



www.ccsc-rdc.net

Note de Politique n°05 **Novembre 2019**



Effets de la décentralisation sur les
systèmes de santé en Afrique
Sub-Saharienne :
qu'en savons-nous ?

Par Jeff Kabinda et Faustin Chenge

Messages-clés

- La décentralisation peut être une opportunité réelle pour renforcer les systèmes de santé
- La décentralisation dans le secteur de la santé en Afrique subsaharienne n'atteint souvent pas ses objectifs car la plupart des pays se concentrent sur le processus de décentralisation et pas nécessairement sur les effets de la décentralisation dans la prestation des services de santé.
- Les effets positifs de la décentralisation dans le système de santé ont été observés dans le contexte où la démocratie et la redevabilité sont véritablement mises en oeuvre.
- Le système de santé de la RDC dans le contexte de la décentralisation de l'État est caractérisé par une faible redevabilité, des services de soins fragmentés, faible système d'approvisionnement et ressources humaines inadéquates dans un contexte de financement du système dépendant de l'extérieur et du ménage déjà appauvri.

1. Contexte

Au cours des 40 dernières années, nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire ont mis en oeuvre des réformes, notamment la décentralisation. Celle-ci a à des degrés différents inclus la décentralisation du secteur de la santé (voir encadré 1) (1).

Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la définition du concept « décentralisation » parmi les auteurs, la plupart conviennent toutefois que la décentralisation implique le transfert de certaines tâches de gestion, responsabilités techniques ou fiscales du niveau central à la périphérie. Les avocats de la décentralisation soutiennent que « les plus petites organisations, correctement structurées et dirigées, sont intrinsèquement plus agiles et responsables que les plus grandes organisations » (2). Les systèmes de santé décentralisés devraient permettre aux communautés de prendre des décisions en matière de santé et donc à mieux répondre aux besoins locaux (3), être plus efficaces dans la gestion des ressources et être plus redevables vis-à-vis des utilisateurs. En revanche, certains acteurs de la décentralisation ont exprimé des inquiétudes à propos du risque de renforcer les inégalités dans la mesure où la capacité du niveau central d'agir comme un régulateur entre les différentes entités décentralisées diminue ; ou du fait du problème potentiel lié à la coordination entre différents niveaux.

La déclaration de Harare en 1987 avait recommandé que les systèmes de santé décentralisés basés sur les soins de santé primaires constituaient la colonne vertébrale pour atteindre les l'objectif de la « santé pour tous » en 2000 (4). Ceci a été davantage réaffirmé

dans le rapport sur la santé dans le monde de 2008 intitulé : « Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais »(5).

En République Démocratique du Congo (RDC), la constitution en vigueur consacre la décentralisation comme mode de gouvernance (6). Pour sa mise en oeuvre, des réformes sectorielles ont été entamées. Dans le secteur de la santé, la réforme a commencé par le niveau intermédiaire à échelle du pays depuis 2014, avec la mise en place des divisions provinciales de la santé (structures décentralisées au sens de dévolution) et des inspections provinciales de la santé (structures déconcentrées). Elle s'est ensuite poursuivie au niveau central avec notamment la séparation du secrétariat général de la santé de l'inspection générale de la santé.

Près de cinq années après, aucune évaluation du processus ni des résultats de cette importante réforme en cours n'a été réalisée pour apprécier les performances du système de santé.

Encadré 1 : Différentes modalités de décentralisation (7) :

- **Déconcentration ou Décentralisation géographique** : consiste en un transfert partiel de l'autorité administrative aux instances locales d'un Ministère central. On décentralise l'exécution et la gestion des tâches, dans un cadre financier défini et contrôlé d'en haut et sous une stricte hiérarchie de l'autorité ; il n'y a pas de transfert de compétence politique (engagement du personnel) et financière (gestion autonome des recettes/dépenses).
- **Délégation** : consiste en un transfert de responsabilités de gestion étendues dans un domaine et pour des fonctions spécifiques, à des organisations (souvent qualifiées de « paraétatiques ») qui agissent en marge de la structure administrative centrale avec une certaine autonomie.
- **Dévolution ou Décentralisation fonctionnelle** : est un vrai transfert de pouvoirs aux niveaux infranationaux. Ceux-ci ont par conséquent un statut juridique précis, avec une autonomie d'action, une part réelle d'autorité sur le personnel et possibilité de se procurer des recettes et d'engager des dépenses.
- **Privatisation** : est un transfert de responsabilités à des organisations privées, lucratives ou non, à qui sont déléguées certaines fonctions administratives assumées par les gouvernements. La privatisation peut aussi être comprise comme une décentralisation économique, renvoyant au marché l'assurance des fonctions de régulation en lieu et place de régulateurs administratifs ou politiques. En ce sens, elle peut être considérée comme une forme extrême de décentralisation.

