP le développement des RH constitue une priorité stratégique. Depuis 1999, la question des RH est une priorité majeure⁴³⁴. Cette axe stratégique est reprise dans les *Plans nationaux de développement sanitaire* (PNDS) successifs⁴³⁵. (Encadré 1) Depuis 2011, des pas encourageants vers une gestion structurelle des RHS ont été pris⁴³⁶. Cela inclut l'élaboration des *Plans nationaux de développement des RHS* (PNDRHS) et la publication des *Annuaire statistiques* (2019, 2022)⁴³⁷. Toutefois - et en dépit d'un diagnostic sévère (essentiellement, *recrutement/affectation non basés sur les besoins, répartition inéquitable entre milieux urbains et ruraux ou/et entre provinces, faible motivation et fidélisation du personnel de santé* - PNDRHS 2019-22) et les stratégies retenues (surtout *la rationalisation du personnel par rapport aux normes en RHS* - PNDS) - le MSP n'arrive pas à mettre en place une réelle gestion des

⁴³⁴ Les Etats généraux de la santé (1999) ont produit le *Plan directeur de développement sanitaire* (1999-2008) et la *Stratégie de renforcement du système de santé*. (2006). *La gestion des RH doit en effet, en plus de l'aspect administratif simple de la planification opérationnelle des RH, évoluer vers une approche beaucoup plus stratégique* (p.37). Cette stratégie est à la base des listes déclaratives (*disposer d'une information fiable sur le personnel en fonction: effectif, localisation, qualification, capacité (skill), sexe, etc. Cette information doit être collectée de bas en haut c'est-à-dire du niveau opérationnel au niveau central. Il est souhaitable que l'information soit consolidée au niveau hiérarchique immédiatement au-dessus*)

⁴³⁵ MSP/Plan national de développement sanitaire (2011-15) ; MSP/Plan national de développement sanitaire (2016-20) ; MSP/Plan national de développement sanitaire recadré (2019-22)

⁴³⁶ Mise en place de l'*Observatoire national des RHS en RDC* (ONRHSC) - avec l'appui de JICA et IMA/ASSP - qui aujourd'hui centralise les listes déclaratives et l'introduction du logiciel iHRIS par IMA.

⁴³⁷ MSP/Plan national de développement des RHS (2011-15) ; MSP/Plan national de développement des RHS (2019-22).

RH. La question de fond de l’ancrage des effectifs (listes déclaratives) dans la structure organique (normes) demeure une recommandation ‘théorique’ (PNDS II et III) sans y être traitée ou explicitée techniquement (Encadré 1).

De la même façon, l’appui technique à la Direction des RH (D1) par IMA/UKaid et JICA se limite largement à un exercice statistique. Depuis 2016, IMA a introduit le logiciel iHRIS (système d’information pour la gestion des RHS conçu par l’OMS) - à ce jour ‘opérationnel’ en 15 provinces⁴³⁸. JICA a pris une initiative similaire (logiciel USIMAMIZI, 2021) au Kongo-Central qui s’aligne aujourd’hui sur iHRIS. Au-delà de la constitution d’une base de données des RHS actualisée et épurée, IMA procède aussi à l’identification physique et administrative des agents repris sur les listes déclaratives⁴³⁹. Les deux initiatives ont conduit à la publication d’*Annuaire statistiques des RHS* (IMA RDC 2019, JICA Kongo-Central 2022) et la formation de *data managers* dans les ZS retenues. Si ces initiatives ont pu démontrer la complexité de la question des RHS (effectifs pléthoriques, distribution inégale, agents fictifs, injustices salariales, listes déclaratives à qualité variable, capacité limitée de saisie et/ou de transmission des données, etc.) - elles ont aussi adopté une approche *statistique* plutôt que *gestionnaire*. Par ailleurs, la formule *maîtrise des effectifs* (PNDS III, p.50) préconisée par le MPS reste sujette à interprétation et ne traduit pas de façon inéquivoque le passage à une véritable *gestion* (à la place d’une *comptabilité*) des flux du personnel.

Encadré 1. Politiques envisagées pour le développement structurel des RHS

SRSS (2006) (p.37)

La gestion des RH doit en effet, en plus de l’aspect administratif simple de la planification opérationnelle des RH, évoluer vers une approche beaucoup plus stratégique. Et, parmi les actions à entreprendre, il devrait être envisagé :

- de développer des liens plus rapprochés avec les autres ministères tel que le ministère de l’ESU (**coordination entre la production des RHS et l’utilisation**), de la Fonction publique, du Budget, des Finances, etc.
- d’engager des négociations avec les ordres et associations professionnels au regard de la qualité de moins à moins bonne de **la formation**
- **une redéfinition des rôles sur la gestion des RH** entre les différents niveaux du système de santé dans la perspective de la décentralisation consignée dans la constitution
- de **disposer d’une information fiable sur le personnel en fonction**: effectif, localisation, qualification, capacité (skill), sexe, etc. Cette information doit être collectée de bas en haut c’est-à-dire du niveau opérationnel au niveau central. Il est souhaitable que l’information soit consolidée au niveau hiérarchique immédiatement au-dessus
- de formuler **un plan d’urgence pour les RHS** permettant de cadrer des approches à développer au cours des prochaines années, pour affronter de façon durable la crise des RHS dans le pays.

⁴³⁸ Pilotage au Kasai, Kasai-Central, Maniema et Nord-Ubangi. Ensuite, iHRIS a été étendu à Kinshasa (l’administration centrale incluse), au Kongo-Central et au Nord-Kivu. Il est à noter que la mise en place d’iHRIS n’a pas couvert toutes les ZS dans les provinces retenues. Le degré d’opérationnalisation d’iHRIS diffère aussi d’une province à l’autre. Les provinces de Tshuapa et Haut-Katanga sont en cours d’exécution.

⁴³⁹ L’identification combine présence physique au travail et dossier administratif (arrêté d’admission et commission d’affectation). Selon IMA, cela a permis d’identifier 3,051 agents fictifs (2016).

PNDS (2011-15) (p.77)

Le MSP dispose d'un personnel compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité. Pour atteindre ce résultat, quatre programmes vont être mis en place.

- **Renforcement de la formation de base** du niveau secondaire, supérieur et universitaire
- **Utilisation efficiente et rationnelle** des RHS
- **Renforcement des capacités** des RHS en cours d'emploi
- **Amélioration des conditions sociales** et de travail pour les RHS

PNDS (2016-20) (p.67) et PNDS recadré (2019-22) (p.49-50)

- La **rationalisation** du personnel en rapport avec **l'élaboration et la vulgarisation des normes de dotation des RHS** à tous les niveaux en tenant compte de la charge de travail (approche WISN)
- Le **redéploiement équitable** des agents dans les structures et services de santé en : (i) suspendant les affectations dans les structures dites 'pléthoriques' pour n'affecter désormais les agents que dans les structures avec insuffisance des effectifs. Un **moratoire** permettra de rééquilibrer les effectifs, et (ii) relançant la mobilisation des ressources pour le paiement **des frais de mutation** de la capitale vers les provinces ou à l'intérieur des provinces mêmes
- **L'informatisation de la base des données** pour la maîtrise des effectifs des professionnels de la santé à travers le pays
- La poursuite du **processus de mise à la retraite** pour suivre le flux de sorties des personnels.
- La **mécanisation progressive des agents**, leur alignement aux différentes primes et au salaire afin d'obtenir une majoration graduelle de la rémunération des agents
- **Primes de brousse et d'éloignement** en faveur des personnels de santé œuvrant en milieux éloignés et d'accès difficiles

3. Analyse des listes déclaratives⁴⁴⁰

Les listes déclaratives constituent le point de départ pour une gestion structurelle des RH. A ce jour, elles sont la seule base de données disponible sur le personnel de santé et l'unique point d'entrée. Les listes sont de qualité variable. Elles sont actualisées trimestriellement (T1, T2, T3 et T4) et encodées par des *data managers* dans les BCZS. La saisie est irrégulière et la transmission aux DPS (et le niveau central) souvent retardée. La raison principale évoquée est l'accès à l'internet. Les BCZS n'ont pas de dotations publiques. Pour se connecter (*acheter des mégas et du carburant pour le groupe électrogène*), ils recourent aux contributions des structures de santé (Appendice 4).

Les listes déclaratives permettent d'établir des grandeurs statistiques. Elles renseignent sur la taille des RH (estimée à plus de 250,000 effectifs en 2023) et l'ampleur des défis par rapport à leur budgétisation et rémunération. Il est estimé que près de 40% des agents ne sont pas matriculés (2023) (Figure 3 ; Tableau 2). Un nombre impressionnant de personnel mécanisé (77% en moyenne) n'a pas de salaire. Seul 65% toucherait la prime de risque (2023). (Tableau 4) Si ces chiffres demeurent des estimations - car tributaires de la qualité de la collecte et de la saisie des données - ils témoignent toutefois des défis financiers importants et des grandes disparités (et iniquités) dans les processus d'*alignement* (à la prime de risque) et de *régularisation* (mécanisation et salaire de base).

⁴⁴⁰ Ce chapitre se base sur l'analyse des listes déclaratives des 26 DPS plus celles collectées auprès des BCZS et structures de santé lors des visites de terrain (2023). Les analyses sont non exhaustives et ont un objectif illustratif.

Figure 3. Nombre d'agents matriculés et N.U. (%)

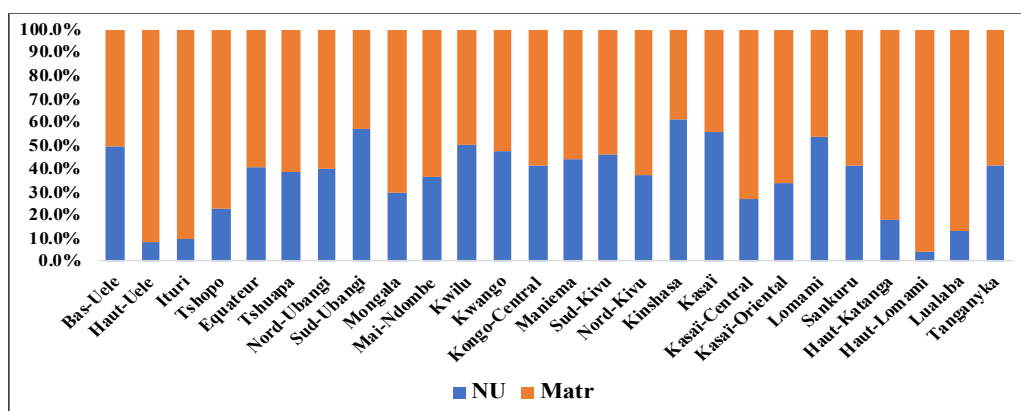


Tableau 2. Nombre d'agents N.U., matriculés et NP (salaire et prime de risque) (%)

			Nouvelles unités			Matriculés		
Provinces	NU	Matr	Provinces	Sal NP	Prime NP	Sal NP	Prime NP	Source
Bas-Uele	49.2%	50.8%	Bas-Uele	99.7%	50.5%	88.5%	7.3%	T4 2023
Haut-Uele	8.3%	91.7%	Haut-Uele	99.7%	72.7%	82.1%	66.1%	T4 2023
Ituri	9.9%	90.1%	Ituri	90.0%	30.3%	46.8%	18.1%	T4 2023
Tshopo	22.4%	77.6%	Tshopo	98.2%	85.1%	90.1%	45.5%	2022
Equateur	40.8%	59.2%	Equateur	100.0%	88.0%	76.7%	47.9%	T2 2023
Tshuapa	38.4%	61.6%	Tshuapa	Fichier mal rempli - calculs impossibles				T2 2023
Nord-Ubangi	39.8%	60.2%	Nord-Ubangi	99.3%	78.2%	77.0%	30.4%	Ihris 2023
Sud-Ubangi	57.1%	42.9%	Sud-Ubangi	99.9%	90.4%	80.0%	27.4%	T2 2023
Mongala	29.6%	70.4%	Mongala	98.3%	88.0%	85.9%	59.7%	T3 2023
Mai-Ndombe	36.4%	63.6%	Mai-Ndombe	99.9%	87.0%	79.7%	42.5%	T4 2022
Kwilu	50.0%	50.0%	Kwilu	85.0%	75.4%	72.6%	54.1%	T1 2023
Kwango	47.2%	52.8%	Kwango	98.9%	96.8%	76.0%	64.4%	T1 2023
Kongo-Central	41.3%	58.7%	Kongo-Central	77.8%	71.9%	61.1%	37.0%	T3 2023
Maniema	43.8%	56.2%	Maniema	98.9%	86.4%	91.4%	41.2%	T1 2023
Sud-Kivu	45.9%	54.1%	Sud-Kivu	99.5%	85.1%	89.9%	45.6%	T1 2023
Nord-Kivu	37.1%	62.9%	Nord-Kivu	92.3%	87.9%	88.1%	54.5%	(na)
Kinshasa	70.5%	51.8%	Kinshasa	97.7%	83.3%	13.4%	11.0%	T4 2023
Kasaï	55.7%	44.3%	Kasaï	99.0%	80.8%	77.7%	56.0%	Ihris 2023
Kasaï-Central	27.1%	72.9%	Kasaï-Central	97.2%	84.9%	64.7%	54.9%	Ihris 2023
Kasaï-Oriental	33.7%	66.3%	Kasaï-Oriental	99.4%	80.0%	79.6%	54.4%	T2 2023
Lomami	53.4%	46.6%	Lomami	89.6%	68.3%	84.1%	59.8%	T1 2023
Sankuru	41.5%	58.5%	Sankuru	93.4%	82.9%	80.6%	50.5%	T1 2023
Haut-Katanga	17.6%	82.4%	Haut-Katanga	100.0%	96.4%	87.6%	38.7%	T3 2023
Haut-Lomami	4.0%	96.0%	Haut-Lomami	100.0%	48.9%	91.1%	41.5%	T4 2023
Lualaba	12.9%	87.1%	Lualaba	100.6%	94.7%	97.7%	70.9%	T3 2023
Tanganyika	41.2%	58.8%	Tanganyika	99.1%	82.2%	48.0%	18.1%	T2 2023
Adm centrale	43.1%	56.9%	Adm centrale	52.7%	35.5%	95.1%	63.5%	Ihris 2023
Moyenne	38%	62%	Moyenne	94.9%	77.4%	77.3%	44.7%	

Note: En jaune, des anomalies car, en théorie, une N.U. ne peut recevoir un salaire.

Confrontées aux normes, les listes déclaratives font apparaître l'ampleur de la pléthore. Le phénomène du sureffectif touche surtout les hôpitaux (HGR, CH) en zones urbaines et dans une moindre mesure les CS. (Tableau 3 ; Figure 4) Les effectifs peuvent y dépasser jusqu'à 1000% du plafond autorisé. (Tableau 3) La situation est particulièrement préoccupante dans les structures étatiques qui font face aux affectations récurrentes et contraignantes. Ceci n'est pas le cas pour le réseau confessionnel (public) qui opère en grande autonomie. La signature des conventions avec le MSP (*cession en gestion*) leur donne le pouvoir de s'opposer à une affectation non fondée⁴⁴¹. Le résultat est sans appel. Le réseau confessionnel (HGR et CSR) emploie un personnel (moyennes effectifs, médecins, infirmiers et administratifs) de loin inférieur à celui des établissements de l'Etat. (Figures 5 et 6) Le *Bureau diocésain des Œuvres Médicales* (BDOM) Kinshasa emploie pour son réseau (2 HGR, 14 CH et 54 CS) au total 69 Médecins, 715 infirmiers et 388 administratifs - ce qui correspond *grosso modo* à 3 médecins, 10 infirmiers et 6 administratifs par structure en conformité avec les normes MSP⁴⁴². Les effectifs dans ses structures sanitaires sont conformes aux normes. (Tableau 4)

Tableau 3. Effectifs en place par rapport aux effectifs autorisés et lits montés

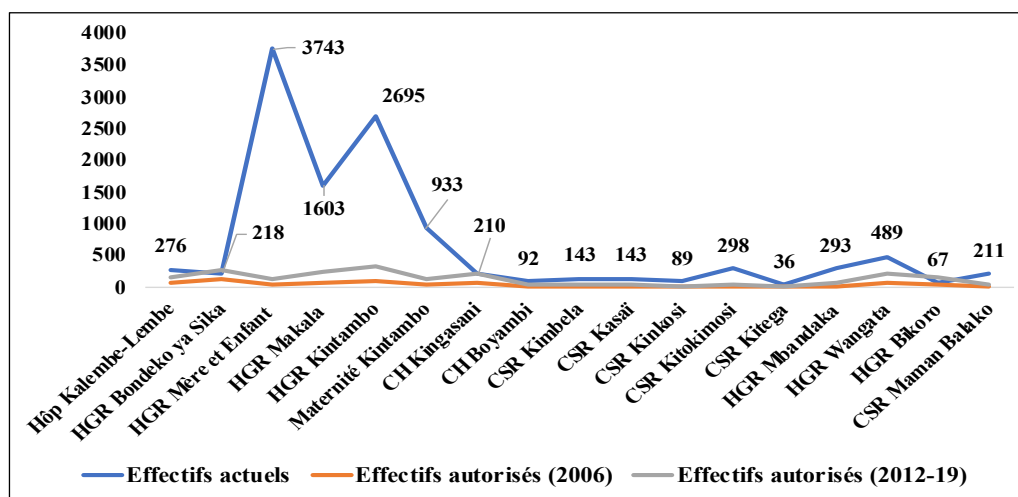
Zone de santé	Structure sanitaire	Lits montés	Effectifs actuels	Effectifs autorisés (2006)	Effectifs autorisés (2012-19)	Mode de gestion
Kinshasa						
ZS Lingwala	<i>Hôpital pédiatrique Kalembe-Lembe</i>	150	276	65	145	<i>Convention avec la Croix-Rouge</i>
ZS Limete	<i>HGR Bondeko ya Sika</i>	290	218	125	281	<i>Cession en gestion BDOM</i>
ZS Kinshasa	<i>HGR Mère et Enfant de Barumbu</i>	110	3743	47	136	<i>Etat</i>
ZS Selembao	<i>HGR Makala (ex-sanatorium)</i>	200	1603	86	248	<i>Etat</i>
ZS Kintambo	<i>HGR Kintambo</i>	269	2695	116	334	<i>Etat</i>
ZS Kintambo	<i>Maternité Kintambo</i>	110	933	47	136	<i>Etat</i>
ZS Kingasani	<i>CH Kingasani</i>	167	210	72	207	<i>Cession en gestion BDOM</i>
ZS Barumbu	<i>CH Boyambi</i>	36	92	16	45	<i>Armée du Salut</i>
ZS Masina 2	<i>CSR Kimbela</i>	32	143	14	40	<i>Etat</i>
ZS Barumbu	<i>CSR Kasai</i>	28	143	12	35	<i>Etat</i>
ZS Makala	<i>CSR Kinkosi</i>	20	89	9	25	<i>Etat</i>
ZS Selembao	<i>CSR Kitokimosi</i>	30	298	13	37	<i>Etat</i>
ZS Lingwala	<i>CSR Kitega</i>	23	87	10	28	<i>CBFC (protestant)</i>
Equateur						
ZS Mbandaka	<i>HGR Mbandaka</i>	65	293	28	80	<i>Etat</i>
ZS Wangata	<i>HGR Wangata</i>	179	489	77	222	<i>Etat</i>
ZS Bikoro	<i>HGR Bikoro</i>	120	67	52	148	<i>Cession en gestion BDOM</i>
ZS Wangata	<i>CSR Maman Balako</i>	45	211	19	56	<i>Etat</i>

Source: Listes déclaratives collectées (2023) - surligné en jaune les effectifs des structures confessionnelles

⁴⁴¹ Convention cadre de partenariat portant collaboration dans le domaine de la santé entre le gouvernement de la RDC et la CENCO (2018) - Art.3 Le Gouvernement s'engage à respecter l'indépendance du partenaire. Il n'affecte pas le personnel sous statut au sein d'une formation sanitaire du Partenaire en concertation préalable avec ce dernier ou sur sa demande expresse ; Procès-verbal d'engagement de la cession en gestion de l'HGR Bikoro entre les Filles de Charité et la DPS de l'Equateur (2017) - Art.3 La DPS s'engage à respecter l'autonomie du partenaire en affectant le personnel sous statut qu'en concertation préalable avec ces derniers ou sur leur demande expresse. Le préambule de l'accord cite les normes de fonctionnement de la ZS comme document de référence ; Convention de cession de la gestion de l'Hôpital pédiatrique Kalembe-Lembe à la Croix-Rouge de la RDC (2008) - Art. 5 point 4. Le Cessionnaire, en partenariat avec la CRB-CF, recrute d'autre personnel à l'établissement cédé et le soumet à l'approbation du Cédant ; Convention de partenariat portant collaboration entre le Ministère de la Santé publique, hygiène et prévention et l'asbl Bondeko ya Sika (2022) - Art.4 Le Ministère s'engage à (...) ne pas intervenir dans l'engagement du personnel de l'hôpital ni y affecter d'agents sous statut, sauf sur demande expresse du Partenaire.

⁴⁴² BDOM (2023). Présentation du BDOM/Kin.