Déconcentration

Délégation

Dévolution

Privatisation

Diminution du contrôle du niveau central sur les revenus, la politique générale, l'allocation des ressources, la gestion du personnel, la budgétisation, les fournitures, la coordination et la formation

Source: W. Van Lerberghe, W. Van Damme, ICHD, 2004

Cette note d'information politique vise à synthétiser les données probantes disponibles sur les expériences de décentralisation dans le secteur de la santé dans les pays d'Afrique Sub-Saharienne. Elle répond à deux questions : (i) quelles sont les données factuelles disponibles sur les effets de la décentralisation sur les piliers du système de santé tels que définis par l'OMS ? (ii) Sous quelles conditions contextuelles a-t-on eu tel ou tel effet positif ou négatif ? Ainsi, en connaissance du contexte de la RDC, nous tirerons des leçons de la mise en oeuvre de cette expérience de la décentralisation dans le secteur de la santé. Les décideurs au niveau central et provincial pourront ainsi apprendre des autres pays pour mieux orienter le processus de décentralisation en cours en attendant son évaluation formelle.

2. Méthodes

2.1. Stratégies de recherche des articles analysés

Pour identifier les articles pertinents pour cette thématique, nous avons développé trois stratégies de recherche suivante en utilisant des mots-clés :

Première stratégie : (governance or health financing or health information or health human resources or health services or equity) and decentralization and (health system or inputs health system or health system output or health system performance) AND (Benin or Burkina Faso or Burundi or Central African Republic or Chad or Comoros or Democratic Republic of the Congo or Eritrea or Ethiopia or Gambia or Guinea or Guinea-Bissau or Haiti or Liberia or Madagascar or Malawi or Mali or Mozambique or Nepal or Niger or Rwanda or Senegal or Sierra Leone or Somalia or South Sudan or Tanzania or Togo or Uganda or Zimbabwe). Sur la base de cette première stratégie, nous avons effectué la recherche d'articles dans deux bases de données internationales : Cochrane Library (34 articles trouvés) et Central Medline (289 articles trouvés)

Deuxième stratégie : (impact AND decentralization AND health system). Avec cette deuxième stratégie, nous avons recherché les articles dans la base de données Health Systems Evidence (44 articles identifiés).

Troisième stratégie : evaluation of decentralization in health. Seule la base de données Central Medline a été exploitée avec cette stratégie (250 articles trouvés).

2.2. Sélection des documents et extraction des données

L'analyse des articles étaient focalisée sur les revues systématiques d'abord qui ont identifié les différents résultats selon les piliers du système de santé. Ensuite les recherches qualitatives ont fournis des preuves permettant de déterminer le comment ou dans quel contexte les processus de décentralisation ont affecté les piliers du système de santé. Seuls les documents rédigés en Français ou en Anglais étaient retenus sans aucune restriction de période. Nous avons exclu les articles et revues systématiques qui traitaient de l'impact de la décentralisation sur un programme de lutte contre la maladie comme la malaria ou le VIH. Au finish, nous avons retenu 5 revues systématiques, 5 documents d'évaluation, 14 études qualitatives et 5 études de cas.

Ces articles/documents nous ont permis d'analyser les résultats des études aussi bien quantitatives que qualitatives du processus de décentralisation dans différents pays d'Afrique Sub-saharienne comme l'Afrique du Sud, la Zambie, le Liberia, l'Uganda, le Burkina Faso, le Nigeria, la Tanzanie, le Cameroun et le Kenya

3 Synthèses d'évidences

3.1 Lien entre la décentralisation et les résultats dans le système de santé

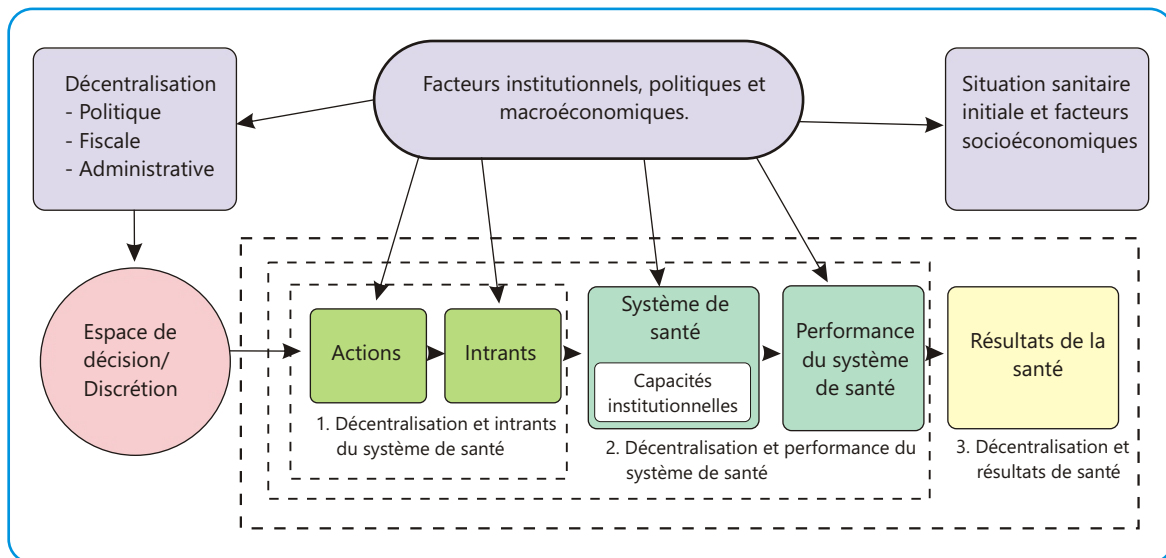


Figure 1. Lien causal entre la décentralisation et les résultats du système de santé (8)

La figure 1 illustre les relations complexes d'influence dans le processus de décentralisation des autres secteurs sur le système et les résultats pour la santé. La décentralisation offre une discrétion ou un « espace de décision » décrivant la gamme de choix possibles d'actions à la disposition des autorités intermédiaires (provinciales).

Cet espace dit de décision donne aux gouvernements provinciaux la marge de manoeuvre de prendre des décisions en matière de finances, d'organisation des services, de ressources humaines, de règles d'accès et règles de gouvernance afin de créer des innovations, faciliter les changements dirigés, ou ne rien faire.

Il est à noter que ce choix des actions détermine les entrées dans le système de santé qui aboutiront à un système de santé performant et éventuellement affecter les résultats de santé au niveau de l'individu ou au niveau de la population.

Ces relations peuvent être analysées en 3 domaines des résultats, présentés sous forme de 3 lignes pointillées dans la Figure 1 :

- Les résultats liés aux actions et les intrants dans le système de santé (par exemple, budget et dépenses du système de santé : augmentation du budget alloué à la santé) ;
- Les résultats liés aux capacités institutionnelles et à la performance du système de santé (par exemple : couverture d'assurance maladie via notamment la réduction des dépenses

- catastrophiques et augmentation de la proportion de partage de risque, disponibilité des services de santé appropriés / fournitures, notamment la disponibilité de médicaments) ;
- Les résultats de l'état de santé (par exemple : la réduction de la mortalité maternelle et infantile).

Les capacités institutionnelles au sein du système de santé agissent en tant que médiateur, tandis que les autres institutions en dehors de celles du système de santé, comme les facteurs macroéconomiques peuvent influencer les liens de causalité de la décentralisation aux résultats du système de santé.

Les résultats de l'état de santé de la population ne sont pas déterminés uniquement par la performance du système de santé, mais aussi par d'autres déterminants hors du système de santé (par exemple, l'état de santé initial et les conditions socio-économiques).

3.2. Résultats généraux de la décentralisation sur les piliers du système de santé

Les perceptions et croyances des parties prenantes sur les effets de la décentralisation sont soit optimistes ou soit pessimistes.

Dans le camp des optimistes (2,8,9,10), la décentralisation est vue comme une réforme qui augmente les compétences locales, la participation à l'identification des besoins en matière de prestation et de financement des soins de santé au niveau local, donc proche des usagers. Il est clair pour ce camp que la décentralisation est également souhaitée pour la réduction du problème de l'inadéquation entre ce dont les districts ont réellement besoin et ce qui est rendu disponible par le gouvernement central. Dans l'ensemble, la décentralisation a accru la flexibilité dans la planification locale et l'appropriation des projets de santé au niveau du district sanitaire (appelé zone de santé en RDC).