Figure 4. Effectifs en place par rapport aux effectifs autorisés



Figures 5 et 6. Moyennes des effectifs (Tot), médecins, infirmiers et administratifs dans les HGR et CSR publics et confessionnels (provinces de Kinshasa et de l'Equateur)

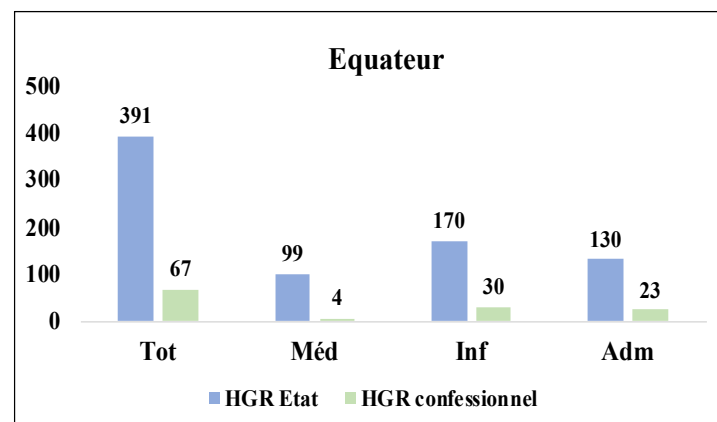
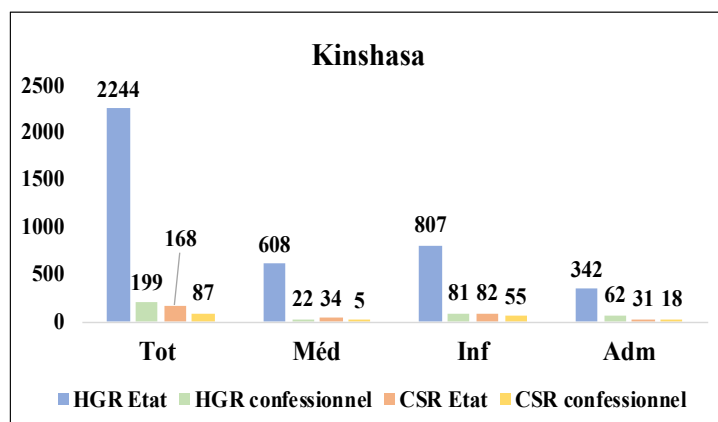


Tableau 4. Effectifs dans les structures de santé BDOM à Kinshasa

BDOM Kinshasa					
<i>CH Kinkenda</i>	30	<i>CS Révélation</i>	7	<i>CSM Binza (St Sacrement)</i>	62
<i>CH Lukunga</i>	43	<i>CS Elimo Santu</i>	7	<i>CSM Kasa-Vubu</i>	7
<i>CH Mokali</i>	27	<i>CS Boyokani</i>	5	<i>CSM St Vincent de Paul</i>	12
<i>CH Elikya</i>	25	<i>CS Libiki</i>	4	<i>CSM St Christophe</i>	18
<i>CH Kikimi</i>	45	<i>CS Kizito</i>	8	<i>CSM Père Damien</i>	6
<i>CH Liziba Lya Bomoi</i>	44	<i>CS Vitamine</i>	7	<i>CSM Mabondeli</i>	4
<i>CH Kisenso</i>	47	<i>CS Mental Telema</i>	21	<i>CSM Siloe</i>	15
<i>CH Kingasani</i>	210	<i>CS Mokengeli</i>	6	<i>CSM Bondeko</i>	32
<i>CH St Ambroise</i>	28	<i>CS Mambre</i>	14	<i>CSM Motema Mpiko</i>	9
<i>CH Ngondo Maria</i>	14	<i>CS Mawagali</i>	9	<i>CSM Lisanga</i>	31
<i>CH Lisungi</i>	53	<i>CS Mobengi</i>	8	<i>CSM Esengo</i>	26
<i>CH René de Haes</i>	27	<i>CS Ste Anne</i>	21	<i>CSM Boboto</i>	10
<i>CH Etonga</i>	32	<i>CS St Raymond</i>	5	<i>CSM St Bernard</i>	10
<i>CH Kingabwa</i>	36	<i>CS St Amand</i>	13	<i>CSM Kristu Mobikisi</i>	8
<i>Moyenne</i>	47	<i>CS Mwindi</i>	18	<i>CSM Lubudi</i>	4
<i>CSR 2è Rue</i>	14	<i>CS Lukunga</i>	7	<i>CSM St Pierre</i>	13
<i>CSR St Joseph Biyela</i>	24	<i>CS Mosala</i>	4	<i>CSM Mapela</i>	13
<i>CSR/M Libondi</i>	24	<i>CS Lunda</i>	6	<i>CSM Libota Lisantu</i>	22
<i>CSR St Clément</i>	20	<i>CS Maï Ndombe</i>	5	<i>CSM Ntombwa ya Maria</i>	6
<i>CSR St Alphonse</i>	8	<i>CS Elimo Santu</i>	8	<i>CSM Bolingo</i>	7
<i>CSR Kindele</i>	9	<i>CS Mokali</i>	5	<i>CSM Mama Mosalisi</i>	15
<i>CSR Mater Dei</i>	9	<i>Moyenne</i>	9	<i>CSM ND de Fatima</i>	8
<i>Moyenne</i>	15			<i>CSM Luzingu</i>	9
<i>Hôpital St Joseph</i>	389			<i>CSM Vedruna</i>	10
<i>Roi Baudoun 1er</i>	160			<i>CSM ND de Jardin</i>	10
<i>Moyenne</i>	275			<i>CSM ND de Bon Secours</i>	8
<i>Source: Base de données BDOM (2023)</i>				<i>Moyenne</i>	14

En l'absence d'une gestion planifiée, les iniquités sont nombreuses. A titre illustratif, la situation des régularisations (*N.U.* vs. *matriculés*) et rémunérations (*salaire et prime de risque*) dans la province de la Tshopo semble indiquer qu'en matière de *mécanisation* (attribution d'un numéro matricule) l'administration est favorisée par rapport aux structures sanitaires (près de 100% contre 75%) et que le nombre de N.U. est plus élevé à la périphérie. (Tableau 5) De la même manière, le personnel dans les HGR touchant salaire et/ou prime de risque est plus élevé que dans les structures périphériques. (Tableau 6) Ces deux exemples sont contraires à la philosophie des soins de santé primaire (SSP) pour tous où le premier contact avec le système de santé est la périphérie. L'iniquité touche également les catégories professionnelles. Par exemple - dans 4 provinces tirées au hasard - le nombre de médecins rémunérés apparaît plus élevé que chez les infirmiers. (Tableau 7) D'une façon générale, les données témoignent de disparités plus au moins significatives entre provinces, type de structures et catégories professionnelles.

Tableau 5. Nombre de N.U. et personnel matriculé (%)
(province de la Tshopo)

Structure	NU	Matr
<i>DPS Tshopo</i>	0%	100%
<i>IPS Tshopo</i>	0%	100%
<i>IPS Prov Orientale</i>	0%	100%
<i>BCZS (23)</i>	8%	92%
<i>HGR</i>	11%	89%
<i>CSR</i>	33%	67%
<i>CS</i>	27%	73%
<i>PS</i>	27%	73%

Source: *Liste déclarative DPS Tshopo (2023)*

Tableau 6. Personnel touchant salaire et prime de risque (%)

	NU Prime de risque	Matr. Sal. de base	Matr. Prime de risque
HGR	21%	16%	62%
CSR	24%	6%	57%
CS	13%	8%	46%
PS	10%	3%	42%

Source: *Liste déclarative DPS Tshopo (2023)*

Tableau 7. Médecins et infirmiers touchant salaire et prime de risque (%)

	Bas-Uele (T4 2023)	Haut-Uele (T4 2023)	Equateur (T2 2023)	Haut- Lomami (T4 2023)
Médecins				
<i>NU Prime</i>	54%	53%	33%	48%
<i>Matr. Salaire</i>	80%	14%	32%	20%
<i>Matr. Prime</i>	93%	71%	70%	88%
Infirmiers				
<i>NU Prime</i>	54%	7%	12%	48%
<i>Matr. Salaire</i>	11%	6%	36%	8%
<i>Matr. Prime</i>	97%	34%	50%	55%

Source: *Listes déclaratives DPS (2023)*

L'utilisation des listes déclaratives à des fins analytiques et statistiques fait face à des défis majeurs et jette un doute sur leur fiabilité⁴⁴³. Ces défis sont à la fois *techniques* et *institutionnelles*.

Défis d'ordre technique

- La saisie de routine sur fichier Excel semble peu précise et sans démarche assurance-qualité. Ceci rend l'exploitation des données difficile avec un risque d'erreurs élevé (par exemple, données saisies au mauvais endroit (on se trompe de colonne) - ce qui complique l'utilisation du filtre Excel; des multiples entrées non uniformes pour la même fonction, y compris des fautes d'orthographe, etc.). (Encadré 2) Ce type d'erreurs est récurrent.

Encadré 2. Entrées multiples pour la même fonction

Infirmier

IS, IT, I.T., I.T.A., ifirmier, inf, inf., inf titulaire, inf.responsable, inf soignants, inf sup, inf tr, inf traitant, inf sup PEV, inf titulaire adjoint, inferimiere, infermier, infirmière hosp., infirier, infirmier auxiliaire, infirmier consultant, inf. sup. SSP, infirmier AI, infirmier pédiatre, etc. (plus de 140 entrées)

(Source: *Liste déclarative Ituri T4 2023*)

Fille de salle

F de salle, FS, F salle, F.S, F; de salle, f.salle, F/salle, femme S, fille de salle, fille.salle, etc. (30 entrées)

(Source: *Liste déclarative Kwilu T1 2023*)

Payé ou non payé

NON, non, non payé, N, no, non primé, nonpayNé, NonPayé, SNon payé, oui, payé, primé, etc.

(Source : *Liste déclarative Sankuru T1 2023*)

- Généralement, le personnel de santé est composé de *professionnels de santé (prosanté)* - c'est-à-dire, ceux qui interviennent dans l'administration des soins - et d'*administratifs*. Cette distinction n'est pas toujours respectée par la saisie. Deux exemples pris au hasard (dans les listes déclaratives du Haut-Lomami et du Mongala) montrent que des *accoucheuses, infirmiers, laborantins* et *pharmaciens* sont classés comme administratifs. (Tableau 8)

⁴⁴³ Ce paragraphe se limite aux défis les plus récurrents et utilise des exemples pris au hasard dans les listes déclaratives.

Tableau 8. Agents ‘prosanté’ classés comme administratifs

	Haut- Lomami	Mongala
Administratifs	1,474	1,692
<i>dont</i>		
<i>Accoucheuses</i>	19	94
<i>Matrones</i>	256	129
<i>Sage-femmes</i>	29	6
<i>Aide-infirmiers</i>	124	78
<i>Infirmiers</i>	174	30
<i>Laborantin</i>	30	2
<i>Proposé à la pharmacie</i>	57	33
<i>Total</i>	689	372
	47%	22%

Source: Listes déclaratives (2023)

Défis d’ordre institutionnel

- Les listes déclaratives ne font pas référence à une nomenclature uniforme pour décrire la fonction/profession. Cette incohérence peut nuire à la fiabilité des statistiques et rendre difficile l’estimation correcte de l’existant et des besoins. Les normes RHS les plus récentes (2019) ont établi une liste de 40 agents (18 *prosanté* et 22 *administratifs*). Le nombre de ‘fonctions’ repris dans les listes déclaratives dépasse de loin la norme et utilise des terminologies différentes. (Appendice 5)

Conclusion

Les faiblesses constatées peuvent affecter et discréditer qualité et crédibilité des analyses statistiques disponibles (nombre d’agents par catégorie, densité sanitaire, etc. - *Annuaire statistiques*). Elles démontrent la nécessité de développer une base de données de qualité qui permet de planifier les flux, d’assurer le traitement équitable des dossiers et de budgétiser une enveloppe salariale issue de besoins réels.

4. Conditions préalables à une gestion efficace des RHS

Plusieurs préalables sont requis pour asseoir une véritable gestion des RHS. Celles-ci sont déterminantes pour l'évaluation et l'estimation des besoins réels. Elles sont :

1. *Etablir les normes en RH d'une façon consensuelle*
2. *Procéder à un contrôle physique du personnel en place*
3. *Actualiser la couverture sanitaire*
4. *Faire des projections démographiques par ZS*

4.1. La structure organique

L'établissement des structures organiques est une priorité absolue. Sans elles, la gestion des RH demeure illusoire. Les normes (postes autorisés et organigrammes) sont édictées par le MSP. Elles sont standardisées et contraignantes. A ce jour, plusieurs versions co-existent (2006, 2012, 2016 et 2019) sans que l'on sache laquelle est d'application. (Appendice 2) La plus récente (2019) n'aurait pas été validée à cause de la non implication de la DEP⁴⁴⁴. Les visites de terrain démontrent une méconnaissance quasi-totale des normes (70% des structures) et un déficit de communication (80% n'ont pas une copie). (Tableau 9) Le MPS a revisité le cadre organique du Secrétariat général (2023) et l'actualisation des normes est en cours avec l'appui de l'IMA (2023) (cf.3.3.)

Tableau 9. Connaissance des normes (BCZS, HGR et CS/CSR) (%)

Structure	Connaît les normes (*)	Possède une copie des normes	
BCSZ Kinshasa	40%	30%	(*) Cette connaissance est souvent théorique et peut se référer à des normes anciennes (2006) ou récentes (2019). Les résultats semblent confirmer que l'information ne descend pas aux structures sanitaires. (Note: Echantillon de 10 BCZS à Kinshasa et 3 à l'Equateur; 16 HGR/CSR et 13 CS)
BCSZ Equateur	67%	33%	
HGR	8%	8%	
CS/CSR	13%	6%	
Moyenne	32%	19%	

Source: Entretiens 2023

L'élaboration des normes en RH requiert une démarche consensuelle. Elles sont le fruit d'un travail de qualité. Cela sousentend que les normes s'alignent aux besoins réels des structures sanitaires (PS, CS, CSR, HGR) et administratives (BCZS, DPS, IPS) - combien de personnel (par catégorie, par fonction, par paquet d'activités, etc.) sont requis pour assurer la qualité des soins et services? Les visites de terrain font apparaître une frustration chez les gestionnaires (MCZ, MD, IT) sur le non-alignement des RH aux besoins. Au-delà du phénomène des effectifs pléthoriques (Chapitre 3), il existe une nostalgie pour une époque où les normes étaient plus rationnelles et pertinentes. Par exemple, à sa création, un BCZS disposait de 9 à 11 agents - ce

⁴⁴⁴ Entretien DEP (2023). La même raison est évoquée pour les normes de 2016.

qui était justifié et satisfaisant (Appendice 3). Chaque fonction correspondait à une tâche précise. Les normes actuelles d'un BCZS (35 effectifs en 2019) multiplient le nombre d'agents par fonction (4 AG au lieu de 1, 10 IS au lieu de 1, etc.). Elles confirmeraient la mise en place de structures organiques intrinsèquement pléthoriques sans fondement. Tous les BCZS s'accordent que 15 à 20 agents suffiraient pour assurer un fonctionnement normal⁴⁴⁵. Ils critiquent, par ailleurs, la non implication de la périphérie dans l'élaboration des normes - exercice aujourd'hui monopolisé par le niveau central, lui-même en décalage avec les réalités de terrain.

4.2. Le contrôle physique

Une gestion efficace des RH requiert une approche *tabula rasa* pour rétablir une liste initiale fiable. Toute mise en place d'un système structurel des RH est précédée par un contrôle physique *rigoureux* des agents en activité (dont les noms sont sur les listes déclaratives). Cela suppose l'identification physique de l'agent, le contrôle des documents administratifs (statut, arrêté et commission d'affectation), sa présence (ou non) sur les *listings* de paie et sa régularité (ou non) sur le lieu de travail. Ce contrôle est indispensable pour établir la vérité administrative et disposer d'un fichier épuré qui écarte les fictifs et clarifie la situation des *agents en activité, agents mis en disponibilité, agents détachés, déserteurs, décédés, malades, retraités, agents sous statut ou sous contrat, etc.* (cf. Lexique administratif)

Le contrôle physique fiable est par définition impartial. Les équipes multisectorielles habituellement chargées du contrôle physique et composées du MSP, de la Fonction publique, du Budget, syndicats, etc. manquent *de facto* de la neutralité et sont ressenties comme 'juge et partie'. A l'Equateur, les autorités (DPS, IPS, BCZS) qualifient *contrôle physique* de *recrutement* et parlent d'arrangements en amont pour couvrir les irrégularités⁴⁴⁶. Un système impartial nécessiterait une structure indépendante. Certains experts ministériels pourraient jouer un rôle technique - sans pour autant detenir un pouvoir de décision sur quel agent maintenir ou enlever du fichier. La stricte application des critères pré-établis s'imposerait. Une fois la liste confirmée, des contrôles de routine deviennent de la compétence de l'IGS à travers les IPS⁴⁴⁷.

4.3. La couverture sanitaire

La carte/couverture sanitaire définit le nombre de structures sanitaires à prévoir dans les ZS et, par ricochet, les besoins en RH. Des *arrêtés ministériels* (2003) ont établi 514 ZS dans les limites des territoires et communes⁴⁴⁸. A ce jour, il y en a 519 (DEP, OCHA). (Tableau 10) Dans un souci d'amélioration de la couverture, le MSP compte augmenter les aires de santé (AS) de 8,500 à 11,000 et les ZS de 519 à environ 600 (Entretien DEP 2023). Il est fondamental que le MSP continue à gérer les ZS par

⁴⁴⁵ La multiplication des agents pour une seule fonction est à la base d'inefficacité aggravée. *Chacun se regarde et personne ne fait rien. Chacun se renvoie la balle.* (Entretiens BCZS Kinshasa, 2023). L'émission des tâches est ressentie comme une manière de créer des postes non nécessaires et de faciliter le recrutement superflu.

⁴⁴⁶ 'Contrôle physique égale recrutement'. Les 'contrôleurs' recrutent - après leur départ les effectifs augmentent (Entretiens Equateur, 2023).

⁴⁴⁷ Cf. Loi-Cadre 18/305 (2018) - Art.8 *Le niveau (...) provincial (...) veille à l'application de la politique sanitaire, des directives, des normes et des stratégies sanitaires nationales.* Repris dans l'Article 8 de la Loi 23/006 (2023).

⁴⁴⁸ MSP (2003). *Arrêtés ministériels portant création des Zones de santé.* En 2003, le nombre de ZS augmente de 306 à 519.

rapport à leur raison d'être *première* - c'est-à-dire, l'accès géographique aux soins pour tous. Cette approche semble être la philosophie poursuivie par le MSP (Entretien DEP 2023).

Tableau 10. Zones de santé (par province)

Anciennes provinces (11)	Actuelles provinces (26)	ZS (avant 2003)	ZS (2003)	ZS (2023)
<i>Bas-Congo</i>	<i>Kongo-Central</i>	27	31	31
<i>Bandundu</i>	<i>Mai-Ndombe</i>	38	52	14
	<i>Kwilu</i>			24
	<i>Kwango</i>			14
<i>Equateur</i>	<i>Equateur</i>	33	69	18
	<i>Tshuapa</i>			12
	<i>Nord-Ubangi</i>			11
	<i>Sud-Ubangi</i>			16
	<i>Mongala</i>			12
<i>Kinshasa</i>	<i>Kinshasa</i>	22	35	35
<i>Kasaï-Occidental</i>	<i>Kasaï</i>	31	43	18
	<i>Kasaï-Central</i>			26
<i>Kasaï-Oriental</i>	<i>Kasaï-Oriental</i>	27	49	19
	<i>Lomami</i>			16
	<i>Sankuru</i>			16
<i>Katanga</i>	<i>Haut-Katanga</i>	40	66	28
	<i>Haut-Lomami</i>			16
	<i>Lualaba</i>			13
	<i>Tanganyika</i>			11
<i>Maniema</i>	<i>Maniema</i>	8	18	18
<i>Nord-Kivu</i>	<i>Nord-Kivu</i>	19	34	34
<i>Prov Orientale</i>	<i>Bas-Uele</i>	47	83	11
	<i>Haut-Uele</i>			13
	<i>Ituri</i>			36
	<i>Tshopo</i>			23
<i>Sud-Kivu</i>	<i>Sud-Kivu</i>	14	34	34
	<i>Totaux</i>	306	514	519

Sources: MSP, OCHA

La question récente de la création des *provinces sanitaires* (Loi 2023) reste encore à clarifier (Entretiens DEP, CSU 2023)⁴⁴⁹. Elle s’inspire des *provinces éducationnelles* (EPST) et poursuit le principe de la déconcentration des DPS qui demeurent sous autorité centrale. Cette logique porte en elle le risque de la multiplication injustifiée. A l’EPST, les provinces ‘éducationnelles’ sont passées de 30 à plus de 60, entraînant la multiplication des bureaux administratifs et une explosion de leurs effectifs (de 30,000 à plus de 80,000)⁴⁵⁰. Derrière le paravent de la décentralisation (*rapprocher l’administration des écoles*) cette politique permet aussi de créer des postes supplémentaires sans un besoin réel. Dans un contexte de ressources limitées et le nombre important d’agents non mécanisés ou payés (Figure 4) - y compris la question critique de la pléthore à résoudre - priorité demeure la régularisation du personnel médical prestant dans les structures de santé.

De la même façon, l’apparition de nouveaux établissements publics (Loi 23/006) requiert une clarification sur leur rôle exact pour éviter confusion et chevauchement. La mise en place de nouvelles agences (INSP, FPS et ANICIIS) - opérant sous la tutelle du Ministre de la Santé - suscite inquiétudes⁴⁵¹. (Entretiens Afd, réunion GIBS) Celles-ci se rapportent aux missions respectives et la crainte sous-jacente de voir s’installer au Ministère un MSPbis où le rôle de l’administration centrale (SG, IGS) - en dépit des textes - est réduit. (Encadré 3) Cette crainte s’étend aussi à la possibilité pour ces agences d’ouvrir des bureaux provinciaux et locaux⁴⁵². De plus, leurs décrets laissent la porte ouverte au recours de fonctionnaires (MSP) en *détachement*⁴⁵³. Ceci pourrait aboutir à une nouvelle vague de recrutement d’agents administratifs (pour remplacer le personnel détaché) dont la pertinence n’est pas démontrée. Le manque d’infrastructures oblige déjà certains BCZS à fonctionner dans des annexes des hôpitaux. Par conséquent, la multiplication des bureaux risque de conduire soit à des dépenses non-stratégiques (que l’on pourrait utiliser pour budgétiser des postes) soit à des conditions de travail pénibles faute de financement adéquat.

Encadré 3. A titre illustratif, des rôles à clarifier pour éviter les doublons

- **INSP** - Loi 23/006 (2023) Art. 42 sexies point 7. *Il s’assure (...) de la mise en œuvre (...) de principales fonctions de santé publique ci-après, (...) développement des ressources humaines en santé.* Cette mission ne figure pas dans le Décret 22/15 (2022).

Observation : Les RHS relèvent du SG et ses services techniques (D1, D6) - cf. Cadre organique MSP (2023)

⁴⁴⁹ Cf. Ordonnance-Loi N°23/006 modifiant et complétant la Loi 18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l’organisation de la santé publique (2023). *Article 8 : Le niveau intermédiaire comprend les provinces sanitaires qui sont les entités déconcentrées du pouvoir central, subdivisées en zones de santé.*

⁴⁵⁰ Verhaghe, J. (2020). *Vers une gratuité structurelle de l’enseignement primaire en RDC. Pistes d’analyse et de réflexion* dans Congo-Afrique 541, janvier 2022.

⁴⁵¹ Décrets 22/15, 22/16 et 22/17 (2022) portant création, organisation et fonctionnement de l’INSP, du FPS et de l’ANICIIS repris dans la Loi 16/013 (2023) - Art. 42 sexies (INSP - *Institut national de santé publique*) ; Art. 128 (FPS - *Fonds de promotion de la santé*) et Art. 44 bis (ANICIIS - *Agence nationale d’ingénierie clinique, de l’information et d’informatique de santé*)

⁴⁵² Articles 2 des Décrets FSS, FPS, ARC-CSU, INSP et ANICIIS (Par exemple, *En cas de nécessité et pour le besoin de son fonctionnement optimal, le FSS peut ouvrir des bureaux provinciaux et locaux*)

⁴⁵³ Du personnel : *Les agents de carrière des services publics de l’Etat y sont en position de détachement.*

- **INSP** - Décret 22/17 (2022) Art. 3. *Il est chargé d'assurer le renforcement des capacités des prestataires (...) dans la promotion et l'utilisation des statistiques sanitaires*

Observation : Quelles statistiques sanitaires ? RHS, SNIS ? Celles-ci sont de la responsabilité du SG et ses services techniques (D1). Cette fonction n'est pas reprise dans l'Article 42 sexies (Loi 23/2006) décrivant les attributions de l'INSP.

- **FPS** - Loi 23/006 (2023) Art. 128 point 4. *Le FPS a pour missions (...) de financer la gouvernance du secteur de la santé, la planification, le développement des ressources humaines du secteur de la santé*

Observation : Comment les fonds FPS seront-ils affectés au RHS ? Que signifie 'développement des RHS' ?

- **ARC-CSU** - Loi 23/006 (2023) Art. 42 quater. *Il est chargé notamment de (...) sanctionner toute situation de non-conformité aux normes*

Observation : Le contrôle des normes est de la compétence de l'IGS et ses antennes en province (IPS). L'inspecteur de santé a capacité d'OPJ (Officier de police judiciaire) et peut instruire le parquet.

3.4. Les projections démographiques

La démographie augmente les besoins en RH. Plus de population égale plus de charge de travail pour le personnel et plus de défis pour assurer la qualité des soins et services. Des projections démographiques récentes sont disponibles (OCHA)⁴⁵⁴. Dans les années 90, l'OMS a introduit la méthodologie *Indicateurs des besoins en personnel de santé par rapport à la charge de travail* (WISN) qui calcule le temps dédié à chaque composante de la charge de travail et au temps dont dispose l'agent de santé⁴⁵⁵. Toute actualisation des normes devrait d'office intégrer une formule WISN pour des mises à jour automatiques des besoins en RH. Cette formule prendrait en compte les effets de la croissance démographique sur la capacité d'accueil du système de santé (plus de lits montés, plus de services, plus de paquets de soins, etc.). Cette logique soutient le principe que l'on priorise l'extension des services dans les structures existantes au lieu d'en créer des nouvelles.

La croissance démographique n'est pas synonyme de multiplication des structures de santé ou des ZS. Il prévaut une interprétation erronée autour de la logique derrière la ZS. La carte sanitaire se construit sur les distances à parcourir pour accéder aux soins primaires. La croissance démographique n'altère pas les distances. Elle augmente la concentration des populations, surtout en zones urbaines. Pour cette raison, la multiplication des ZS (AS, structures sanitaires, bureaux administratifs) pour des seules raisons démographiques et/ou de proximité des soins apparaît peu fondée. La démographie augmente plutôt la charge de travail et la tension sur la capacité d'accueil des structures existantes.

⁴⁵⁴ Cf. OCHA base de données 2019-20 (<https://data.humdata.org/dataset/rdc-statistiques-des-populations?>)

⁴⁵⁵ OMS (2017). *Indicateurs des besoins en personnel de santé par rapport à la charge de travail* (WISN) : l'expérience de la mise en œuvre dans plusieurs pays, p.14.

5. Pratiques de recrutement, d'affectation et de rémunération

5.1. Le recrutement et l'affectation

Depuis des décennies les dispositions dans la Loi en matière de recrutement ne sont plus appliquées.

La Loi 16/013 (2016) établit la procédure de recrutement d'un fonctionnaire⁴⁵⁶. L'essentiel de ces dispositions sont le *poste vacant* et *budgétisé*, le *respect du cadre organique*, le *concours* (après l'appel à candidature) et l'attribution d'un *numéro matricule* (après la période probatoire). Ce dispositif administratif a été remplacé par un recrutement *tous azimuts* qui répond guère aux besoins exprimés par la périphérie et qui suit la logique du *branchement* (mot argot pour 'connecté') et du *favoritisme*. En l'absence d'un plan de recrutement multiannuel - généré par une base de données normative et planifiée sur des besoins réels - l'Etat recourt lui-même à des recrutements non conformes à la Loi. Au fil du temps, il s'est installé un système d'embauche informelle où la démarche individuelle auprès d'un détenteur de pouvoir est devenue la norme. Cette pratique est par définition arbitraire et discriminatoire car elle favorise les mieux 'connectés'. Elle n'est pas non plus tournée vers l'amélioration et l'efficacité des soins mais plutôt vécu comme un facteur déstabilisant qui dérègle le bon fonctionnement des structures sanitaires et administratives au quotidien.

Les postes budgétisés sont en décalage avec les listes déclaratives. Depuis 2012, le budget MSP publie les postes budgétisés par province. Leur nombre a peu augmenté (de 46,000 à 53,000) sur une période de 4 ans. Ce nombre est en décalage avec les effectifs recensés (autour de 250,000) et peu lisible sur la manière dont les postes sont répartis et rémunérés. L'analyse des postes budgétisés (2019-24) ne permet pas de comprendre le calcul des montants ni la répartition ni la planification derrière. (Appendice 6) Le budget distingue *traitement de base du personnel permanent* et *prime et indemnité permanentes* - ce qui devrait (en principe) correspondre au *salaire de base* et à la *prime de risque professionnel* des professionnels de santé. Dans le budget, salaires et primes sont alloués aux mêmes postes. Ceci est incohérent avec les listes déclaratives qui indiquent de fortes disparités entre bénéficiaires de la prime et du salaire. (Tableau 11) Par ailleurs, la part allouée à la prime dans la rémunération est très variable et n'apparaît pas appliquer des critères équitables ni suivre une logique planifiée. (Figure 7)

Tableau 11. Disparités entre postes budgétisés et listes déclaratives (2023)

⁴⁵⁶ Loi 16/013 (2016) *portant Statut des agents de carrière des services publics de l'Etat*. Art. 4. - Tout recrutement a pour objet de pourvoir à la **vacance d'un emploi repris dans le cadre organique** d'un service et **budgétairement prévu** ; Art. 6. - L'agent est recruté sur concours. (...) Le recrutement fait l'objet d'une publicité préalable à la presse. Cette publicité est assurée par un avis officiel d'appel à candidature accordant au candidat un délai utile pour l'introduction de son dossier ; Art. 11. - Tout agent porte un numéro matricule. (...) Ce numéro lui est attribué dans les trente jours suivant la fin de la période probatoire par le ministre ayant la fonction publique dans ses attributions ; Art. 22. - Les cadres organiques et les effectifs maxima des emplois existant au sein de différents services sont fixés par décret du Premier ministre, délibéré en Conseil des ministres, sur proposition du ministre ayant la fonction publique dans ses attributions. La Loi 16/013 (2016) modifie la Loi 81-003 (1981) et réfère d'une façon explicite à la norme du cadre organique - ce qui n'était pas le cas en 1981 (Art. 7. - Tout recrutement sous le régime du présent statut doit avoir pour objet de pourvoir à la **vacance d'un emploi budgétairement prévu**.)

(Exemples des provinces Kasai-Oriental et Mongala)

Province	Postes prévus	Allocation budgétaire	Prop. (%)
Kasai-Oriental	4,008	38,490,779,952	
Traitement de base du personnel permanent	4,008	9,016,469,892	23%
Prime et indemnité permanentes	0	29,474,310,060	77%
Mongala	798	7,399,809,456	
Traitement de base du personnel permanent	798	2,191,619,748	30%
Prime et indemnité permanentes	0	5,208,189,708	70%

Source: Loi de finances 2023

Données disponibles

1. Listes déclaratives (2023)

Le Kasai-Oriental compte 8,598 effectifs dont 5,702 matriculés (66%).

Le Mongala compte 5,174 effectifs dont 3,641 matriculés (70%).

Au Kasai-Oriental, 1,161 matriculés (20%) ont le salaire de base; 1,439 (25%) la prime.

Au Mongala, 515 matriculés (14%) ont le salaire de base; 951 (26%) la prime.

2. Loi de finances (2023)

Le nombre de postes budgétisés au Kasai-Oriental est de 4,008, au Mongala 798.

Constats

1. Grandes disparités entre postes budgétisés (Loi de finances) et nombre de matriculés (listes déclaratives).

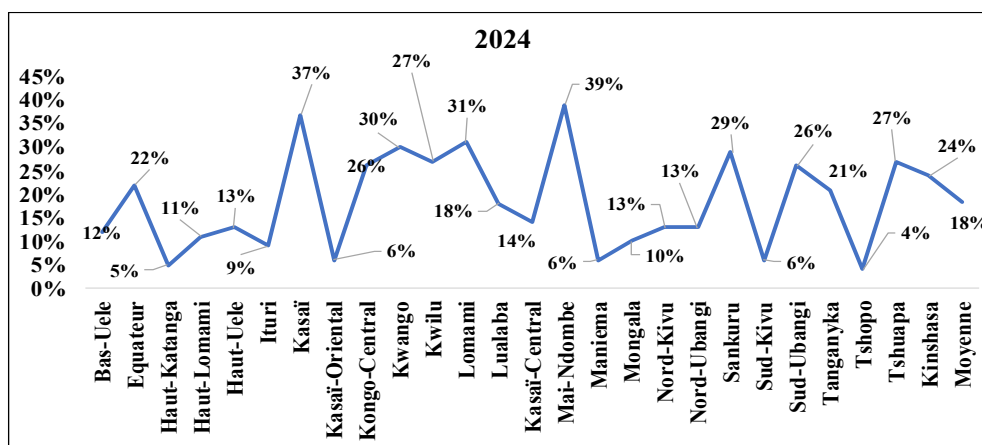
2. Manque de clarté sur la répartition entre salaire et prime:

- quels critères sont utilisés pour la clé de répartition?

- les mêmes postes budgétisés touchent à la fois salaire et prime. Ceci est contredit par les listes déclaratives où le nombre de bénéficiaires de la prime et du salaire divergent.

Figure 7. Part de la prime dans la rémunération (%)

(budget MSP 2024 - par province)



Source : Loi de finances 2024

Le mode opératoire des affectations est connu et documenté⁴⁵⁷. En principe, seul le niveau *central* (Ministre/SG) et - depuis 2006 - le niveau *provincial* (Ministère de la Santé provincial/Gouverneur) ont le pouvoir de recruter et de signer des commissions d'affectation. Celles-ci sont transmises à la DPS (*mise en service*) qui notifie les BCZS. La commission d'affectation a un caractère obligatoire et ne peut être remise en question. (Encadré 4) Ce pouvoir administratif ne serait pas contesté si les normes et besoins étaient respectés. (Encadré 5) L'ingérence politique dans le recrutement est généralement mal perçue (*les politiciens piétinent les techniciens ; il faut dépolitiser l'administration*). Elle est vécue particulièrement abusive quand un agent est remplacé sans motif valable ou en absence de permutation. Cette pratique interdite est pourtant répandue⁴⁵⁸. L'agent remplacé se retrouve *nulle part* - sans affectation - en attendant que la DPS lui trouve un poste. Cet exemple est symptomatique d'un système qui utilise son pouvoir administratif à des fins partisans. La question *Eza hôpital na yo ? (C'est ton hôpital ?* - réponse de la hiérarchie au médecin directeur qui se plaint des commissions d'affectation non sollicitées) résume en quelques mots le degré de pression exercé et l'incapacité des gestionnaires - en tant que représentants de l'Etat - de veiller sur le respect des normes établies par le MSP⁴⁵⁹.

⁴⁵⁷ Verhaghe, J. (2018) *Pratiques de financement et de gestion financière des hôpitaux publics en RDC. Constats et pistes d'amélioration*. Le rapport mentionne d'autres canaux de recrutement (par exemple, les réseaux confessionnels) qui ne sont pas abordés ici.

⁴⁵⁸ Loi 16/103 (2016). Art. 21. - Aucun agent ne peut être privé de son emploi s'il n'a pas reçu une nouvelle affectation, ou s'il n'a pas été placé dans une position d'interruption de services ou s'il n'a pas cessé définitivement ses services pour l'une des causes prévues à l'article 77 de la présente loi (*décès, révocation, démission d'office, démission volontaire, mise à la retraite, licenciement pour inaptitude physique ou professionnelle*)

⁴⁵⁹ Verhaghe, J. (2018) *Pratiques de financement et de gestion financière des hôpitaux publics en RDC. Constats et pistes d'amélioration*.

Encadré 4. Le caractère contraignant des commissions d'affectation

BCZS Kinshasa

Je fais la volonté de la hiérarchie - sinon c'est l'insubordination.

La main qui signe votre affectation est la même qui signe les commissions d'affectation.

Ce n'est pas le bureau de votre père ni de votre oncle (réponse de la DPS au MCZ)

En cas de refus, je serai déboulonné.

BCZS Equateur

Qui a commissionné le médecin directeur ? (sous-entendu, il ne pourra contester)

Structures de santé Kinshasa

Si je refuse, je suis convoqué au cabinet ou à l'ANR.

Mon rôle est d'exécuter sinon on me chasse de mon poste.

J'obéis aux injonctions de la hiérarchie.

Structures de santé Equateur

L'autorité a déjà signé. Si je refuse, il y aura des appels de partout.

Je dois exécuter sans ambages.

(Source : Entretiens dans les BCZS et structures de santé à Kinshasa et à l'Equateur)

Le non-respect des normes déstabilise le système de soins à plusieurs égards. La pléthore oblige les structures de santé à gérer tant bien que mal la charge de travail de leur personnel. La question est surtout critique pour les médecins. En surnombre, ils prestent par rotation⁴⁶⁰. Seuls environ 60% des médecins déclarés sont repris sur les horaires - avec un taux de prestation estimé à 50%. (Tableau 12) En d'autres termes, sur 60% médecins présents au travail, un quart travaillerait à temps plein. Le reste ne vient que quelques jours par semaine⁴⁶¹. (Tableau 13) Bon nombre de médecins absents touchent un salaire et/ou la prime de risque au désespoir et détriment de ceux qui travaillent et attendent leur budgétisation⁴⁶². (Entretiens MD HGR) Les MD se sentent impuissants face aux absences (*déserteurs*) (*on n'a pas le pouvoir de les élaguer de la liste déclarative*). La pléthore accentue les iniquités. Sa conséquence la plus néfaste est son poids sur la prime locale. Plus de personnel égale moins de ressources pour la rémunération. Cela explique les salaires parfois plus bas du médecin (USD3-6) par rapport à celui de l'infirmier (USD30) quand le premier travaille dans un HGR avec 3,000 effectifs et le dernier dans un CS de 25 agents.

⁴⁶⁰ Le système de rotation s'applique *mutatis mutandis* à tout personnel en sureffectif.

⁴⁶¹ La rotation peut prendre plusieurs formes : *rotation par mois* - le personnel est divisé par deux et vient tous les 2 mois (CS Barumbu, Equateur), pour les médecins, *jours pairs et impairs* (HGR Makala), etc.

⁴⁶² Par exemple, au HGR Mbandaka (Equateur) 43 médecins sur 82 sont actifs (52%) et 76 infirmiers sur 132 (58%).

Tableau 12. Taux d'utilisation des médecins (%)

	<i>Médecins</i>			Horaires des médecins (système de rotation)	Temps presté par mois par les médecins disponibles
	Nombre sur la liste déclarative	Nombre retenus pour la rotation	Taux d'utilisation des médecins		
1 CSR Kimbela	38	12	32%	Médecins 5 fois/semaine ou plus = 6 Médecins 4 fois/semaine = 6	90%
2 CSR Kasai	28	17	61%	Médecins 5 fois/semaine ou plus = 3; Médecins 4 fois/semaine = 5 Médecins 3 fois/semaine = 6; Médecins 2 fois/semaine = 3	56%
3 CSR Kitokimosi	38	31	82%	Médecins 4 fois/semaine = 12 Médecins 2 fois/semaine = 19	30%
4 CSR Mama Balako	62	40	65%	Médecins 4 fois/semaine = 1; Médecins 3 fois/semaine = 9 Médecins 2 fois/semaine = 24; Médecins 1 fois/semaine = 6	33%
5 HGR Mbandaka	80	53	66%	Médecins 5 fois/semaine = 1; Médecins 4 fois/semaine = 4 Médecins 3 fois/semaine = 10; Médecins 2 fois/semaine = 29 Médecins 1 fois/semaine = 9	32%
6 HGR Makala	549	317	58%		non analysé
L'état de paie des honoraires des médecins (juillet 2023) montre 442 médecins - dont 317 ont réellement perçu la prime locale. Cela indique que le nombre de médecins qui viennent 'travailler' s'élève à 317 (ou 58% du staff médecin)					

Source: Documents collectés dans les structures sanitaires (2023)

Tableau 13. Estimation du temps presté par le médecin

Médecins repris sur la liste déclarative	= 100%
Nombre de médecins présents au travail	= 60%
dont ceux qui prestent	
↳ 4 à 5 jours par semaine	= 25%
↳ 3 jours par semaine	= 15%
↳ 2 jours par semaine	= 50%
↳ 1 jours par semaine	= 10%

Source: Horaires des médecins

L'arrivée de nouveaux médecins est un facteur tout aussi déstabilisant⁴⁶³. Sans recrutement sur concours, il y a risque aggravé d'incompétence professionnelle⁴⁶⁴. La plupart des hôpitaux ont mis en place des dispositifs pour l'éviter. Dès le départ, les nouveaux sont encadrés par des *chefs* (chefs de service, MCS). Dans les HGR ils font le tour des départements afin d'évaluer leur capacité et de mieux décider sur leur poste de travail (*pour éviter la bêtise*). La *mise à disposition* (MAD) des cas non concluants est hypothétique (*on est obligé d'accepter les incapables*). Certaines structures confessionnelles - qui

⁴⁶³

⁴⁶⁴ Selon les MD, ces failles s'annoncent tôt. Souvent les stagiaires ne maîtrisent pas les rudiments. Seules les universités publiques (UNIKIN, UNIKIS, UNILU) sont encore satisfaisantes. Les privées c'est plus catastrophique (Entretiens MD).

bénéficient de plus d'autonomie – organisent des concours à leur niveau. L'Ordre des médecins avait réintroduit le concours (avant l'inscription au tableau de l'ordre) mais a été reprouvé par le Conseil d'Etat (*vous n'êtes pas l'Etat*). Le HGR de Makala a mis en place un *Département de la fonction continue* et l'organisation de réunions scientifiques régulières (*réunions du matin*) ou des journées scientifiques semble une pratique bien enracinée.

Encadré 5. Cas de l'Hôpital Mère et enfant (HME) de Barumbu à Kinshasa

HME Barumbu (Kinshasa) est un hôpital de 110 lits (dont 32 ont été ajoutés en 2022). L'effectif de son personnel est estimé à 3,743 agents (2023) dont environ 780 médecins et 1,500 infirmiers. Fondé en 1974 par le président Mobutu, la gestion avait été confiée à l'ONG local *Fonds médical de coordination* (FOMECO) qui progressivement avait privatisé la gestion de l'hôpital - tout en restant public. Ceci a conduit à bon nombre d'anomalies - dont certaines toujours d'actualité - malgré les efforts conduits par l'équipe dirigeante depuis 2022. Ces pratiques - aussi constatées ailleurs à des degrés différents - font du HME un cas d'exemple. Elles sont les conséquences directes de l'absence d'un fichier national sécurisé. Les principales irrégularités sont :

- **Existence de 3 listes déclaratives** (la liste déclarative authentique, la liste déclarative authentique plus les fictifs, la liste déclarative authentique plus fictifs plus agents FOMECO)
 - **Fausse commissions d'affectation** (pratique qui consiste à scanner la première et dernière page de la commission d'affectation en modifiant la liste entre ces deux pages. Les agents ne possèdent pas d'originaux, pas de dossier administratif (diplôme, mise en service, etc.)
 - **Déserteurs** (dont ceux partis aux études, touchant le salaire mais jamais rentrés au pays, ceux qui reviennent pour 'régulariser leur dossier' et repartent, tout en continuant à toucher le salaire et ceux qui ne viennent jamais (les absents) mais sont payés. Tous sont sur la liste déclarative.)
- (Source : Entretien avec l'équipe dirigeante du HME, 2023)

Tableau 14. Effectifs au sein du HME Barumbu

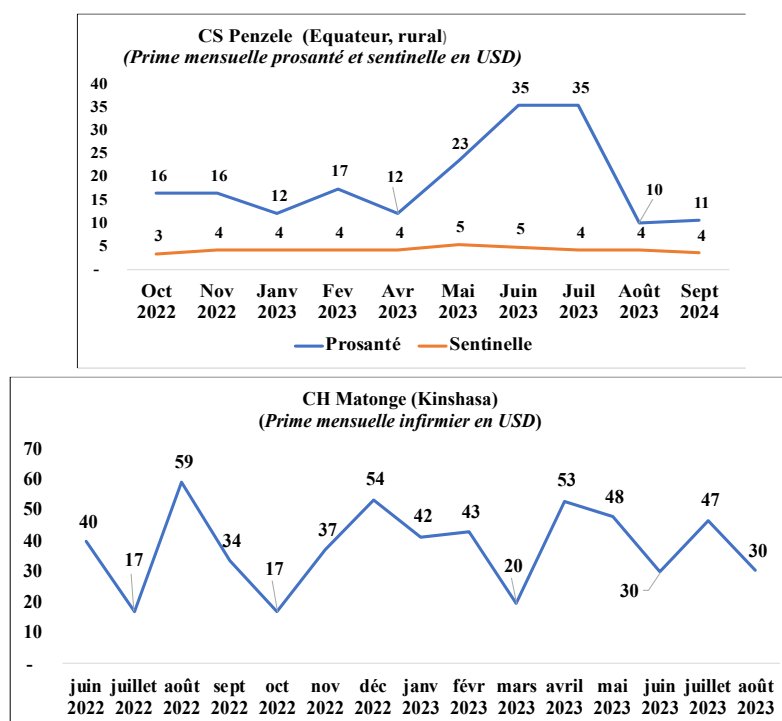
Fonction	Liste déclaratives			Effectifs autorisés	
	2020 T1	2020 T2	2023 T4	2006	2012-19
<i>Médecin</i>	518	560	788	3	7
<i>Chirurgien dentiste</i>	28	28	40	0	2
<i>Pharmacien</i>	26	34	61	1	3
<i>Médecin physique</i>	14	13	13	0	0
<i>AG</i>	45	47	61	1	7
<i>T de labo</i>	240	231	241	2	7
<i>T de radio</i>	11	10	17	1	2
<i>T d'assainissement</i>	7	7	7	0	5
<i>Kine</i>	54	54	56	1	6
<i>Nutritionniste</i>	34	34	41	1	3
<i>Anesthésiste</i>	8	6	6	1	2
<i>Infirmier</i>	1,292	1,388	1,538	19	36
<i>Accoucheuse/Sage-femme</i>	68	(na)	74	0	8
<i>Administratif</i>	576	561	542	24	35
Total	2,921	2,973	3,485	54	123

Source: Listes déclaratives. Selon le MD, les effectifs sont plutôt de 3743 agents (T4 2023)
(Les effectifs autorisés sont des estimations pour un hôpital de 110 lits montés)

5.2. La rémunération

Depuis des décennies, les structures sanitaires opèrent de façon autonome. En l'absence de ressources publiques pour leur fonctionnement, elles cherchent à s'autofinancer. Les recettes locales (*ressources propres*) sont réparties (*clé de répartition*) pour assurer un minimum de soins. La répartition n'est pas uniforme et peut évoluer. (Appendice 7) En théorie réglementée, elle relève de la politique de la structure⁴⁶⁵. La part réservée à la prime locale est estimée à 65% en moyenne⁴⁶⁶. Certaines structures ont recours à un outil indice pour calculer les primes des catégories professionnelles. (Appendice 7) Le montant de la prime dépend du volume des recettes. Elle varie d'un mois à l'autre. (Figures 8 et 9) Les maladies saisonnières (*pic malaria* par exemple) font grossir les recettes et la prime.