Pour le camp des pessimistes (2,8,9), la décentralisation est un moyen que le gouvernement central utilise dans le but de se débarrasser des secteurs coûteux ou des interventions complexes et coûteuses. Un auteur même a dit : « les districts ou zones de santé ont reçu beaucoup de responsabilités qui ne correspondent pas aux ressources mises à leur disposition ». On conclurait à des « responsabilités sans ressources et autorité ».

3.3. Contexte favorable aux résultats positifs de la décentralisation

L'impact positif a été directement lié au contexte politique qui prévaut dans le pays et la capacité de celui-ci de légiférer sur la décentralisation (11). Dans beaucoup de pays africains, le processus de transformation politique et la réalisation des premières élections démocratiques ont fait naître des attentes considérables en ce qui concerne la participation accrue à la prise de décisions au sein de la société.

Dans une étude qualitative, un expert a répondu : « *La démocratie a fait progresser la décentralisation et surtout que les acteurs des organes décentralisés sont élus localement. Ces élus locaux peuvent jouer un rôle important dans le développement à la base.* » (11)

Lorsque cela s'ajoute à l'importante autonomie accordée par le processus de décentralisation (politique, fiscale), cela a fait clairement que l'élaboration des politiques a été la plus démocratique et transparente possible, et qu'il devait certainement associer les trois sphères de gouvernement : local, provincial et national (12).

3.4. Contexte favorable à l'impact négatif de la décentralisation

Le processus de décentralisation crée des déconnexions entre le pouvoir de décision des niveaux hiérarchiques supérieurs et la capacité de mise en oeuvre des niveaux de prestation de services (12) dans un contexte de manque de clarté sur certaines responsabilités et les lignes de redevabilité. En outre, le contexte qui ne favorise pas les résultats de la décentralisation comprend le retard dans le transfert des ressources financières de l'État central aux gouvernements locaux, le manque d'un cadre formel de coordination entre les niveaux supérieur et inférieur, les faibles capacités des entités décentralisées pour gérer les ressources surtout les ressources humaines pour la santé avec le recrutement intempestif lié à l'ingérence politique, la faiblesse dans la gestion des équipements et des activités techniques (11,13).

Ce contexte négatif est illustré par les déclarations dans une étude qualitative de deux experts en santé sur les faiblesses de la décentralisation :

« La politisation et la corruption entraînant une mauvaise utilisation des ressources provoquent des crises fréquentes conduisant à la mise à l'écart des acteurs et au renouvellement des institutions et des équipes de gestion qui doivent être formées et actualisées sur la gestion des ressources transférées. » (11).

« La plupart des crises que nous observons au niveau des entités décentralisées sont principalement dues à la faiblesse de la mise en oeuvre des lois / politiques de décentralisation, notamment leur suivi incohérent et leur incompréhension parmi les principales parties prenantes. » (11).

Tableau 1 : Les effets de la décentralisation sur les piliers du système de santé