Figures 8-9. Montants de la prime locale (USD)



Source : *Etats de paie collectés dans les structures sanitaires*

Pour la majorité du personnel la prime locale demeure seule source de revenu. Le nombre d'agents non payés est substantiel (Figure 3, Tableau 2) - ils dépendent entièrement des recettes locales. D'une façon générale, la situation salariale est marquée par de nombreuses iniquités. La première (mais fondamentale) est l'absence d'une véritable gestion des RH empêchant toute régularisation planifiée et équitable⁴⁶⁷. Le *désordre sur le terrain* (Entretiens BCZS) en est la conséquence directe. La deuxième, c'est la cohabitation

⁴⁶⁵ L'Ordonnance 82/002 (1998) accorde 40% à la prime et 60% au fonctionnement.

⁴⁶⁶ Cela correspond *grosso modo* au 65-70% dans des analyses précédentes (Verhaghe, J., 2018)

⁴⁶⁷ Cf. Le nombre d'agents N.U. et matriculés touchant salaire et/ou prime - sans logique apparente.

entre agents payés (P) et non payés (NP) au sein de la même structure (et qui font le même travail) - situation ressentie comme particulièrement injuste. La troisième, c'est l'octroi de la prime locale à tout le personnel indistinctement (P ou NP) - aggravant discrimination et démotivation. Dans le même CS un infirmier mécanisé reçoit salaire, prime de risque et prime locale, tandis que son collègue N.U. ne touche que la prime locale. La quatrième, ce sont les écarts parfois substantiels entre primes locales. Ces écarts sont liés aux recettes, effectifs ou type de gestion - par exemple, le personnel d'un hôpital public confessionnel est de loin mieux rémunéré que celui d'un hôpital de l'Etat. (Tableau 15) Par ailleurs, l'intervention d'un bailleur est souvent source d'iniquité et de désillusion. D'une durée limitée et sans ancrage systémique, le départ du bailleur est ressenti comme un abandon (*Avant PDSS égale après PDSS*). La prime de performance mensuelle PDSS au CS Penzele (Equateur, zone rurale) est 6 à 10 fois plus élevé que la prime locale (Tableau 16). Le retour à des conditions similaires à celles d'avant fait de l'appui une courte joie à portée limitée (*Le projet était pour le personnel*). Ce même raisonnement s'applique au BCZS qui retombent sans ressources à la fin du projet (et recollectent la contribution auprès des structures). (Tableau 17) Des éléments stratégiques introduits par le projet ont du mal à opérer après. Le *data manager* - essentiel pour le monitoring, la saisie et la transmission des statistiques et dont bon nombre sont restés des N.U. - se retrouve du jour au lendemain sans salaire. C'est une conséquence directe d'une intervention non institutionnalisée⁴⁶⁸.

Tableau 15. Montants des primes locales
(moyennes mensuelles USD)

Fonction	CS CSR	HGR	
		Etat	Conf
<i>Médecin généraliste</i>	30	10	410
<i>Médecin spécialiste</i>	(na)	15	450
<i>Infirmier/Sage-femme</i>	20	6	150
<i>T de Labo/Pharmacie</i>	15	8	160
<i>Caissière, Réceptionniste</i>	20	7	180
<i>F/G salle</i>	12	7	90
<i>Sentinelle</i>	10	6	50

Source: Etats de paie structures sanitaires (2023)

Tableau 16. Prime locale et prime PDSS mensuelle (USD)
(CS Penzele, Equateur zone rurale)

	Prime locale	Prime PDSS
IT	20	218
ITA	20	150
Inf	20	122
PP	20	122
Sent	4	25

Source: Documents CS

⁴⁶⁸ Tout appui devrait avoir une contrepartie. La mise en place de mesures structurelles assurerait la pérennité. Celles-ci incluraient le respect des normes (pas de pléthore), personnel matriculé et payé (tous) et l'allocation de frais de fonctionnement. L'appui est conditionné par ces conditions minima que l'Etat doit réunir.

Tableau 17. Prime PDSS mensuelle (USD)

(BCZS Kinshasa et Equateur)

Fonction	ZS Kalamu 1 (2021)	ZS Masina 2 (T4 2022)	ZS Kingasani (T4 2022)	ZS Wangata (T2 2019)
<i>MCZ</i>	127	180	135	158
<i>AG</i>	100	145	85	126
<i>IS</i>	72	81	72	120
<i>Commis</i>	36	62	60	26
<i>Data manager</i>	88	65	54	(na)
<i>Surveillant</i>	(na)	40	15	12

Source: Primes de performance payées par le PDSS

Une commission d’affectation ne veut pas dire rémunération assurée. Le seul fait d’avoir son nom sur la liste déclarative ne conduit pas à la régularisation mécanique (*mise sous statut* ou *alignement*). En l’absence d’une gestion structurelle des RH, un mécanisme *ad hoc* a été mis en place pour traiter de la question salariale. Ce mécanisme a pris le format de négociations périodiques (*cadre de concertation permanente*) entre banc gouvernemental et syndical - appelé *Travaux de la commission interministérielle*. Composée de délégués ministériels et syndicaux, la Commission travaille en 6 sous-commissions⁴⁶⁹. Sans un plan rationnel de régularisation - généré *en aval* par une base de données stabilisée - la Commission traite les dossiers *en amont*. Cela veut dire que les noms retenus sont issus de listes établies en sous-commissions. Selon les syndicats, la sélection se fait sur base de critères d’équité (Encadré 6) mais le processus n’est pas à l’abri d’irrégularités. Pour être sur la liste, un MD (Equateur) a dû céder 3 mois de prime de risque à un syndicat national en passant par le bureau provincial (2018). Selon le MD les critères d’équité sont peu respectés. Une analyse de listes déclaratives d’une maternité (Kinshasa, 2023) montre que sur 212 médecins N.U. en attente de mécanisation (T1) seuls 3 ont été matriculés en T4. Des médecins nouvellement recrutés (14 au total) - dont les noms n’apparaissent pas sur la liste T1 - sont déjà matriculés en T4. Cela indique que le critère d’ancienneté n’a pas été appliqué.

⁴⁶⁹ Les MSP, de la Fonction publique, des Finances, du Budget, de la Primature et de la Présidence et les sous-commissions des médecins, infirmiers, administratifs, autres prosanté (sage-femme, techniciens de labo, de l’imagerie, etc.), administratifs licenciés, maîtrises et docteurs

Encadré 6. Processus de régularisation

La régularisation inclut la *mécanisation* et l'*alignement*

- **Chaque sous-commission a un quota par rapport à l'enveloppe budgétaire disponible.** Les quotas obtenus par chaque groupe sont le résultat de leur force de négociation et le poids démographique des listes déclaratives. Les candidats (*non mécanisés* et *non alignés*) sont sélectionnés (et priorisés) selon les critères suivants : *ancienneté de service* (les plus anciens d'abord), *zone de conflit* (surtout le personnel de santé de l'Est), *genre* (priorité aux femmes) et *éloignement* (priorité aux zones rurales). Pour les médecins, 3 pré-réquis s'ajoutent. Le candidat doit avoir son *numéro de l'Ordre des médecins*, sa *commission d'affectation* et être *actif*. Maximum 10% des quotas restent au pouvoir discrétionnaire du niveau central (*les recommandations*).
- **Chaque sous-commission se réfère à ses propres statistiques.** Les syndicats reconnaissent que leurs bases de données (listings de paie, listes déclaratives transmises par les provinces) ne sont pas fiables à 100%. Leur véracité administrative n'est pas toujours avérée et le risque d'erreurs reste réel.

(Source : Entretiens syndicaux, 2023)

Le rôle des syndicats dans la régularisation est sujet à questionnement. Mécanisation et budgétisation des agents NP sont du ressort du gouvernement⁴⁷⁰. Cet aspect de la gestion des RH ne peut être 'délégué' et ne devrait pas faire l'objet de 'négociations'. L'anomalie où le personnel N.U. et mécanisé touche (ou pas) salaire de base et/ou prime et cohabite au travail, est le résultat d'une gestion défailante des RH. La 'négociation' ne fait qu'amplifier l'arbitraire et l'injustice. Seule une gestion planifiée - dont le but est d'assurer la maîtrise des flux et le traitement équitable des dossiers - pourrait y mettre fin. D'autres dossiers, comme la révision de la grille barémique ou des questions spécifiques liées au *réajustement* des écarts, à *l'harmonisation* de l'enveloppe salariale, à l'octroi de la *prime de brousse*, à *l'allocation de fin de carrière*, au *paiement des avantages sociaux*, etc. sont des dossiers légitimes qui relèvent du mandat syndical⁴⁷¹.

En santé, le personnel touche salaire de base et prime de risque professionnel. Le premier relève du Ministère de la Fonction publique (*traitement applicable aux fonctionnaires du régime général*) ; le deuxième est négocié entre Ministères de la Santé et du Budget. Au départ, la prime de risque compensait les dangers encourus par le personnel médical en contact avec les malades (médecins, infirmiers, sage-femmes)⁴⁷². La modicité du salaire de base, les nombreux agents impayés et la possibilité d'avoir un revenu plus substantiel à travers la prime (dont le montant est plus facilement négociable que le salaire de base) fait d'elle la voie la plus attrayante pour gagner plus. C'est ainsi qu'aujourd'hui - par *effet d'entraînement* ou de *solidarité* (Entretiens syndicaux, 2023) la prime est applicable à tout personnel médical et paramédical, y compris les administratifs. Cela corrige, par ailleurs, une incohérence pour la fonction *garçons/filles de salle*, classés comme administratifs mais en contact permanent avec les malades. La Loi 16/013 (2016) précise que le taux des primes doit respecter *le principe d'égalité entre les agents de carrière des services*

⁴⁷⁰ Cela comprend aussi la *mise à la retraite* qui (après avoir appliquée les textes légaux) devrait se référer à une base de données qui permet de planifier d'une manière équitable le départ des retraitables.

⁴⁷¹ Les exemples cités viennent des accords signés entre bancs gouvernemental et syndical.

⁴⁷² Réclamée d'abord par les médecins (2015).

publics (Art. 48). Cette disposition légitime la démarche initiée par les syndicats pour harmoniser les écarts entre primes de risque. (Appendice 9)

Le salaire de base demeure bas. (Tableau 18) En moyenne, un médecin (tous grades confondus) touche USD130, un infirmier (L2, A1, A2 et A3) entre USD115 et USD100. (Appendice 9). Toute amélioration salariale se heurte à des obstacles juridiques et institutionnels. Le statut limite le nombre de primes à 6 même si la Loi contient une brèche⁴⁷³. Le montant de la prime est conditionné (*elle ne peut dépasser les 2/3 du traitement* - Loi 16/013, Art. 48) mais cette disposition n'est pas respectée (Tableau 19). La marge de manœuvre pour augmenter le traitement de base est très réduite car elle s'appliquerait à toute la Fonction publique et ferait exploser l'enveloppe salariale. Les syndicats réfléchissent à un *statut spécifique* (à l'instar du Décret 06/130 (2006) des médecins) pour la santé. Le modèle de la *Fonction publique hospitalière* (France) est cité. (Entretiens syndicats, 2023) L'idée est se détacher de la grille barémique de la Fonction publique et jouir de plus d'autonomie pour négocier traitement et primes. En RDC, le statut juridique de l'ESU peut constituer un précédent (Loi 18/038). L'ESU négocie directement avec le Ministère du Budget sans passer par la Fonction publique. Leur retraite prend en compte la prime ce qui n'est pas le cas au MSP. Pour aboutir (et contrer le principe de l'unicité du statut de la Fonction publique), cette démarche pourrait mettre en avant le *rôle social* du secteur qui contribue directement au bien-être de la population (comme l'éducation)⁴⁷⁴. La *sanctuarisation* du secteur de la santé rallierait les discours officiels sur la nécessité d'améliorer les conditions de vie du citoyen.

Le coût caché du salaire bas sur le patient reste à mieux documenter. Depuis longtemps des pratiques illicites se sont enracinées dans le monde médical, surtout en milieu urbain et dans les HGR. Elles ont été documentées. (Appendice 10) *Pharmapoche* (ou *pharmasac*) est la plus connue. Elle consiste à la vente de médicaments ou petit matériel par le personnel soignant aux malades ('pharmacie dans la poche') au lieu que ces derniers passent par la pharmacie de l'hôpital. Des paiements 'sous la table' pour des actes médicaux qui n'entrent pas dans le circuit financier de l'hôpital seraient aussi répandus. Cela peut être un médecin qui facture des honoraires non-déclarés (appelé *P.P.* ou *produit personnel*) ou une sage-femme demandant un 'cadeau' pour un accouchement. (Appendice 10) Il n'est pas établi que ces pratiques ont un lien direct avec une rémunération généralement faible. Des pratiques similaires existent dans tous les services de l'Etat et peuvent relever d'un abus de pouvoir. Le retrait d'un document requiert le passage dans différents bureaux où l'acte du retrait est décomposé en plusieurs actes nécessitant des paiements à chaque étape. De la même façon, un infirmier peut demander de l'argent pour un acte médical qui relève des soins mais est décomposé pour augmenter le coût. (Appendice 10) La pratique est aussi sélective. Un malade *néga* (de *négatif*) est un malade pauvre sans moyens tandis qu'un malade *posi* (*positif*) a des moyens et peut donc devenir un client potentiel de la *pharmapoche*.

⁴⁷³ Loi 81/003 (1981) - Art. 38 (repris par l'Art. 48 dans la Loi 16/013) *La prime est un complément pécuniaire au traitement destiné à rétribuer l'agent qui exerce certaines fonctions ou accomplit des prestations spécifiques*. Les primes se limitent à la prime de diplôme, la prime d'intérim, la prime pour prestations supplémentaires, la prime des risques professionnelles, les frais de représentation et la prime de brousse. La Loi prévoit la possibilité d'étendre la liste des primes. La Loi 81/003 (1981) précise même le personnel bénéficiaire (Art. 38. *Il peut être accordé exceptionnellement la prime pour fonctions spéciales notamment au personnel (...) médical et paramédical*) tandis que dans la Loi 16/013 (2016) la liste n'est plus spécifiée (Art. 48. *Toutefois, il peut être accordé une prime pour fonctions spéciales dont la liste est fixée par un décret du Premier ministre délibéré en Conseil des ministres, sur proposition du ministre ayant la fonction publique dans ses attributions*)

⁴⁷⁴ La Constitution ne retient plus le principe de l'unicité du statut de la Fonction publique. Elle institue des statuts différents pour le personnel de l'Administration (l'ESU, les magistrats du pouvoir, les magistrats de la Cour des Comptes, la FARDC et la Police).

Tableau 18. Salaire de base mensuel (2024)

(en CDF et USD)

	2023		2024		
Grade Fonction publique	CDF	USD	CDF	USD	
<i>Secrétaire général (SG)</i>	390,439	156	390,439	145	Equivalences
<i>Directeur</i>	377,528	151	377,528	140	<i>Médecin général</i>
<i>Chef de Division (CD)</i>	364,238	146	364,238	135	<i>Médecin régent</i>
<i>Chef de bureau</i>	346,760	139	346,760	128	<i>Médecin résident</i>
<i>Attaché de Bureau 1 (ATB1)</i>	328,960	132	328,960	122	<i>Médecin junior</i>
<i>Attaché de Bureau 2 (ATB2)</i>	315,022	126	315,022	117	<i>Médecin interne; Inf L2</i>
<i>Agent de Bureau 1 (AGB1)</i>	300,538	120	300,538	111	<i>Infirmier A1</i>
<i>Agent de Bureau 2 (AGB2)</i>	287,644	115	287,644	107	<i>Infirmier A2</i>
<i>Agent Auxiliaire 1 (AA1)</i>	273,965	110	273,965	101	<i>Infirmier A3</i>
<i>Agent Auxiliaire 1 (AA1)</i>	254,685	102	254,685	94	
<i>Huissier</i>	240,720	96	240,720	89	

Note: Taux de change: USD1 = CDF2,500 (2023) et CDF2,700 (2024)

Tableau 19. Le rapport entre traitement et prime

Fonction	Salaire de base 100%	2/3 du salaire de base	Prime de risque
<i>Médecin</i>	130	87	667
<i>Infirmier</i>	110	74	200

(Note: Les montants sont des moyennes)

6. La question de la formation initiale⁴⁷⁵

Une base de données fonctionnelle gère le flux du personnel *en amont et en aval*. Elle permet d'évaluer les besoins annuels, voire pluriannuels du secteur. La question des besoins est complexe et nécessite une approche phasée (Encadré 7). Une fois la base de données stabilisée, la question de la formation initiale

⁴⁷⁵ Ce chapitre se limite à l'aspect du flux des RH et n'analyse pas la question de la qualité de la formation.

devient essentielle pour arrêter la production non pertinente (surproduction ou mauvaise production) et le sousemploi qui en découle⁴⁷⁶. Une production non alignée augmentera la pression et la détresse sociale mais ne devrait pas forcément influencer sur la gestion des RH - une fois le système ancré et opérationnel.

Encadré 7. Comptabiliser les besoins

La comptabilisation des besoins passe par plusieurs étapes :

Avant/pendant la stabilisation de la base de données

- **Etape 1.** Etablir la base de données normative et identifier **la pléthore** à redéployer
- **Etape 2.** Estimer le nombre de diplômés (médecins, infirmiers, sage-femmes, techniciens, etc.) disponibles sur **le marché de l'emploi**
- **Etape 3.** Une fois la base de données établie, identifier et planifier **les départs à la retraite**

Après la stabilisation de la base de données

- **Etape 4.** Planifier **les postes à prévoir** (en conformité avec les normes et la carte/couverture sanitaire qui identifie la pénurie par province, ZS et structure)
- **Etape 5.** Estimer **les besoins en formation initiale** par province
- **Etape 6.** Produire en analysant **les statistiques essentielles** (nombre d'établissements, palmarès - élèves/étudiants inscrits et lauréats, nombre et type de filières organisées) pour préparer le dialogue avec l'ESU et les Instituts au niveau secondaire sur la rationalisation et la gestion des filières⁴⁷⁷.

Inévitable, le dialogue entre le MSP et l'ESU demeure délicat. Pour l'instant, ce dialogue technique de fond ne décolle pas (Entretiens MSP, Afd) et pourrait requérir l'intervention du Chef de l'Etat et/ou du Premier ministre avant d'amorcer la concertation. Celle-ci devrait adopter *en amont* le principe que l'ESU s'aligne aux besoins en RH exprimés par le MSP. Le MSP est le demandeur des postes que l'ESU est censé livrer. Par ailleurs, les ministres sont membres à part entière du Gouvernement mais il existe une *préséance* qui résulte de l'ordre établi par l'Acte de nomination (Ordonnance 21/012 (2021) - le MSP occupe la 3^{ème} position et précède l'ESU à la 11^{ème} place)⁴⁷⁸. De plus, les ministres *appliquent le programme gouvernemental sous la direction et la coordination du Premier ministre* (Ordonnance 12/007 - Art.17). Cette disposition pourrait offrir une brèche légale et cohérente. La nécessité d'établir une base de données normative et indépendante dans le secteur de la santé relève de la vision du Chef de l'Etat et, de ce fait, devient une action prioritaire.

⁴⁷⁶ Le Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé (PNDRHS) 2019-2022 constate le déséquilibre dans la production et la répartition inéquitable des RHS. Certaines catégories (médecins généralistes, infirmiers) sont en surproduction, d'autres en sousproduction (accoucheuses, réanimateurs, assistants en pharmacie).

⁴⁷⁷ Le MSP/D1 publie des *Annuaire statistiques* des RHS avec l'appui des partenaires.

⁴⁷⁸ Cf. Ordonnance 12/007 (2017) portant organisation et fonctionnement du Gouvernement Art.26 - *Le Premier Ministre a préséance sur les autres membres du Gouvernement. La préséance entre les autres membres du Gouvernement résulte de l'ordre établi par l'Acte de nomination.* Le Ministre de la Santé a aussi préséance sur l'ESU dans la Commission socioculturelle.

Des fragments d'analyse permettent de comprendre l'enjeu d'une formation initiale alignée aux besoins⁴⁷⁹. En RDC, les institutions de formation en sciences de santé sont - au niveau secondaire - les *Instituts techniques médicaux* (ITM) et *Instituts d'enseignement médical* (IEM) (sous tutelle du MSP) ; au niveau supérieur et universitaire, les *Instituts supérieurs des techniques médicales* (ISTM) et *universités* (sous tutelle de l'ESU). Des analyses (quoique fragmentaires) font réaliser la portée et profondeur des défis. La pertinence d'une formation initiale taillée aux besoins devra faire l'objet d'une évaluation technique approfondie assorti d'un plan de rationalisation du secteur. Les exemples ci-dessous sont indicatifs des défis et pistes à explorer et exploiter.

Défis au niveau secondaire

- **L'accroissement du nombre d'ITM/IEM (2019-22) questionne.** Leur nombre est passé de 519 à 627, avec une hausse de 20% pour les écoles privées (Tableau 20). En 2019, leur nombre équivalait au nombre de ZS (519) - malgré des disparités géographiques. En 2022, ces disparités se sont accentuées. Par exemple, *surreprésentation* à Kinshasa (35 ZS et 79 écoles) et au Sud-Kivu (34 ZS et 53 écoles) ; *sousreprésentation* au Bas-Uele (11 ZS et 6 écoles) ou au Maniema (18 ZS vs. 10 écoles). (Figure 10)
- **Malgré leur nombre élevé, les ITM/IEM forment surtout des infirmiers/infirmières (A2).** Le nombre d'écoles organisant la filière *accoucheuse* est plus de 10 fois inférieur à celles ayant la filière *infirmier/infirmière*. (Figure 11) La population scolaire y est aussi impressionnante et ne fait que croître (d'environ 39,000 en 2019 à près de 60,000 en 2022). En 2022, la filière *infirmière* comptait environ 50,000 apprenants (85%) contre 7,000 accoucheuses (11%)⁴⁸⁰.

Tableau 20. Nombre d'ITM/IEM (2019-22)

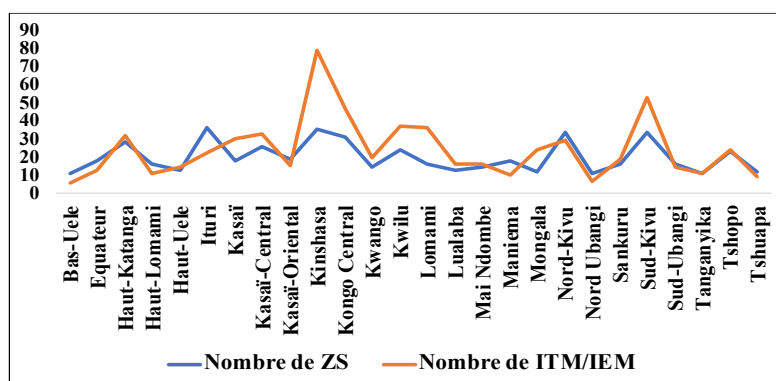
Appartenance	2019	2022	Accr. %
<i>Etat</i>	151	176	17%
<i>Confessionnel</i>	166	194	17%
<i>Privé</i>	202	257	27%
Totaux	519	627	21%

Source: *Annuaire RHS 2019 et 2022 (draft)*

⁴⁷⁹ Ces éléments d'analyse sont indicatifs et ne font qu'illustrer l'ampleur des défis.

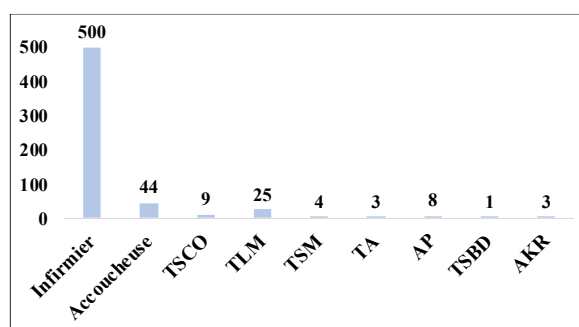
⁴⁸⁰ Source : MSP/Annuaire statistiques RHS 2022 (draft)

Figure 10. Nombre d'ITM/IEM par rapport aux ZS
(par province)



Source : MSP/Annuaire statistiques HRS 2022 (draft)

Figure 11. Filières organisées dans les ITM/IEM (RDC)



Source : MSP/Annuaire statistiques HRS 2019 (cf. Acronymes p.3)

Défis au niveau supérieur et universitaire

- **Plus de la moitié des institutions sont privées.** 52% des Universités avec filière médecine ou pharmacie et 55% des Instituts supérieurs sont de gestion privée⁴⁸¹. Pourtant, le nombre d'étudiants dans le privé n'est que de 40%⁴⁸². La motivation pécuniaire peut prévaloir sur la pertinence d'ouverture d'établissements et/ou de filières au détriment de la qualité. Pour les facultés de médecine, la totalité des frais académiques est estimée à plus de USD20 millions par an. Pour les ISTM - qui comptabilisent 85,000 étudiants (2022) - cela représente USD30 millions⁴⁸³.

⁴⁸¹ Source : MSP/Annuaire statistiques RHS 2022 (draft)

⁴⁸² Source : ESU/Annuaire statistiques 2019-20 (18,296 étudiants dans le privé vs. 28,429 dans le public).

⁴⁸³ Calcul estimatif. En médecine, USD450 pour 47,000 étudiants (2019-20) ; à l'ISTM, USD350 pour 85,000 inscrits (2022).

- **Les Annuaire statistiques RHS du MSP ne publient pas le nombre d'inscrits, de diplômés, de redoublants, etc. pour les facultés de médecine.** Ces données sont disponibles dans les AS de l'ESU et précieuses pour équilibrer formation et besoins. Cette absence pourrait révéler le faible niveau de collaboration entre les deux ministères.

Lieux de formation et de recrutement

Des listes déclaratives de CSR à Mbandaka (où l'information est disponible) renseignent que la majorité de leur personnel médical a été formée et embauchée localement. Au *CSR Mama ya Elikya*, 87% des infirmiers sont issus d'écoles locales (ISTM et IEM Mbandaka) ; au *CSR Mama Balako* la presque totalité des infirmiers et accoucheuses sortent des institutions locales. Pour les médecins, 70% ont terminé à la faculté de médecine de l'université de Mbandaka (UNIMBA). (Tableau 21) Ceci mérite d'être documenté davantage. L'embauche des diplômés dans leur milieu de formation est un élément majeur pour établir des stratégies (pertinence des filières, le *numerus clausus*, la projection en besoins, etc.)

Tableau 21. Provenance des infirmiers et médecins

CSR Mama ya Elikya		CSR Mama Balako				
Institut	Inf	Institut	Inf	Acc	Université	Méd
ISTM Mbandaka	19	ISTM Mbandaka	80	6	UNIMBA	41
IEM Mbandaka	1	IEM Mbandaka	5	9	UNIKIN	11
IFASCE Gemena	2	IFASCE Gemena	2		UNILU	2
ITM Lisala	1	ITM Kinshasa	1		Bel Campus	1
		ISTM Kinshasa	1		UNIKIS	1
		ITM Bumba		1	USK	2
Total	23	Total	89	16	Total	58

Source: Listes déclaratives 2023

Bel Campus = Université privée à Kinshasa; USK = Université Simon Kimbangu (Kinshasa)

IFASCE = Institut facultaire de sciences de santé cardinal Etsou (Gemena)

Vers une gestion structurelle des RHS

7. La structure organique au cœur du système

7.1. L'ossature de la base de données RHS

Le poste autorisé comme élément structurant. Le principe est connu. En 1986, le *Service de Contrôle et de la Paie des Enseignants* (SECOPE) de l'EPST l'avait adopté comme socle de gestion. En amont, le ministère avait défini la *structure organique* des écoles et administrations. Par exemple, une école primaire de 6 classes correspondait au poste de *directeur*, 6 postes d'*enseignants titulaires* (pour chaque classe) et 1

poste d'*enseignant surnuméraire* (pour remplacer un enseignant absent) - au total 8 postes *autorisés*⁴⁸⁴. Un programme informatique assurait la conformité entre structure organique et postes autorisés. Toute tentative de dépassement était alors rejetée d'office par la machine. De ce point de vue, l'outil sert de bouclier efficace contre les irrégularités. Le système fait respecter les normes édictées par le ministère. Il en est en quelque sorte le garant technique et veille à leur application.

Le poste autorisé a le potentiel de mettre fin aux anomalies. Les défis apparaissent nombreux. Les commissions d'affectation non alignées, le nombre d'agents à statut différent (payés ou non payés), le non respect des normes, la pléthore, les recrutements intéressés, la problématique des retraités, inéquités omniprésentes, etc. dressent un tableau sombre et complexe. (cf. Chapitres 1-6) En réalité, leur ampleur et diversité sont plutôt les résultats d'une cause commune. Pour cette raison, les affronter séparément serait une stratégie inopportune et inefficace. L'introduction et l'application du *poste autorisé* combinée à une gestion informatisée et mécanique pourrait mettre fin à grand nombre d'incohérences.

Des étapes majeures sont à franchir pour arriver à une gestion transparente et structurelle des RHS. L'ancrage des normes et de la structure organique dans un outil informatique est relativement simple à réaliser mais n'a que peu d'intérêt sans la prise de décisions institutionnelles majeures. Les *conditions préalables* ont été abordées (cf. Chapitre 4). Celles-ci sont indispensables, se font en parallèle et requièrent technicité et qualité. Le *dialogue récurrent avec l'ESU* sur l'harmonisation entre besoins et formation n'est pas une précondition à la mise en place d'une base de données stabilisée (cf. Chapitre 6). Il apparaît surtout essentiel pour réduire la tension sur le marché de l'emploi et de mettre en place un dispositif de formation pertinent. Par contre, la *gestion de la pléthore* s'annonce comme un défi majeur. L'application des normes mettra à nue l'ampleur des sureffectifs. Il est anticipé qu'une partie de la pléthore présente sur les listes déclaratives sera absorbée *de facto* par les contrôles physiques (agents fictifs, déserteurs, sans documents, etc.). Il restera la pléthore *en règle* à gérer. Les solutions ne relèvent pas du miracle. Elles sont limitées, ne pourront pas du jour au lendemain corriger des années d'irrégularités et prendront donc du temps. Trois pistes majeures apparaissent faisables (et inévitables): le *redéploiement*, la *reconversion* et la *mise à la retraite (sans remplacement)*. Le *redéploiement* est une nouvelle affectation. En tant qu'employeur, l'Etat gère le transfert de son personnel⁴⁸⁵. En pratique, le transfert peut se heurter à des résistances, voire des refus. La pléthore est concentrée dans les zones urbaines. La majorité des transferts se fera vers des zones (semi)rurales où les conditions de vie pour l'agent et sa famille sont peu attrayantes. Le plan de redéploiement ne sera que réaliste s'il prévoit un *plan d'attractivité*. Ce plan nécessite une étude qui cartographie et décrit pour l'ensemble des ZS rurales les atouts et défis pour remplir les conditions de vie minimales. (Encadré 8) La réintroduction du *médecin ambulatoire* - basé en ville avec sa famille mais qui fait des missions dans les aires de santé de sa juridiction - pourrait être explorée. La *reconversion* pertinente (par exemple, remise de bourses d'études aux infirmiers pour se reconverter en sage-femmes) se limite à quelques initiatives récentes et mérite d'être généralisée et appuyée par les partenaires⁴⁸⁶. Une base de

⁴⁸⁴ On paie le poste et non pas l'individu. Le système gère des postes plus que des individus. Le point de départ pour la budgétisation n'est pas l'agent recruté mais le poste. Le nom de l'agent sert principalement à la paie que le poste génère.

⁴⁸⁵ Cf. Loi 160/13 (2016). Art. 43 - *Le transfert est l'affectation de l'agent dans un service public autre que celui dans lequel il est employé* ; Art. 44 - *Le transfert est effectué soit à la demande de l'agent soit par nécessité du service, sur décision du ministre ayant la fonction publique dans ses attributions, après avis des services concernés.*

⁴⁸⁶ Par exemple, Soins de santé primaire en milieu rural (SANRU asbl) - *Projet Bomoyi* (Maniema, Kasai) avec l'appui de la Suède/ l'Université Suédoise de Göteborg (<https://youtu.be/pR36c1T3OwI>); United Nations Population Fund (UNFPA) en Ituri et à Kinshasa.

données fiable permet de planifier les départs. Elle peut de façon claire et désagrégée identifier les ‘retraitables’. Dans le contexte de l’absorption de la pléthore, la *mise à la retraite* supprime le poste. L’agent n’est pas remplacé.

Encadré 8. Conditions minimales de transfert

(médecins)

Vivant avec la famille :

1. Etre **mécanisé payé** (salaire de base, primes de risque et d’éloignement - *prime de brousse*) et **bancarisé** (la rémunération est transférée au compte personnel de l’agent)
2. Un **moyen de déplacement** adapté au milieu et à la charge de travail
3. Un **logement** digne de ce nom, **électrifié** (panneau solaire) et **accès à l’internet** (être connecté)
4. Une **plateforme technique** acceptable (conditions professionnelles de travail sont réunies)
5. La **scolarisation des enfants** (école accessible et de qualité)

Séparé de la famille :

1. **Conditions 1 à 4** (ci-haut)
2. **Deux billets** par an pour aller voir la famille

(Source : Entretiens MD, syndicats et CUOM, 2023)

7.2. Une gestion indépendante comme choix stratégique

Une fois sécurisé, le programme informatique requiert une gestion désintéressée. L’accès au programme informatique peut être sécurisé pour éviter toute manipulation (code d’accès, structure organique verrouillée, équipe autorisée restreinte) mais ne pourra suffire et demeura fragile. Au SECOPE (années 90) ce verrouillage avait sauté et décrédibilisé la fiabilité du système⁴⁸⁷. Le départ de la Coopération belge (bailleur et gestionnaire du projet en collaboration avec le Ministère) avait entamé une perte progressive de transparence. Ce problème est fondamental. Quand un Ministère gère sa propre base de données, il doit être à l’abri de toute pression et être en mesure d’y résister. Cette pression est à la fois interne et externe. Le personnel en charge du programme informatique peut subir des pressions venant de la hiérarchie ou lui-même initier des manipulations pour plaire ou répondre à des sollicitations externes. Les visites de terrain ont confirmé et documenté les pratiques de recrutement, l’autoritarisme de l’administration, la transgression des normes, les listes déclaratives sujette à caution, etc. Ces pratiques ne

⁴⁸⁷ Cf. Documents de la Banque mondiale qui abordent le problème - PAD PARSE (2008), PAD PROSEB (2012), PER (2015), PAD PERSE/EESSE (2020).

vont pas cesser. Un AG RH racontait comment une équipe de la Fonction publique lui avait proposé d'ajouter des noms à la liste déclarative du bureau pour pouvoir récupérer leur solde et le partager par après (Entretiens BCZS, Kinshasa). Des pratiques de ce type deviendront moins motivantes une fois la base de données HRS stabilisée et verrouillée.

Seul un système indépendant pourra résister. La gestion de la base de données a été abordée lors des visites de terrain (SG, IGS, DPS, IPS, BCZS, MD et IT). Les réactions ont été largement concordantes. Tous affirment que - dans le contexte congolais - seule une gestion externalisée peut faire face à la pression (politique, tribale, familiale, intéressée, etc.). Cette pression est omniprésente et constante. Elle l'est surtout parce que rien ne l'empêche d'aboutir. La délégation d'un service public est autorisée par la Loi⁴⁸⁸. Elle permet de confier une des missions du MSP/SG à un organisme privé avec qui il signe un contrat. La délégation mettrait fin aux pressions et irrégularités car l'organisme *n'a pas de tribu*. (Entretiens BCZS, Kinshasa). Ce dispositif mettra en place une gestion désintéressée des RHS avec obligation de résultats. Le système devient régulateur. Il s'impose et est plus fort que l'individu.

La gestion déléguée est au service du MSP. Le partenariat ne peut que bénéficier à l'image du MSP sur le plan opérationnel et réputationnel. Les termes de l'accord peuvent s'inspirer des modèles de partenariat existants (*cession en gestion*)⁴⁸⁹. Délégation ne veut pas dire perte de souveraineté. Le contrat précisera les modalités de collaboration et permettra au MSP de mieux poursuivre sa politique de RH, d'assurer la qualité des soins et de progresser vers la CSU. La gestion déléguée est un choix conscient et stratégique pour un retour obligé à la normalité. Par ailleurs, la base de données générera une paie maîtrisée que le SG signera avant transmission au Budget (Direction de la paie) - ce qui permet de contrôler *a posteriori* la cohésion entre la paie et la liste transmise et de réduire le risque de manipulation du fichier au-delà du MSP.

8. Nécessité de fédérer les groupes de pression derrière le modèle

La transition vers un fichier sécurisé rencontrera des résistances. La prise de conscience qu'un système verrouillé mettrait fin aux affectations '*hors norme*' (et toute forme de clientélisme dans la gestion des RH) ne sera pas concédé sans ennuis. La résistance pressentie la plus forte sera au niveau politique que l'administration accuse régulièrement d'ingérence (*dépolitiser l'administration*) même si l'administration *hiérarchique* elle-même n'est pas exempte d'irrégularités. Ce constat ne devrait pas faire oublier le personnel (MCZS, MD, IT et le personnel de santé tout court) - la majorité silencieuse - qui subit le système au quotidien et preste dans des conditions rudes, celles-ci souvent le résultat direct d'une gestion désordonnée des RHS (la pléthore qui réduit la prime locale - parfois à des montants dérisoires, le casse-tête de la gestion des affectations non sollicitées et les sureffectifs, la pression sur le budget de l'Etat pour

⁴⁸⁸ Cf. Loi Organique 16-001 (2016) *fixant l'organisation et le fonctionnement des services publics du pouvoir central, des provinces et des entités territoriales décentralisées*. Art. 14 - *Le pouvoir central, la province et l'entité territoriale décentralisée peuvent, dans le respect de la loi, déléguer leurs missions à des organismes publics ou privés assimilés. Il ne peut y avoir de délégation de services publics pour les missions régaliennes de l'Etat, notamment la justice, la sécurité et la défense.*

⁴⁸⁹ MSP/Direction Etablissements des Soins et Partenariat (2022). *Vademecum de partenariat dans le secteur de la santé.*

la régularisation des nombreux N.U. et NP - dont nombreux travaillent depuis des années sans traitement ni prime de risque, etc.).

Seul les alliances stratégiques pourront conduire au changement. La décision ultime sera politique et *devra l'être* pour que le système s'aligne. Une décision du Chef de l'Etat (sous forme de Loi) - suivie d'une communication administrative forte - donnerait une base juridique et contraignante à la mise en place et gestion du fichier RHS. Il est fondamental que l'initiative et l'ordre vienne d'en haut. Le rôle des alliances sera de porter le modèle et de convaincre le pouvoir politique du bien-fondé, bienfaits et retombées politiques. Les alliances rassembleront des groupes hétéroclites qui sont toutefois prêts à se rallier pour une cause dont l'intérêt commun et l'enjeu structurel ne sont plus à démontrer. Beaucoup dépendra du poids et de la volonté des alliés pour porter le message.

Plusieurs groupes de pression ont été identifiés. Ils sont à la fois internes et externes.

- **L'administration centrale (SG, IGS).** Le SG et l'IGS sont la clé de voûte de l'administration du MSP et à la fois bénéficiaire et exécutant. Leur soutien est essentiel pour porter le modèle au niveau politique mais aussi au niveau des bailleurs en santé. C'est la responsabilité première du MSP de défendre sa politique et d'en préciser le raisonnement et résultats attendus. La gestion des RHS est au cœur de la qualité des soins et de la CSU. Elle est une priorité récurrente dans les documents stratégiques du MSP (Encadré 1) - politique adopté par le Gouvernement - mais peut réquerir plus de clarté opérationnelle, au-delà des déclarations théoriques. Les bailleurs préfèrent un chemin tracé avant d'y adhérer et le financer. Les entretiens au SG et à l'IGS confirment une prise de conscience de l'enjeu structurel des RHS. Ils affichent une ouverture certaine et volonté de changement. Ils estiment que depuis des années les RHS sont un des principaux maux du système de santé.
- **Les syndicats.** Le rôle principal des syndicats est de défendre les intérêts du personnel de santé. Leur capacité de pression (revendications salariales, grève) est réelle. Les entretiens avec l'Intersyndicale, le SYMECO (médecins), le SOLSICO et l'UNIIC (infirmiers) et le SYNASAFCO (sage-femmes) ont permis d'avoir un aperçu de leur fonctionnement, défis et attentes. Les syndicats disent que le Gouvernement les *traite comme un appendice*. Leur frustration majeure est leur marginalisation dans les grands débats stratégiques du secteur (gestion RHS, gratuité, CSU, qualité des soins, budget-programme, etc.). Par exemple, ils n'ont pas été associés à l'élaboration de la nouvelle Loi-cadre 23/006 sur le secteur (2023) (et n'ont pas reçu une copie). Les syndicats sont conscients qu'ils doivent gagner de la crédibilité et sortir de leur image revendicatrice - *le Gouvernement ne comprend pas encore notre rôle positif* (Entretiens syndicats, 2023). Confrontés au quotidien à la gestion injuste des RHS, l'introduction d'un fichier sécurisé et sa gestion déléguée *serait l'idéal*, mettrait fin aux iniquités et entamerait le *retour à la normalité*. Un fichier opérationnel pourrait générer et assurer la planification équitable des régularisations où l'intervention syndicale se limiterait à la simple vérification. Une gestion améliorée des RH ne peut qu'améliorer la qualité des services et des soins. Les syndicats veulent jouer un rôle plus constructif - reconnu par l'Etat - et s'intéresser davantage aux aspects structurels du système de santé. Pour ce faire, ils ont besoin de formation - ce qui permettrait une défense plus informée et articulée des dossiers - et de contacts apaisés avec le MSP et les bailleurs. Dans cette optique, le fichier sécurisé devient une revendication au même titre que les conditions salariales.
- **Le Bureau diocésain des Œuvres médicales (BDOM).** Depuis l'époque coloniale, le réseau confessionnel est très actif dans les secteurs sociaux (enseignement, santé). Le BDOM opère sous l'autorité de la Conférence Episcopale Nationale du Congo (CENCO) qui a signé une *Convention cadre*

de partenariat avec le Gouvernement pour 10 ans (2018-28)⁴⁹⁰. Le BDOM a un réseau de bureaux provinciaux bien ancrés dans le système de santé local. Les entretiens avec BDOM Kinshasa et les structures de santé sous gestion confessionnelle (Kinshasa, Equateur) montrent à la fois l'attachement profond à l'autonomie de gestion (*l'indépendance du partenaire* - Art. 3 de la Convention) et la conviction qu'ils n'évoluent pas dans un oasis et subissent aussi les inefficacités du système. Les confessionnels peuvent jouer un rôle *approbateur*. Leur poids non négligeable et leur message pastoral peuvent s'avérer utile et porteur pour convaincre le Chef de l'Etat.

- **Les bailleurs en santé.** Le *Groupe interbailleurs* (GIBS) réunit les bailleurs actifs dans le secteur de la santé. Il a une sous-commission RHS. Des initiatives (quoique louables) en faveur d'une meilleure gestion des RH (iHRIS) ont montré leurs limites (gestion déclarative des RH, progrès lent et géographiquement limité - depuis 2016-17, peu d'ancrage structurel, etc.). Le défi fondamental des bailleurs est de laisser des résidus systémiques et d'évoluer du parallèle au structurel. Ceci est peu probable sans coordination. La coordination c'est l'adhésion à un agenda commun sur l'essentiel - l'essentiel étant le minimum requis pour assurer des soins de qualité. La gestion des RHS fait partie de l'essentiel car elle peut déstabiliser ou améliorer la gestion d'une structure de santé au quotidien. Les constats (cf. Chapitres 1-6) le documentent à suffisance. Elle est aussi un défi de portée nationale qui requiert une réponse aux retombées nationales. Dans l'hypothèse où le modèle (fichier sécurisé et gestion déléguée) est portée par la partie nationale - et conscients de sa pertinence et son potentiel - les bailleurs devraient le soutenir à leur tour, parler d'une seule voix et le défendre au niveau approprié. Dans un système verrouillé où le changement de l'intérieur relève du rêve, la pression externe peut faire la différence.

Encadré 9. Note sur la Fonction publique et la Direction de la paie (Budget)

Le rôle des deux Ministères se résume essentiellement à

- l'identification fiable des agents de l'Etat gérés par la Fonction publique qui constitue la base pour la paie et la gestion de carrière des agents (Fonction publique)
- gestion correcte de la paie par rapport aux fichiers transmis (Budget - Direction de la paie)

Ces deux activités ne sont pas possibles ni crédibles sans disposer d'un fichier stable en amont. En santé, seul le fichier stabilisé et sécurisé pourrait y répondre. Ceci vaut *mutatis mutandis* pour tout autre Ministère. Les entretiens à la Fonction publique n'ont pas fait apparaître une opposition à l'idée que le MPS se mobilise pour la mise en place d'un fichier sûr. En principe, ce fichier devrait servir pour générer la paie. A ce point, il intégrera le système SYGECPAF (*Système de gestion centralisée de la paie des agents et fonctionnaires de l'Etat*) à la Direction de la Paie (Budget) - pour remplacer la base existante. Cette étape pourrait rencontrer une résistance de la part du Budget. Elle devra faire partie des 'pourparlers' une fois la Loi sur la structure organique soit opérationnelle. Elle en est la logique normale.

⁴⁹⁰ Convention cadre de partenariat N°1250/CAB/MIN/S/020/CAJ/OWE/2018.

III. Recommandations

Dans l'immédiat

1. **Assurer les conditions préalables pour une gestion de routine des flux en RH (entrées et sorties alignées aux besoins).** Elles sont :

- Définir *la structure organique (postes autorisés)* des structures sanitaires (HGR, CS/CSR, PS) et bureaux administratifs (DPS, IPS, BCZS) (maxima autorisés). Cette démarche construit sur l'existant (normes anciennes et actualisées) et adopte une approche consensuelle, documentée et motivée (qui associe les acteurs de la périphérie). Elle développe une *nomenclature identique* (fonctions) et *format uniformisé du fichier* (nombre et type d'entrées). Ce format pourra s'inspirer des modèles de la liste déclarative et de l'iHRIS.
- Procéder à *un contrôle physique* du personnel en place (*en activité*) repris sur les listes déclaratives. Ce contrôle se fait selon des critères pré-établis par une structure indépendante pour éviter tout conflit d'intérêt et assurer un processus administratif transparent.
- Actualiser *la carte sanitaire* et établir la cartographie des structures sanitaires existantes et à prévoir. La carte sanitaire assure à toute la population l'accès équitable aux soins primaires.
- Faire des *projections démographiques* multiannuelles qui permettent d'introduire une formule standard (WISN) et d'anticiper le poids de la charge de travail liée à la pression démographique.

2. **Entamer les consultations avec les groupes de pression identifiés.** Ces discussions servent à rallier les différents groupes autour du modèle du fichier sécurisé et comment approcher et convaincre le niveau politique de sa pertinence.

A court terme

3. **Emettre une Loi (à l'initiative du Chef de l'Etat et votée par le Parlement) qui établit la structure organique comme socle d'une gestion structurelle des RHS.** Cette Loi pourrait s'appliquer à d'autres secteurs (EPST, etc.) et faire de ce principe soit un rappel soit une contrainte qui imposerait le respect des normes établies. Cette Loi pourrait, par ailleurs, intégrer les aspects techniques pertinents (les conditions préalables, les fondamentaux de gestion, le format du fichier, etc.) pour assurer une planification efficace des flux en personnel. Elle pourrait aussi inclure des clauses qui garantissent au personnel le *droit d'opposition*. Ce droit de *refus administratif* rappelle et clarifie qu'un agent de l'Etat (à tous les niveaux) a le droit souverain de s'opposer aux décisions administratives qui transgressent la Loi (par exemple, des commissions d'affectation non alignées aux besoins ou le remplacement d'un agent sans motif valable).

4. **Une fois la Loi votée, mettre en place une stratégie de communication solide.** Elle informe toute partie concernée (du haut en bas de la pyramide sanitaire) de la pertinence (et l'urgence) de la Loi. Elle clarifie son caractère contraignant et le *modus operandi* du fichier. Il est anticipé que la connaissance de la Loi et du fichier sécurisé mettra fin au recrutement abusif.

5. **Déléguer la gestion de la base de données en la confiant (par appel d'offre international) à un organisme de renom, non-étatique et indépendant avec qui le MSP signe un contrat.** Ce dispositif mettrait fin d'office (*de facto* et *de jure*) à toute pression administrative de quelque nature qu'elle soit (politique, tribale, familiale, etc.) - laquelle est aujourd'hui identifiée comme obstacle majeur à une gestion efficace des RHS. La délégation d'un service public est autorisée par la Loi. (Chapitre 7) La gestion du

fichier est sécurisée, centralisée et uniforme. Au MSP, de nombreux acteurs estiment qu'une délégation de gestion apparaît - dans le contexte congolais - comme la (seule) voie indiquée pour asseoir un système de RHS opérationnel et efficace.

A moyen terme (*une fois le fichier opérationnel*)

6. Une fois les besoins identifiés, élaborer

- ***Un plan de redéploiement du personnel pléthorique*** vers les zones et structures de santé en sous-effectif. Ce plan requiert une étude sur les conditions de redéploiement (*la condition de l'attractivité*) à mettre en place, surtout pour les transferts en zones rurales (Encadré 8).
- ***Un plan équitable de mécanisation (régularisation) et de rémunération (alignement)*** du personnel non-mécanisé et non-payé. Cette équité s'applique à la répartition géographique (provinces, ZS), aux catégories professionnelles (tout le personnel de santé est traité de la même façon) et priorise le personnel à redéployer et la lutte contre les déserts médicaux.
- ***Un plan équitable de la mise à la retraite*** des agents retraitables qui établit ses propres critères d'équité.
- ***Des plans annuels de recrutement***, désagregés par structure, ZS et province. Ces plans (partagés avec l'ESU) dressent un tableau des pénuries en RH et les priorités d'action tout en respectant le souci premier de l'accès équitable aux soins pour tous.

Ces plans pourraient prévoir un quota de 10% pour les 'recommandations' (c'est-à-dire, des bénéficiaires recrutés à la discrétion de la hiérarchie) et servirait à gérer la pression externe.

A envisager à plus long terme (*une fois le fichier est opérationnel*)

1. **Appliquer les dispositions légales en matière de gestion de carrières.** L'évaluation du personnel (*cotation*) et la promotion sont essentielles pour évaluer l'assiduité et l'efficacité au travail. Ceci relève de la responsabilité du MSP et de la Fonction publique.

2. **Conduire des discussions internes (MSP/D6/IEM) et externes (MSP/ESU) sur la pertinence de la formation initiale.** Une base de données fiable et épurée permet d'identifier les besoins à l'entrée (par province et ZS) et de planifier les flux. Ces besoins sont transmis annuellement à l'ESU. Il apparaît fondamental que l'ESU comme fournisseur des RHS soit à l'écoute des besoins du MSP. Ce dialogue technique mais de portée structurelle nécessite un débat apaisé. Il requiert la médiation du Premier ministre - sous l'égide du Chef de l'Etat - et s'inscrit dans la logique de la nouvelle Loi sur les RH. L'objectif principal est d'éviter *la surproduction* (car elle augmente le sousemploi et la pression sociale) et *la production non pertinente* (car elle ne s'aligne pas aux besoins réels exprimés par le MSP). La mise en place d'une gestion rationnelle des RHS ne pourra se faire sans une remise en question de l'efficacité de la formation initiale.

4. **Adopter un statut spécifique pour tout le personnel de santé** (à l'image de celui de l'ESU). Les salaires du MSP sont statutairement liés à la Fonction publique. Leur augmentation équivaut à une augmentation pour toute la Fonction publique avec des implications budgétaires substantielles. Un statut spécifique faciliterait des négociations salariales, y compris sur le calcul de la retraite. Il peut être initié et porté par le MSP mais requiert une adhésion et forte implication des syndicats.

Addendum (*matière à réflexion*)

Une gestion efficace et de routine des RH est au cœur d'un système de santé opérationnel. D'autres piliers d'égale importance n'ont pas été analysés mais sont étroitement liés aux RHS. Il s'agit de :

- **Budget-programme (BP).** L'objectif principal du BP est d'améliorer la qualité des dépenses publiques et d'en garantir une utilisation pertinente qui garantit des soins de santé de qualité et la CSU. Un système RH dysfonctionnel entraîne des iniquités, un gaspillage de ressources et, à terme, des soins de mauvaise qualité.
- **Le principe d'autonomie.** En l'absence de subventions publiques, les structures sanitaires fonctionnent *de facto* avec des ressources propres qu'elles gèrent elles-mêmes. Les subventions de fonctionnement - allouées trimestriellement et utilisant un cadre spécifique et uniforme de GFP - ont le potentiel d'améliorer considérablement la qualité des soins. Transférées sur des comptes bancaires, les subventions rendent l'établissement de santé entièrement responsable de leur utilisation. Les dépenses éligibles sont réglementées et peuvent permettre d'investir dans le matériel médical, de couvrir le coût de la gratuité, de remédier aux bas salaires (personnel pas encore payé), d'entretenir les locaux, etc. Le modèle FBP s'appuie sur certains de ces principes.

IV. Plan d'action prioritaire

A. Dans l'immédiat		
Activités classées par ordre de priorité	Responsable principal	Implications institutionnelles et/ou juridiques
1. Définir <i>la structure organique (postes autorisés)</i> des structures sanitaires (HGR, CS/CSR, PS) et bureaux administratifs (DPS, IPS, BCZS) (maxima autorisés) et établir <i>la matrice du fichier</i> (format, entrées, etc.)	MSP/SG/DEP (ateliers techniques et AT)	<ul style="list-style-type: none"> Production d'un <i>recueil de normes</i> (sous forme de <i>décret</i>) qui devient opposable à tous <i>Démarche consensuelle</i> qui implique la périphérie Les normes sont basés sur <i>les fonctions</i> et la charge de travail par fonction. La <i>nomenclature</i> des fonctions est uniformisée Le format du fichier s'inspire des modèles de la liste déclarative et d'iHRIS et sera formalisé dans un <i>décret</i>
2. Procéder à <i>un contrôle physique</i> du personnel en place (<i>en activité</i>) repris sur les listes déclaratives.	Structure indépendante (en collaboration avec le MSP/SG/IGS)	<ul style="list-style-type: none"> <i>Appel d'offre national /international</i> pour recruter la structure indépendante Recours potentiel à des techniciens des Ministères MSP, Fonction publique, Budget et syndicats comme <i>observateurs</i> et/ou <i>conseils techniques</i> Nécessité d'une <i>formule juridique</i> pour les TdR, ordres de mission, etc. approuvée par les Ministères
3. Actualiser <i>la carte sanitaire</i> et établir la cartographie des structures sanitaires existantes et à prévoir.	MSP/SG/DEP (OCHA + AT)	<ul style="list-style-type: none"> Cette activité aura deux phases : confirmer la situation actuelle (519 ZS), ensuite cartographier l'extension prévue (600 ZS), et couler le tout dans un <i>texte juridique</i>
4. Faire des <i>projections démographiques</i> multiannuelles qui permettent d'introduire une formule standard (WISN) et d'anticiper le poids de la charge de travail liée à la pression démographique.	MSP/SG/DEP (atelier technique +AT)	<ul style="list-style-type: none"> Sur la base des projections, établir une <i>formule WISN</i> que l'on peut utiliser pour des réajustements pluriannuelles des normes (<i>postes autorisés</i>)
<i>Activités 1, 2, 3 et 4 peuvent se produire en parallèle. Activités 1 et 4 peuvent être regroupées.</i>		
5. Entamer les <i>consultations avec les groupes de pression</i> identifiés	Equipe BM (série d'ateliers techniques)	<ul style="list-style-type: none"> Série de <i>consultations</i> avec l'administration centrale du MSP (SG/IGS/DEP), les syndicats, les confessionnels et les bailleurs de fonds (GIBS). Objectifs : obtenir l'<i>adhésion au modèle</i> et recommandations et <i>clarifier les stratégies</i> à adopter pour approcher et convaincre le niveau politique
B. A court terme		
6. Emettre <i>la Loi</i> qui établit la gestion du fichier sécurisé.	MSP/SG + AT Présidence Primature Parlement	<ul style="list-style-type: none"> <i>Appui technique</i> dans l'élaboration de la Loi (pour s'assurer de sa pertinence, portée et qualité) <i>Loi votée</i> par le Parlement <i>Large distribution</i> de la Loi (cf. stratégie de communication)
7. Mettre en œuvre <i>la stratégie de communication</i>	MSP/SG + AT DPS/IPS BCZS	<ul style="list-style-type: none"> <i>Concevoir</i> la stratégie de communication La communication vise tous les niveaux de la pyramide sanitaire (distribution d'un <i>dépliant</i> qui explique la nouvelle Loi et ses conséquences)
8. <i>Déléguer la gestion</i> du fichier	MSP/SG + AT (appel d'offre national /international)	<ul style="list-style-type: none"> Publier un <i>appel d'offre national /international</i> <i>Passation de marché</i> transparent Décrire (dans le <i>contrat</i>) les <i>co-responsabilités</i> détaillées de l'agence recrutée et du MSP

C. A moyen terme (une fois le fichier opérationnel)		
9. Planifier les différentes régularisations des dossiers (le redéploiement de la pléthore, les mécanisations et alignements, la mise à la retraite, le recrutement)	MSP/SG Agence en charge de la gestion Syndicats	<ul style="list-style-type: none"> La planification est annuelle (de préférence avant les conférences budgétaires) - pour assurer la prise en compte budgétaire. Les plans sont générés par le fichier sécurisé respectant des critères équitables Conduire une étude sur les conditions d'attractivité par ZS Les syndicats sont partie prenante dans le processus de planification pour en assurer la transparence
AT = Assistance technique		

Appendice 1. Méthodologie

L'AEP est le résultat d'une *revue documentaire* (analyses récentes de la problématique des ressources humaines dans le secteur de la santé en RDC) et des *visites de terrain* (entretiens semi-structurés et collecte de documents auprès des répondants)⁴⁹¹. Les visites de terrain se sont déroulées au niveau central (Ministères de la Santé, de la Fonction publique et du Budget) et à la périphérie (provinces de Kinshasa et de l'Equateur). La périphérie inclut la DPS, l'IPS et des ZS - BCZS et des structures sanitaires (HGR, CS et CSR). A Kinshasa, d'autres échanges ont eu lieu avec les principaux syndicats de santé (médecins, infirmiers et sage-femmes), l'Ordre des médecins, le BDOM de l'archidiocèse de Kinshasa et les principaux bailleurs appuyant la gestion des ressources humaines; à l'Equateur, des rencontres avec des établissements de formation médicale au niveau secondaire, supérieur et universitaire (Mbandaka). Le personnel rencontré était essentiellement : BCZS (MCS) ; HGR (MD et AG) ; CSR (MD) et CS (IT).

Liste des structures visitées

<i>Catégorie</i>	<i>Structures visitées</i>
Bailleurs	IMA (FCDO); JICA; GIBS sous-commission RH, GIBS, Afd, BM
MSP	
Niveau central Kinshasa	SG; IGS; DEP; D1; D6 (SNIS)
Niveau provincial Kinshasa	DPS; IPS
Niveau provincial Equateur	Ministre provincial de la Santé; DPS; IPS
BCZS Kinshasa (10)	Lingwala; Masina 2; Kalamu 2; Limete; Barumbu; Makala; Selembao; Kinshasa; Kintambo; Kingasani
BCZS Equateur (3)	Mbandaka; Wangata; Bikoro
Confessionnels	BDOM Kinshasa
Ordre des Médecins	CUOM Kinshasa
Syndicats (5)	Intersyndicale; SYNASAFCO; UNIIC; SOLSICO; SYMECO
Structures sanitaires	
HGR Kinshasa (9)	Hôpital pédiatrique Kalembe-Lembe; CH de Matonge; CM Moyi Mwa Ntongo; CH Boyambi; HME Barumbu HGR de Makala (ex-sanitorium); HGR de Kingasani; HGR Kintambo; Maternité de Kintambo
CSR Kinshasa (5)	CSR Kimbela; CSRM Kitega; CSR Kasai; CSR Kinkosi; CSR Kito-Kimosi
CS Kinshasa (4)	CS Kasai; CS Selo; CS Mongala; CS Tembo
HGR Equateur (3)	HGR Mbandaka; HGR Wangata; HGR Bikoro
CSR Equateur (2)	CSR Mama Balako; CSR Maman wa Elikya
CS Equateur (3)	CS Bosomba; CS Penzele; CS Bakanza
Formation initiale	IEM (Mbandaka); ISTM (Mbandaka); UNIMBA (Mbandaka)
Ministères	Fonction publique, Budget (Direction de la paie)

Appendice 2. Normes en ressources humaines

BCZS	2012	2019
MCZ	1	1
Médecin responsable de l'entité technique	0	1
Pharmacien	1	1
Assistant pharmacien (dépôt)	0	1
Nutritionniste	1	1
AG ou AGT gestion admin et fin	1	1
AG chargé des RH	0	1
Assisant chargé des RH	0	1
AG chargé de la gestion financière	0	1
AG chargé de la gestion mat et logistique	0	1
Infirmier (superviseur) (IS)	3	10
Intendant	0	1
Pool SNIS statisticien	0	1
Pool SNIS gestionnaire de données	0	1
Secrétaire comptable	1	1
Assistant chargé de la comptabilité	0	1
Assistant chargé de la caisse	0	1
Chargé des archives	0	1
Sentinelle	2	2
Chauffeur	1	1
Technicien de maintenance	0	1
Huissier	0	1
Technicien d'assainissement	1	0
Animateur communautaire (AC)	1	1
Travailleur ordinaire (TO)	2	2
Total	15	35

CS pour 100,000 habitants	2006	2012		2019	
		CS rural	CS urbain	CS rural	CS urbain
Consultations (Infirmier A1/A2)	1	2	4	2	4
Soins (Infirmier A1/A2)	1	2	4	2	4
Laboratoire (Technicien A2)	1	1 ou 2	2	1 ou 2	2
Réception (D6)	1	1	1	1	1
Logistique/maintenance	1	1	1	1	1
Accoucheuses	0	2	4	2	4
Total	5	8 ou 10	15 ou 16	8 ou 10	15 ou 16

Ces normes constituent une base autour de laquelle devrait se justifier toute unité supplémentaire et cela en fonction de l'augmentation de la charge du travail. On retient donc la fourchette d'un infirmier pour 5,000 habitants (hypothèse de travail)

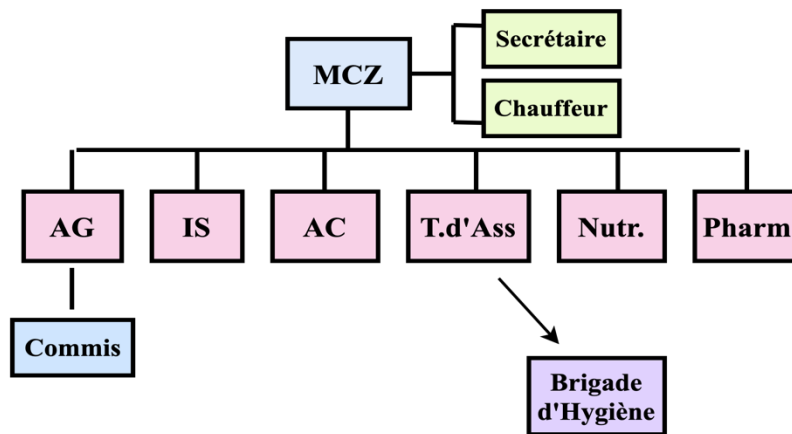
En ce qui concerne le personnel d'appoint, tout dépend de la situation dans laquelle on se trouve (...) Ceci dit, l'analyse de la dotation en personnel doit se faire au cas par cas (Normes 2016, 2012 et 2019)

HGR pour 100,000 habitants	2006 (100 lits)	2012 (100 lits)	2012 (150 lits)	2019 (100 lits)	2019 (150 lits)
Personnel technique (professionnel de santé)					
Médecins	3	6	8	6	8
Chirurgien - dentiste	0	1	2	1	2
Pharmaciens	1	2	3	2	3
Assistant en pharmacie A2	0	4	3	4	3
Anesthésiste A1	1	2	3	2	3
Administrateur gestionnaire (AG)	1	6	9	6	9
Directeur de nursing (DN)	1	(na)	(na)	(na)	(na)
Infirmiers	16	(na)	(na)	(na)	(na)
Infirmiers A1 - L2	(na)	4	6	4	6
Infirmiers A2	(na)	10	15	10	15
Infirmiers A3	(na)	10	15	10	15
Infirmières accoucheuses A1, A2, A3	(na)	7	10	7	10
Biologiste médical	0	2	2	2	2
Techniciens de labo A1, A2	2	4	6	4	6
Techniciens radio A1	1	2	3	2	3
Kinésithérapeute A1	1	5	7	5	7
Nutritionniste A1	1	2	4	2	4
Technicien d'assainissement A2	0	4	6	4	6
Personnel administratif					
Administratifs	3	(na)	(na)	(na)	(na)
Secrétaire	(na)	1	1	1	1
Comptable	(na)	1	2	1	2
Caissier	(na)	1	1	1	1
Statisticien et archivage	(na)	1	1	1	1
Agent de facturation	(na)	1	1	1	1
Réceptionniste	(na)	2	2	2	2
Chauffeur et chauffeur mécanicien	1	2	2	2	2
Personnel de la buanderie	0	3	3	3	3
Personnel de la morgue	0	1	2	1	2
Agents de sécurité	0	2	3	2	3
Cuisinier	0	1	2	1	2
Technicien de maintenance	1	0	0	0	0
Nettoyeurs et chargés de l'entretien	7	(na)	(na)	(na)	(na)
Garçon/fille de salle et techniciens de surface	(na)	6	8	6	8
Manoeuvre	0	5	5	5	5
Commis/Huissier	1	1	2	1	2
Sentinelle	2	(na)	(na)	(na)	(na)
Personnelle technique et logistique					
Electricien	(na)	1	2	1	2
Menuisier	(na)	1	2	1	2
Plombier	(na)	2	4	2	4
Total	43	103	145	103	145

Le ratio de 1 agent par 2 lits d'hospitalisation occupés - dont 70% de professionnels de santé est une base recommandée pour la planification des effectifs dans un hôpital.

L'HGR peut développer en fonction de ressources disponibles, un certain nombre de services spécialisés (ophtalmologie, odontostomatologie, kinésithérapie, santé mentale etc....) qui peuvent exiger des effectifs spécialisés supplémentaires.

Appendice 3. Organigramme initial du BCZS (9 à 11 personnes)



Légende:
 MCZ = Médecin Chef de Zone
 AG = Administrateur gestionnaire
 IS = Infirmier superviseur
 AC = Agent communautaire
 T. d'Ass = Technicien d'assainissement
 Nutr. = Nutritionniste
 Pharm = Pharmacien

Selon les MCZ et AG rencontrés, ce modèle initial répondait aux besoins et assurait l'harmonie entre fonction et travail à faire. Chaque poste correspondait à une tâche précise, sans risque de duplication ou de confusion. Aujourd'hui, la pléthore conduit à l'inefficacité (la même fonction a été décomposée et est occupée par plusieurs personnes), à l'absentéisme (les tâches peuvent être remplies par d'autres personnes) et à l'oisiveté (*masologie* ou bavardage).

Appendice 4. Flux ascendants

Depuis les années 90, toutes les administrations (Ministère provincial de la Santé, DPS, IPS, BCZS, autorités religieuses) recourent aux contributions des structures de santé pour leur fonctionnement. Dépourvues de subventions publiques, elles se tournent vers les recettes propres des HGR, CSR, CS et PS pour sécuriser un niveau minimum de fonctionnement. Ces pratiques sont répandues, reconduites tacitement et documentées⁴⁹². (Encadrés 10-11) Montants et formules diffèrent d'une province à l'autre (% des recettes locales, montants mensuels par type de structure, etc.). Le recouvrement est souvent aléatoire. Il s'interrompt quand un partenaire (ONG, PDSS, etc.) intervient dans une ZS. Des visites de terrain (2023) à Kinshasa et à l'Equateur confirment la reprise de ces pratiques après le départ d'un partenaire. Parfois, ces contributions prennent des dimensions inquiétantes (cas du CS Mongala/ZS Kinshasa qui cède 20% de ses recettes propres) (Tableau 22)

Tableau 22. Flux ascendants (2023)

(ZS à l'Equateur et Kinshasa)

Encadré 10. Les flux ascendants

(Bénéficiaires et contributions annuelles en USD)

H1 (Kinshasa) : BCZS (CDF1, 200, 000) Bureau service médical (CDF3, 600, 000) Total : USD3, 000. (DS) Plus versements ponctuels à l'Etat et à l'Eglise.

H2 (Kinshasa) : BCZS (CDF600, 000), DPS (CDF1, 800, 000) Total : USD1, 500. Plus versements ponctuels à l'Etat.

H3 (Kinshasa) : BCZS (CDF360, 000) Total : USD225. Plus versements ponctuels à l'Etat.

H4 (Kinshasa) : BCZS (USD1, 800), participation aux œuvres diocésaines (CDF960, 000). Total : USD9, 000

H5 (Kinshasa) : pas de contributions (hôpital militaire)

H6 (Kinshasa) : BCZS (CDF360, 000) Total : USD225.

H7 (Kinshasa) : BCZS (CDF384, 000) Total : USD240

H8 (Kinshasa) : BCZS (CDF360, 000), DPS (1, 080, 000) Total : USD900

⁴⁹² Verhaghe J. (2018). *Pratiques de financement et de gestion financière des hôpitaux publics en RDC. Constats et pistes de solutions*. Cela inclut aussi les contributions ponctuelles pour financer un événement (atelier, formation, cérémonie de vœux, etc.) ou pour un besoin précis et pressant (construction BCZS, achat pneus jeep, etc.)

Selon les directives, tous les HGR de Kinshasa contribuent mensuellement CDF150, 000 à la DPS/IPS. *Lettre N°SM-700/02/BLFES/042/BMIP/2016 du 18 janvier 2016 : Instruction de service - contribution au fonctionnement de la DPS/IPS à Kinshasa. Total : USD1, 125*

H9 (Kongo-Central) : BCZS (CDF1, 500, 000), IPS (USD1, 200) Total : USD2, 137

H10 (Kongo-Central) : BCZS (CDF480, 000), IPS (CDF870, 000) Total : USD844

H11 (Kongo-Central) : pas de contribution

H12 (Kongo-Central) : BCZS (est. CDF1, 320, 000), IPS/DPS (CDF2, 226, 000), MIPS (USD960) Total : USD3, 176

H13 (Equateur) : BCZS 4% des recettes (versement trimestriels), Eglise (USD600) Est. Total : USD1, 200

H14 (Equateur) : BCZS 2% des recettes (interdit par PDSS)

H15 (Equateur) : DPS 5% des recettes, Est. Total : USD800

H16 (Tshuapa) : pas de contributions (PDSS)

H17 (Nord-Ubangi) : pas de contributions

H18 (Kasaï-Central) : pas de contributions

H19 (Kasaï-Central) : pas de contributions

H20 (Kasaï-Oriental) : BCZS (CDF120, 000) Total : USD75

H21 (Kasaï-Oriental) : Eglise 3% des recettes Est. Total USD14, 000 (2016)

H22 (Nord-Kivu) : pas de contributions

H23 (Nord-Kivu) : BCZS (USD2, 400), Eglise (USD4, 320) Total : USD6, 720

H24 (Sud-Kivu) : pas de contributions

H25 (Sud-Kivu) : BCZS (USD1, 200), Département médical (USD1, 322), District (USD900), Paroisse (USD908) Total : USD4, 330

H26 (Maniema) : pas de contributions

H27 (Maniema) : pas de contributions

H28 (Maniema) : pas de contributions

H29 (Haut-Katanga) : DPS, IPS, BCZS (4%, 3% et 3% de la production mensuelle).

Total estimé à USD12, 000

H30 (Haut-Katanga) : DPS, IPS, BCZS (4%, 3% et 3% de la production mensuelle)

Total estimé à USD3, 500

Note circulaire pour tous les HGR du Haut-Katanga : *Votre contribution financière à la DPS/IPS du Haut-Katanga (N°DPS/H-KAT/900/CD/BYBK/1043/JMK/2016 du 15 septembre 2016) (SD)*

H31 (Kwango) : BCZS (CDF120, 000), DPS (CDF1, 200, 000), MIPS (USD960), BDOM (USD1, 700) Total : USD3, 485

H32 (Kwilu) : DPS via BCZS (CDF1, 200, 000) Total : USD750

H33 (Kwilu) : DPS via BCZS (CDF1, 200, 000) Total : USD750

H34 (Kwilu) : BCZS 15% recettes échographie, DPS (CDF1, 200, 000), BDOM (CDF 350, 000) Est. Total : USD1, 300 (2016)

H35 (Kwilu) : DPS via BCZS (CDF1, 200, 000), Eglise (USD1, 200) Total : USD1, 950

H36 (Kwilu) : DPS via BCZS (CDF1, 200, 000), impôt diocésain (CDF150, 000) Total : USD844

H37 (Tshopo) : BCZS (USD240), impôt diocésain (CDF150, 000) Total : USD334

Encadré 11. Contributions ponctuelles

(Kinshasa) MIPS/DPS : Cérémonie d'échanges des Voeux 2016 - Contributions : Liste préétablie de HGR classés en catégories A et B (montants forfaitaires allant de USD150 à USD300.

(Circulaire N°SM-700/012/071/BMIP/2016 du 21 janvier 2016)

(Kinshasa) MIPS/DPS : Cérémonie d'échanges des Voeux 2017 - Contributions : Liste préétablie de HGR classés en catégories A et B (montants forfaitaires allant de USD100 à USD300.

(Circulaire N°SM-700/01/SM/081/BGR/2017 du 24 janvier 2017) (DS)

(Kinshasa) DPS : Demande de contribution décès : Liste pré-établie de structures hospitalières contribuable (montants entre USD30 - USD50)

(Circulaire N°SM-700/AGM/009/NM/BCD/2017 du 6 janvier 2017)

(Kinshasa) DPS : Demande de contribution pour la revue annuelle provinciale 2016 : Liste préétablie de contribuables (pour les HGR, montants entre CDF50, 000 et CDF300, 000 ou USD30 et USD187)

(Circulaire N°SM-700/01/350/NM/BCD/2017 du 23 mai 2017)

(Kinshasa) SG : Contributions frais funéraires (montant proposé : USD50) (DS) **(Kinshasa) DKS :** Demande de fonds – festivités du 12/10/2016 : CDF150, 000 (USD94) *(Lettre DKS-1.00/BDD/317/2016 du 23 septembre 2016)*

(Kinshasa) DKS : Contribution - Prise en charge des malades à Nkamba : CDF250, 000 (USD156) *(Lettre DKS-1.00/BDD/095/2017 du 2è février 2017)*

(Kinshasa) DKS : Requête de USD2, 000 par la Direction Nationale DKS (CODI du 8 mai 2017)

(Equateur) Investiture DPS CDF61, 000 (USD38); prise en charge des inspecteurs DPS CDF46, 000 (USD29), IPS frais d'inspection annuelle USD350

(Tshopo) DPS frais funéraires (DS)

(Kwilu) monitoring BCZS CDF30, 000 (USD32), frais de supervision DPS/IPS CDF296, 000 (USD312), restauration et logement IPS CDF531, 000 (USD559), restauration MIP Kwilu CDF165, 000 (USD103)

(Nord-Kivu) Participation des FOSA à la construction BCZS Karisimbi (120 sacs de ciment par an)

(Kongo-Central) La Mairie de la Ville de Matadi demande l'octroi de 20% des recettes de la morgue (CODI du 15/4/17)

Source : Documents collectés et questionnaires administrés dans les HGR (2017)

Source : Verhaghe J. (2018)

Equateur

1. ZS Wangata

Contributions mensuelles

	Mensuel FC	Annuel FC	Annuel USD
HGR	50,000	600,000	260
CSR	35,000	420,000	185
CS	15,000	180,000	80

Source: Note circulaire BCZS 5/2022

2. ZS Mbandaka

2% des recettes de la structure sanitaire

(cf. Budget CS Bakanja juillet 2023 = 29,130 FC)

Kinshasa

3. ZS Lingwala

Contributions mensuelles

	Mensuel FC	Annuel FC	Annuel USD
HGR	90,000	1,080,000	430
CSR	50,000	600,000	240
CS	50,000	600,000	240

(cf. Reçus avril 2023 BCZS de CS Jehova Rapha et CNSS; reçus janvier et février 2023 CRS Kitega; reçus janvier 2023 HGR Kalembe-Lembe)

CBFC CSR Kitega (protestant)

Contribution mensuelle église = 20,000 FC

Contribution mensuelle district = 20,000 FC

4. ZS Masina 2

10% sur les recettes de la structure sanitaire

(Le rapport d'activités 2022 indique 1,399,500 FC ou USD560 comme contribution annuelle des FOSA)

5. ZS Kalamu 1

Tous les centres paient 20,000 FC par mois

(cf. Reçus août et septembre 2023 CH Matonge)
(pour la ZS cela représente env. USD 480 par mois pour un total d'environ 60 CS)

6. ZS Kintambo

Contributions mensuelles

	Mensuel FC	Annuel FC	Annuel USD
HGR	200,000	2,400,000	960
CS	50,000	600,000	240

(Communication orale BCZS confirmée par le HGR de Kintambo)

7. ZS Limete

Contributions mensuelles

	Mensuel FC	Annuel FC	Annuel USD
HGR	360,000	4,320,000	1,728
CS	25,000	300,000	120

(cf. Reçus Clinique Bondeko ya Sika mai et juin 2023)

8. ZS Barumbu

Contributions mensuelles

	Mensuel	Annuel
HGR	USD20	USD240
CS	USD10	USD120

(montants confirmés par CH Boyambi)

(Plus de 100 CS, ce qui représente par an une entrée théorique de USD12,000)

9. ZS Makala

10% des recettes locales de la structure sanitaire

(Confirmé par CS Selo)

(cf. Reçu CSR Kinkosi de 30,000FC en juin 2023)

10. ZS Kinshasa

Au CS Mongala, 20% de la recette locale.

(reçu de 200,600FC pour mai 2023 et 131,500FC pour juin 2023 + contributions mensuelles au DPS et IPS)

Contributions mensuelles à la DPS et l'IPS

	Mensuel FC	Annuel FC	Annuel USD
DPS	30,000	360,000	150
IPS	10,000	120,000	50

(cf. Reçus mai 2023 CS Mongala)

Source: Entretiens et documents collectés (circulaires, reçus) (2023)

Appendice 5. Nomenclature non uniforme

Mongala (65)	Lualaba (70)
<i>Animateur communautaire (AC)</i>	<i>Animateur communautaire (AC)</i>
<i>Accoucheur/euse</i>	<i>Accoucheur/euse</i>
<i>Aide-accoucheuse</i>	<i>Aide-accoucheuse</i>
<i>Administrateur gestionnaire (AG)</i>	<i>Administrateur gestionnaire (AG)</i>
<i>Aide-infirmier</i>	<i>Administratif</i>
<i>Aide-chauffeur</i>	<i>Aide-soignant</i>
<i>Aide-kine</i>	<i>Ambulancier</i>
<i>Analyste</i>	<i>Analyste (8 fonctions)</i>
<i>Analyste assistant</i>	<i>Analyste assistant</i>
<i>Analyste financier</i>	<i>Anesthésiste</i>
<i>Barreur</i>	<i>Assistant administratif</i>
<i>Caissier/ière</i>	<i>Assistant logisticien</i>
<i>Canotier</i>	<i>Assistant technique</i>
<i>Chargé de courrier</i>	<i>Biologiste médical</i>
<i>Chargé d'hygiène</i>	<i>Caissier/ière</i>
<i>Chauffeur</i>	<i>Cardiologue</i>
<i>Chauffeur mécanicien</i>	<i>Chargé de ... (18 fonctions)</i>
<i>Classeur</i>	<i>Chauffeur</i>
<i>Commis</i>	<i>Chef clinique</i>
<i>Comptable</i>	<i>Chef d'antenne</i>
<i>Conducteur</i>	<i>Chef d'équipe</i>
<i>Data manager</i>	<i>Chef de brigade hygiène</i>
<i>Dépositaire</i>	<i>Chef de bureau (8)</i>
<i>Entretien de surface</i>	<i>Chef de cellule</i>
<i>Fille/garçon de salle</i>	<i>Chef de poste</i>
<i>Gardien</i>	<i>Chef de service</i>
<i>Huissier</i>	<i>Chef du personnel</i>
<i>Infirmier/ière</i>	<i>Chirurgien dentiste</i>
<i>Infirmier traitant</i>	<i>Comptable</i>
<i>Infirmier titulaire (IT)</i>	<i>Croque-mort</i>
<i>IT adjoint (ITA)</i>	<i>Cuisinier/ière</i>
<i>Infirmier responsable PS</i>	<i>Data manager</i>
<i>Infirmier chef de poste</i>	<i>Directeur Nursing</i>
<i>Informaticien</i>	<i>Electricien</i>
<i>Intendant</i>	<i>Facturier</i>
<i>Jardinier</i>	<i>Femme de salle</i>
<i>Laborantin</i>	<i>Gestionnaire</i>
<i>Lavandier</i>	<i>Gestionnaire comptable</i>
<i>Logisticien</i>	<i>Gestionnaire de l'hôpital</i>
<i>Logisticien assistant</i>	<i>Huissier</i>
<i>Magasinier</i>	<i>Infirmier titulaire (IT)</i>
<i>Maintenancier</i>	<i>IT adjoint (ITA)</i>
<i>Matrone</i>	<i>Infirmier responsable</i>
<i>Mécanicien</i>	<i>Informaticien</i>
<i>Motard</i>	<i>Intendant</i>
<i>Motoriste</i>	<i>Jardinier</i>
<i>Microscopiste</i>	<i>Kinésithérapeute</i>
<i>Opérateur</i>	<i>Lavandier</i>
<i>Opticien</i>	<i>Logisticien</i>
<i>Ouvrier</i>	<i>Magasinier</i>
<i>Percepteur</i>	<i>Maintenancier</i>
<i>Personnel de stockage</i>	<i>Mécanicien</i>
<i>Préposé à la pharmacie</i>	<i>Médecin (9 types)</i>
<i>Réceptionniste</i>	<i>Menuisier</i>
<i>Responsable de poste</i>	<i>Nutritionniste</i>
<i>Sage-femme</i>	<i>Officier sanitaire</i>
<i>Sarcler</i>	<i>Opérateur phonique</i>
<i>Secrétaire</i>	<i>Perceptionniste</i>
<i>Secrétaire comptable</i>	<i>Pharmacien</i>
<i>Sécurité</i>	<i>Radiologue</i>
<i>Sentinelle</i>	<i>Réceptionniste</i>
<i>Statisticien</i>	<i>Secrétaire</i>
<i>Stérilisateur</i>	<i>Sentinelle</i>
<i>Surveillant</i>	<i>Superviseurs (6)</i>
<i>Travailleur ordinaire (TO)</i>	<i>Surveillant</i>
<i>Travailleur à la morgue</i>	<i>Taxa225</i>
	<i>Technicien de labo</i>
	<i>Technicien de surface</i>
	<i>Technicien de salle</i>
	<i>Vaccinatrice</i>

Appendice 6. Disparités entre postes budgétisés et listes déclaratives

1. Nombre de postes budgétisés						2. Matriculés touchant salaire et/ou prime			
Province	2024	2023	2022	2021	2020	Matr. (2023)	Salaire Payé	Prime Payé	Salaire Payé
1 Bas-Uele	320	166	117	119		1,440	166	1,169	268
2 Equateur	2,982	2,362	1,991	2,013		6,035	1,405	1,740	2,225
3 Haut-Katanga	532	1,183	953	966		6,583	817	3,219	1,073
4 Haut-Lomami	398	162	67	68		3,230	286	1,603	239
5 Haut-Uele	1,020	508	359	359		3,420	613	545	564
6 Ituri	535	443	388	388		7,201	3,831	2,068	553
7 Kasai	1,531	853	723	724		2,656	591	578	813
8 Kasai-Oriental	590	4,008	2,871	2,899		5,702	1,161	1,439	1,934
9 Kongo Central	5,953	5,246	5,101	5,280		10,005	3,887	2,415	2,754
10 Kwango	1,991	1,625	1,412	1,453		6,210	1,488	724	5,148
11 Kwilu	4,689	4,004	3,561	3,549		10,417	2,853	1,930	1,708
12 Lomami	3,161	1,575	1,578	1,590		3,399	539	828	4,152
13 Lualaba	758	351	132	140		3,558	81	956	1,231
14 Kasai-Central	968	1,972	1,743	1,742		5,680	2,003	560	326
15 Mai-Ndombe	3,260	1,644	1,443	1,453		5,499	1,118	2,045	1,659
16 Maniema	374	1,778	495	500		4,359	377	2,186	697
17 Mongala	1,074	798	398	398		3,641	515	951	848
18 Nord-Kivu	2,217	1,789	1,619	1,655		10,482	1,252	3,514	1,874
19 Nord-Ubangi	725	1,536	530	530		2,312	532	1,078	701
20 Sankuru	1,272	439	350	351		4,899	949	1,475	1,438
21 Sud-Kivu	688	748	631	634		7,727	779	3,428	835
22 Sud-Ubangi	2,038	724	623	622		2,839	945	544	740
23 Tanganyika	629	253	149	150		1,819	569	1,493	480
24 Tshopo	1,496	2,214	963	963		6,373	633	2,843	1,033
25 Tshuapa	1,400	1,207	923	920		3,973	(données confuses)		1,115
26 Kinshasa	12,463	16,812	16,633	16,773		17,647	14,634	930	16,592
Totaux	53,064	54,400	45,753	46,239		147,106	42,024	40,261	51,000

Source: Loi de Finances (2020-24)

Source: Listes déclaratives (2023)

Annuaire statistiques
2022 (draft)

3. Part de la rémunération allouée à la prime

Province	2024	2023	2022	2021
Bas-Uele	12%	11%	7%	9%
Equateur	22%	26%	34%	27%
Haut-Katanga	5%	10%	8%	11%
Haut-Lomami	11%	6%	8%	4%
Haut-Uele	13%	15%	56%	12%
Ituri	9%	9%	8%	12%
Kasai	37%	23%	19%	27%
Kasai-Oriental	6%	23%	70%	27%
Kongo-Central	26%	33%	30%	40%
Kwango	30%	35%	30%	40%
Kwilu	27%	57%	30%	39%
Lomami	31%	47%	47%	63%
Lualaba	18%	11%	5%	9%
Kasai-Central	14%	26%	13%	33%
Mai-Ndombe	39%	31%	26%	35%
Maniema	6%	11%	9%	12%
Mongala	10%	30%	19%	28%
Nord-Kivu	13%	16%	13%	18%
Nord-Ubangi	13%	26%	21%	28%
Sankuru	29%	68%	15%	84%
Sud-Kivu	6%	7%	6%	8%
Sud-Ubangi	26%	22%	18%	26%
Tanganyika	21%	15%	9%	14%
Tshopo	4%	15%	11%	15%
Tshuapa	27%	11%	32%	43%
Kinshasa	24%	22%	29%	24%
Moyenne	18%	23%	22%	26%

Source: Loi de finances (2021-24)

Synthèse des constats

Depuis 2021, le budget du MSP publie le nombre de postes budgétisés par province (1). En principe, ces postes sont rémunérés et devraient *grosso modo* correspondre au personnel matriculé des listes déclaratives (2). Ces listes permettent d'estimer le nombre de matriculés qui touchent le salaire et/ou la prime (2) - les statistiques des RHS (issues des listes déclaratives) devraient corroborer les chiffres.

Incohérences majeures

- Grandes disparités entre les chiffres
- La part allouée à la prime dans la rémunération (budgets 2021-24) n'est pas constante. Elle varie d'une province à l'autre, d'une année fiscale à l'autre (3)

Appendice 7. Clés de répartition utilisées dans les structures sanitaires visitées

	<i>Kinshasa</i>		<i>Kinshasa</i>	<i>Kinshasa</i>	<i>Kinshasa</i>	<i>Equateur</i>	<i>Equateur</i>	<i>Equateur</i>	<i>Kinshasa</i>
	CS	Kasaï	CS Kitokimosi	CS Mongala	CM Moya	CSR Mama wa Elikya	CS Bosomba	CS Bakanja	CSR Mama Balako
<i>Ressources propres</i>	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Moins loyer</i>				<i>Moins contrib DPS</i>			<i>Moins loyer (\$80)</i>		
↳	100%			↳ 100%			↳ 100%		
<i>Prime personnel</i>	40%		60%	40%	40%	72%	80%	78%	60%
<i>Médicaments</i>	40%		<i>caisse à part</i>	<i>caisse à part</i>	40%	20%	<i>caisse à part</i>	<i>caisse à part</i>	20%
<i>Fonctionnement</i>	20%		40%	40%	20%	8%	20%	20%	20%
				BCZS 20%				BDOM 2%	

	<i>Equateur</i>		<i>Kinshasa</i>	<i>Kinshasa</i>	<i>Equateur</i>
	CS Penzele		CS Tembo	CSR Kinkosi	HGR Bikoro
<i>Ressources propres</i>			100%	100%	100%
			<i>Moins soins médic personnel</i>		
			↳ 100%		
<i>Prime personnel</i>	50%		50%	60%	70-80%
<i>Médicaments</i>	50%		20%	<i>caisse à part</i>	<i>caisse à part</i>
<i>Fonctionnement</i>			20%	34%	
			CODEV 5%	<i>Invest</i> 6%	30-20%
			épargne 5%		

	<i>Equateur</i>		<i>Equateur</i>	<i>Kinshasa</i>	<i>Kinshasa</i>
	HGR Mbandaka		HGR Wangata	HGR Bondeko ya sika	HGR Kalembe- Lembe
<i>Ressources propres</i>	100%		100%	100%	100%
<i>Moins fxt 20%</i>			<i>Moins fxt 20%</i>		
↳	100%		↳ 100%		
<i>Médecins</i>	40%		40%	<i>Prime personnel</i> 68%	48%
<i>Infirmiers</i>	38%		38%	<i>Médicaments</i> 15%	26%
<i>Administratifs</i>	80% 10%		13%	<i>Fonctionnement</i> 10%	10%
<i>AG</i>	9%		6%	<i>Investissement</i> 3%	9%
<i>CODIR</i>	3%		3%	<i>Impôts</i> 4%	<i>Autres</i> 6%
<i>Médicaments</i>	<i>caisse à part</i>		<i>caisse à part</i>		

Source: Documents collectés/entretiens dans les structures sanitaires (2023)

Appendice 8. Prime locale payée dans les structures sanitaires visitées (USD)

Kinshasa					Equateur							
Fonction	CSR Kitega	CS Kasai	CSR Kinkosi	CSR Kitokimosi	CS Tembo	CS Mongala	CSR Mama Balako	CS Bosomba	CS Mama ya Elikiya	CSR Kalamba	CS Bakanya	CS Penzele
MD			40	18			50					
Médecin			20	17			25		32	55		
DN			16									
IT	35	62			16	15		12	36	15	55	20
ITA		43				13		10	31	10		20
Infirmier	34	32	12	11	10	6	14	8	21	7	41	20
Sage-femme					14	7	14			8		
T Labo/Pharm	37		8	14	10	7	22	8	15	8		20
Caissière	37	45	17	4		10						
Réceptionniste	37			4	8			6	13		29	
Surveillant	29	20	7	4	4	6	12				23	
F/G de salle		23	7	4	4		12	5	16	4	27	
Sentinelles				4				5	12	4	25	4

Kinshasa				Equateur				
Fonction	Clinique Bondeko	CH Boyambi	HGR Kalembe-Lembe	HGR Barumbu	HGR Kintambo	HGR Makala	HGR Wangata	HGR Bikoro
MD	660							
MCS	560	300				6		355
Médecin gén	360	300	225	6	3	6	20	335
Médecin spéc	620		290			6		
Chirurgien	640	440	290	36		6		
DN	290	130						115
AG		140			10	20		60
Infirmier/Acc	290	130	130		5	4 - 7	7	65
T Labo	240	140	114			12	5	
Caissière	290	110				7		50
Comptable	280					7		
Chauffeur	270	115	75			6	8	
F/G salle	110	90	75			6	7	
TO	120	90	75			6	6	20

Source: Documents collectés dans les structures sanitaires (2023)

Note: Taux utilisé: USD1 = 2500 FC (2023)

Appendice 9. Grilles barémiques de la prime de risque du secteur de la santé

Synthèse des tableaux :

- **Tableau 1.** Prime de risque professionnelle pour les médecins (2009-24)
- **Tableau 2.** Prime de risque professionnelle pour les administratifs, infirmiers et autres prosantés. Cette prime est applicable à partir de 2023 en 3 paliers.
- **Tableau 3.** Equivalence des grades administratifs, prosanté et médecins. Ce tableau sert à mieux comprendre l'équivalence des grades entre catégories professionnelles.

Tableau 1.

	2009		2010		2018		2024	
Grade Santé	CDF	USD	CDF	USD	CDF	USD	CDF	USD
<i>Méd général</i>	312,949	388	572,949	711	2,311,359	1,445	2,311,359	856
<i>Méd clinique</i>	281,654	349	515,654	640	2,080,223	1,300	2,080,223	770
<i>Méd résident</i>	250,359	311	458,359	569	1,849,087	1,156	1,849,087	685
<i>Méd régent</i>	219,064	272	401,064	498	1,617,951	1,011	1,617,951	599
<i>Méd junior</i>	187,769	233	343,769	427	1,386,815	867	1,386,815	514
<i>Méd interne</i>	156,474	194	286,474	355	1,555,680	972	1,555,680	576

Note: Taux de change utilisés: USD1 = CDF 806 (2009-10); CDF1,600 (2018); CDF2,700 (2024).

Tableau 2.

Administratifs			Avant 2023 Infirmiers et autres prosantés			
Grade Fonction publique	CDF	USD	Grade Fonction publique	Grade Santé	CDF	USD
<i>Directeur</i>	250,000	100	<i>SG</i>	<i>En chef (5,4)</i>	333,000	133
<i>Chef de Division</i>	228,100	91	<i>Directeur général</i>	<i>En chef (3,2,1)</i>	308,150	123
<i>Chef de bureau</i>	213,200	85	<i>Directeur</i>	<i>En chef</i>	276,350	111
<i>ATB1</i>	191,000	76	<i>Chef de Division</i>	<i>Inspecteur</i>	253,300	101
<i>ATB2</i>	177,700	71	<i>Chef de Bureau</i>	<i>Chef clinique</i>	211,100	84
<i>AGB1</i>	162,500	65	<i>Chef de Bureau</i>	<i>Chef de service</i>	223,500	89
<i>AGB2</i>	156,500	63	<i>ATB1</i>	<i>Des Hôpitaux 2</i>	211,200	84
<i>AA1</i>	151,200	60	<i>ATB2</i>	<i>Des Hôpitaux 1</i>	188,000	75
<i>AA2</i>	149,700	60	<i>AGB1</i>	<i>Des Hôpitaux adj</i>	182,127	73
<i>Huissier</i>	140,000	56	<i>AGB2</i>	<i>Hospitalier 1</i>	168,204	67
			<i>AA1</i>	<i>Hospitalier 2</i>	157,402	63
			A partir de 2023			
Grade Fonction publique	CDF	USD	Grade Fonction publique	Grade Santé	CDF	USD
<i>Directeur</i>	1,124,712	417	<i>SG</i>	<i>En chef (5,4)</i>	1,209,467	448
<i>Chef de Division</i>	1,030,176	382	<i>Directeur général</i>	<i>En chef (3,2,1)</i>	1,090,980	404
<i>Chef de bureau</i>	939,140	348	<i>Directeur</i>	<i>En chef</i>	969,015	359
<i>ATB1</i>	844,453	313	<i>Chef de Division</i>	<i>Inspecteur</i>	833,748	309
<i>ATB2</i>	754,587	279	<i>Chef de Bureau</i>	<i>Chef clinique</i>	792,443	293
<i>AGB1</i>	663,770	246	<i>Chef de Bureau</i>	<i>Chef de service</i>	748,138	277
<i>AGB2</i>	577,553	214	<i>ATB1</i>	<i>Des Hôpitaux 2</i>	735,600	272
<i>AA1</i>	490,336	182	<i>ATB2</i>	<i>Des Hôpitaux 1</i>	689,000	255
<i>AA2</i>	409,969	152	<i>AGB1</i>	<i>Des Hôpitaux adj</i>	550,677	204
<i>Huissier</i>	366,901	136	<i>AGB2</i>	<i>Hospitalier 1</i>	508,360	188
			<i>AA1</i>	<i>Hospitalier 2</i>	432,250	160

Tableau 3.

Equivalence des grades Administratifs, Prosanté et Médecins				
Niveau d'études	Indice	Admin	Prosanté	Médecins
	100	<i>Secrétaire Général</i>	<i>En chef (5,4)</i>	
	110	<i>Directeur Général</i>	<i>En chef (3,2)</i>	<i>Médecin général</i>
	120	<i>Directeur</i>	<i>En chef (1)</i>	<i>Médecin clinique</i>
	130	<i>Chef de Division</i>	<i>Inspecteur</i>	<i>Médecin Régent</i>
	140	<i>Chef de Bureau</i>	<i>Chef Clinique</i>	<i>Médecin Résident</i>
		<i>Chef de Bureau</i>	<i>Chef de service</i>	
	210	<i>Attaché de Bureau 1 classe</i>	<i>Des Hôpitaux 2 classe</i>	<i>Médecin Junior</i>
<i>L2 (Licencié)</i>	220	<i>Attaché de Bureau 2 classe</i>	<i>Des Hôpitaux 1 classe</i>	<i>Médecin Interne</i>
<i>G3/A1 (Gradué)</i>	310	<i>Agent de Bureau 1 classe</i>	<i>Des Hôpitaux Adjoint</i>	
<i>D6/A2</i>	320	<i>Agent de Bureau 2 classe</i>	<i>Hospitalier 1 classe</i>	
<i>D4/A3</i>	330	<i>Agent auxiliaire 1 classe</i>	<i>Hospitalier 2 classe</i>	
<i>Primaire, post-primaire</i>	340	<i>Agent auxiliaire 2 classe</i>		commandement
<i>Sans qualification</i>	350	<i>Huissier</i>		collaboration
				exécution

Source: Chef du personnel HGR Kintambo (Kinshasa)

Appendice 10. Pratiques illicites

Tous les HGR font face à des pratiques dysfonctionnelles et/ou illicites de la part de leur personnel.

Les HGR sont des entreprises humaines. L'analyse des documents (P.V. des réunions du CODI, articles des ROI) témoigne de la diversité et du caractère récurrent des problèmes gérés par les hôpitaux au quotidien. (Encadré 12) Parmi les pratiques peu orthodoxes les plus citées figurent le *détournement de recettes*, le *rançonnement* des malades et la *vente prohibée de médicaments* par le personnel. La plupart des ROI les énumèrent comme des pratiques formellement interdites ce qui confirme leur degré de récurrence. (Encadré 13) La liste des anomalies est longue : détournement des malades par les infirmiers (soins à la maison) et les médecins (cabinets privés) ; actes médicaux non autorisés (infirmiers) ; gonflement artificiel des factures (on utilise des termes différents pour le même acte: *nursing* et *soins infirmiers*) ; demande d'argent pour tout acte posé (césarienne : *main d'œuvre*, '*pour laver la maman*', '*pour raser*', '*pour enlever la sonde*'), vol de matériel, surconsommation de médicaments par rapport aux prescriptions, etc. La plupart de ces pratiques sont entrées dans le langage populaire: pourboires pour les accoucheuses (*Don Simon*, *savon Omo*, *kobota elengi* (la joie d'accoucher), *motolu* (nettoyer le nombril du bébé) ; actes posés par un non-médecin (*Médecins sans frontières*) ; vente illicite de médicaments (*pharmapoches* ou *pharmasacs* (la pharmacie dans la poche), *traitement placebo* (prescrire une ordonnance dont les médicaments se trouvent uniquement chez l'infirmier, le médecin) ; paiements pour des actes gratuits (CPN, CPS) (*seringues autobloquantes*), etc. Parfois ces pratiques peuvent frôler le drame. Une mère accouche par césarienne et est interdite de voir son bébé avant qu'elle ne paie CDF25, 000 (USD15) aux accoucheuses. L'enfant est resté deux jours sans être allaité (Equateur). Il est utile d'apprécier à juste titre la complexité des défis humains auxquels sont confrontés les HGR au quotidien pour maintenir leur équilibre opérationnel.

Encadré 12. Pratiques illicites dans les CS et les HGR (2009-17)

Détournement de recettes

L'hôpital accuse beaucoup de manque à gagner par des détournements d'argent par le personnel et vente illicite de médicaments.

Au niveau de la caisse/perception, il y a beaucoup d'abus qui font que l'argent perçu ne soit pas déclaré dans sa totalité par les percepteurs

(HGR Kinshasa, CODI du 22-6-17)

Rançonnement des malades

Vu la non qualification de chacune toute injection doit être autorisée et surtout assistée par l'IT pour éviter le pire.

(CS Kasai-Oriental, réunion du personnel du 12-2-09)

L'infirmière accoucheuse A1 a détourné l'argent d'une malade et a fait usage de faux. Il faut interdire aux infirmiers de toucher l'argent des malades.

(HGR Kwilu, CODI du 10-7-17)

La conjoncture actuelle est difficile pour tout le monde mais pour un personnel qui se respecte il ne doit pas manger ce que l'on apporte aux malades ou aux accouchées.

(CS Kasai-Oriental, réunion du personnel du 12-2-09)

Chirurgie : Le problème de demander de l'argent pendant le pansement peut donner une mauvaise image de l'hôpital ; le cas de l'infirmier Kambi a été le plus cité.

Les actes que posent les infirmiers ne sont pas payés à l'hôpital. Les gens accusent les infirmiers de rançonner les malades.

(HGR Kasai-Oriental, CODI du 7-6-17)

Vente illicite de médicaments

Quand nous venons ici, c'est pour avoir un salaire. Nous devons mettre notre travail en valeur nous-même. Faisons ce qui est juste et honorable. Pierre 4 :10 : Mettons en pratique ce que nous avons reçu comme don. Ne faisons pas le mal ; ne travaillons pas avec négligence car on ne sera pas récompensé. Le CPN n'est pas enregistré depuis le mois d'avril (nous sommes septembre) ; il faut d'abord travailler, l'argent vient après. Qui devrait remplir le cahier ? Il faut qu'il y ait de l'ordre. Désormais il doit y avoir le registre de circoncision, incision d'abcès (acte chirurgical), CPS, CPN, maternité. Le bon travail commence par la ponctualité. Remettez le cahier de remise et reprise. On va travailler ensemble. Pas de distinction entre accoucheur et accoucheuse. N'utilisez pas l'oxytocin si l'enfant n'est pas sorti. N'escroquez pas les malades (accoucheuses), par exemple, doubler les montants. Il est interdit de donner des produits personnels.

(CS Katanga, réunion du personnel du 17-9-08)

Vol de matériel

Les services manquent de tensiomètres. Sachons que la remise et reprise est le seul moyen de contrôler le matériel.

(HGR Kinshasa, CODI du 5-2-18)

Surconsommation de médicaments

Il se constate une surconsommation des médicaments à la pharmacie de la salle d'urgence par rapport à la fréquentation et aux prescriptions.

(HGR Bandundu, CODI du 13-10-17)

La hausse exagérée des prix divers par les accoucheuses (par exemple, au lieu de 1000 + 500 pour le savon elles vont jusqu'à 2500). S'il y a injection d'un produit on demande beaucoup plus.
(CS Kasai-Oriental, réunion du personnel du 2-11-09)

Gestion des médicaments. Il a été constaté : Prescriptions pour des malades non identifiés (malades fantômes); Prescriptions irrationnelles des médicaments ; Faux et usage de faux sur les ordonnanciers Seuls les médecins sont en droit de prescrire ; en leur absence, les infirmiers chefs de service. Pendant la garde, toutes les ordonnances sont contresignées par les médecins de garde (avec identité complète du patient, le service, le numéro de la fiche, le nom du prescripteur

(HGR Bandundu, CODI du 8-7-17)

Utilisation personnelle des produits pharmaceutiques par les agents.

(CS Kasai-Oriental, réunion du service du 18-4-09)

Refus de soigner

Rapport de la semaine. La DN avait présenté la situation : 35 nouveaux cas, 1 ancien cas, 1 cas d'APP, 0 cas d'accouchements et 1 cas de décès. Parmi ces cas il y a un cas de neuro- palu, 1 cas 'écorché' et 1 cas de la maman avec plâtre. Le MDH a demandé au DN de faire le suivi de ces 3 cas car les infirmiers ne veulent pas soigner les plaies infectées.

(HGR Kasai-Oriental, CODI du 15-7-17)

*DN : Perte de matériels médicaux dans les services d'urgence, MI et pédiatrie
Conflit entre les accoucheuses affectées au service de la maternité et l'infirmière affectée à la pédiatrie. Cette dernière se permet de donner des soins dans les services où elle n'est pas affectée. Le CODI a décidé d'écrire une note circulaire interdisant aux infirmiers de vendre des médicaments privés aux malades, surtout à la maternité.*

(HGR Sud-Kivu, CODI 2-11-09)

Encadré 13. Extraits des ROI (CS et HGR)

Détournement de recettes

Les actes médicaux et tous les soins affectés dans l'enceinte du CRS seront payés uniquement au bureau de la comptabilité. Tout détournement de clientèle au centre est prohibé, ainsi que toute perception d'argent pour une prestation accomplie au centre, y compris lorsque celle-ci est proposée sous forme de cadeau par un malade.

(CS de Lunia/Kikwit, ROI Art. 15)

Surfacturation

Tous les actes sont facturés selon la tarification de l'hôpital. Toute surfacturation est passible d'une sanction. Le pro deo ou la réduction n'est accordé que par le MD ou l'AG. Toute perception illicite et/ou illégale (non reconnue par la nomenclature financière de l'hôpital) est passible d'une sanction.

(HGR Haut-Katanga, ROI Art.29)

Vente illicite de médicaments

Hôpital Evangélique CBZO Vanga/Kikwit (ROI Art. 36)

Liste récapitulative des fautes extrêmes :

- 1. Insultes ou coups à l'endroit d'un responsable de l'Hôpital*
- 2. Vol de médicaments ou de matériel de service*
- 3. Extorsion des malades*
- 4. Perception illégale des frais de soins*
- 5. Traitement des malades avec les médicaments personnels de l'infirmier*

Aucun agent n'a le droit de vendre ou de s'amener avec un produit au centre dans le but de le vendre à son profit.

(Centre Médical Plateau d'Ozone/Kikwit, ROI Art. 16)

*Aucun agent ne peut s'endetter sur les recettes sans avis du responsable (...)
Aucun agent n'est autorisé de soigner les siens ou les faire passer un examen de labo sans avis du responsable*

(Centre Médical de Lukemi/Kikwit, ROI Art. 5-6)

Rançonnement des malades

Est interdit : Tout rançonnement des malades et détournement des recettes de la structure (HGR Kwilu, ROI Art. 7)

ROI résumant l'essentiel des défis humains

R.O.I. CS Marché Central Kadutu (Bukavu)

- 1. Il est prévu que le travail commence à 8h et se termine à 16h.*
- 2. Les absences non justifiées ne seront pas tolérées*
- 3. Les injures publiques seront sanctionnées définitivement*
- 4. Chaque infirmier ou infirmière doit connaître sa tâche et ses attributions*
- 5. Tout objet déplacé ou volé dans le CS sera sanctionné définitivement*
- 6. Les sorties et promenades pendant les heures de travail sont interdites*
- 7. Le secret professionnel est exigé*
- 8. La propreté dans le CS*
- 9. Bien accueillir les malades*

HGR Nord-Kivu, ROI Art.5.1. (p.23)

Catégorie des fautes :

- 1. L'inassiduité et le retard systématique au travail*
- 2. Le non respect de l'autorité hiérarchique*
- 3. La négligence et le retard dans l'exécution des tâches*
- 4. La détérioration des outils de travail par négligence, la destruction intentionnelle du patrimoine*
- 5. La perception clandestine de recettes*
- 6. Le refus de port de la blouse pendant les heures de travail*
- 7. Le manquement aux malades et aux familles*
- 8. La violation du secret et de la discrétion professionnelle*
- 9. Les vols ou détournements*
- 10. L'escroquerie*
- 11. Le refus de service caractérisé par des actes de subordination*
- 12. Fausses déclarations lors de l'engagement*
- 13. La rixe (bataille) avec d'autres membres du personnel*
- 14. Le détournement des malades*
- 15. La vente de médicaments aux malades par le personnel*

Source : Verhaghe J. (2018)