| Piliers du du Système de Santé | Effets positifs de la Décentralisation | Facteurs de succès | Effets négatifs de la décentralisation | Facteurs d'échec |
|---|--|--|--|---|
| Gouvernance | -L'augmentation de la participation de la communauté dans les problèmes de santé -Le processus de planification était plus adapté au contexte local, avec une plus grande implication de différentes parties prenantes (2, 9,10) | Les organes établis (administrations locales et organismes de décentralisation) ont été très utiles pour faciliter la participation de la communauté à la lutte contre les maladies infectieuses et dans le processus de planification (9, 14,15). | -Implication des autorités locales dans le processus de prise de décision pour obtenir certains avantages. - Problèmes de coordination entre le niveau central et les autorités locales : situations de conflit entre les partis politiques au niveau central ou provincial qui impactent négativement sur la coordination la rendant ainsi faible et parfois avec blocage de la mise en oeuvre des programmes prioritaires | Dans un contexte de manque de budget conséquent de la santé selon les recommandations d'Abuja (15% du budget global), la décentralisation a favorisé des planifications parfois irréalistes des niveaux décentralisés. Ceci contribue à la démoralisation des gestionnaires de ces niveaux. Ainsi les administrations décentralisées se trouvent dans une situation particulièrement difficile car elles dépendent dans une large mesure des subventions allouées par leurs hiérarchies (9,16). |
| Financement | -Limitation les subventions croisées entre différentes régions ou provinces du pays | Forte mobilisation des ressources locales dans certaines régions du pays | Manque de moyens financiers pour les entités locales pour organiser les activités | -Retards dans le versement des subventions -Subventions parfois arbitrairement coupées par les autorités sanitaires provinciales à miparcours (12,17) |
| Accès aux médicaments et au matériel | | | Pénuries en médicaments | -Retard dans l'approvisionnement de médicaments -Renforcement de la bureaucratie -Manque de compétences en gestion à la périphérie (18) |
| Système d'information sanitaire | | | Déclinaison de la qualité de l'information | Manque de capacité technique des acteurs locaux |
| Ressources Humaines | -Une augmentation du nombre de professionnels de santé par habitant et une augmentation du salaire moyen des personnels de santé (19) -Améliorations de la formation et du renforcement des capacités, de supervision et une attention aux services de santé primaires. | Les réformes de décentralisation ont permis une utilisation plus efficace de l'information locale dans le recrutement d'agents de santé, en veillant à une meilleure planification en fonction des besoins. (20). | -Problème de gestion et la rétention des ressources humaines. -Confusion des responsabilités entre les autorités de zone de santé et des aires de santé (18). -inégalités dans la répartition des professionnels de santé (21). | -Ingérence des autorités locales dans les processus de recrutement, -Renforcement de la bureaucratie pour le recrutement du personnel, retards dans l'établissement des affectations et des contrats, retards dans le paiement des salaires pour les agents de la périphérie (21). |
| Prestation de Services | Augmentation de l'utilisation de services | Fort impact des contributions du gouvernement sur l'utilisation des services de soins curatifs pour les enfants de moins de cinq ans. | Faiblesses de la qualité des services de santé (12). | Problèmes d'infrastructure, pénurie en médicaments et mauvaise qualité de personnel (12). |

Les évaluations des effets de la décentralisation donnent des résultats mitigés (tableau 1). Ces résultats sont les produits de 3 grands mécanismes (22) :

- «voting with the feet» : expression qui veut dire le passage d'une juridiction locale à une autre, en cherchant à maximiser leur utilité personnelle. Conséquences : modification de la structure actuelle des inégalités dans la répartition des ressources;
- «Closer to ground» : signifie que la gouvernance est proche du peuple. Ceci permet d'utiliser l'initiative locale, l'information, le retour d'information, l'introduction et le contrôle); et
- « Watching the watchers » : signifie les relations de responsabilité mutuelle entre niveaux de gouvernance que la décentralisation a multipliés (permettant une responsabilité mutuelle et un soutien entre plusieurs centres de gouvernance).

Ces 3 mécanismes de la décentralisation sont influencés par le contexte (institutionnel, socio-économique et géographique).

3.5. Impacts de la décentralisation sur l'équité liée à la santé

Dans les articles qui ont traité les études sur les pays en Afrique, il n'y a pas de données sur l'impact de la décentralisation sur l'équité liée à la santé. Par contre une revue a réalisé l'analyse sur les pays européens (Espagne, Suisse...) et d'Amérique du Nord(Canada..). Il ressort que : selon le contexte, la décentralisation pouvait conduire à des gains d'équité ou exacerber les inégalités.

L'impact de la décentralisation sur les inégalités en matière de santé et de soins de santé dépend des disparités socio-économiques préexistantes et des obstacles financiers à l'accès aux soins. Bien que la décentralisation puisse entraîner des inégalités dans le financement de la santé entre les entités décentralisées, ces inégalités pourraient être minimisées grâce à des transferts substantiels du gouvernement central et à des subventions croisées (23). La constitution de la RDC prévoit à cet effet une caisse de péréquation qui permettrait aux provinces les moins nanties de bénéficier de subventions publiques complémentaires.

3.6. Défis de la décentralisation

Selon les piliers du système de santé, il a été identifié certains problèmes et défis récurrents à presque tous les pays qui ont mis en oeuvre la décentralisation. Le tableau 2 les principaux défis ou problèmes.

Tableau 1 : Les effets de la décentralisation sur les piliers du système de santé

| Piliers du Système de santé | Problèmes et défis clés |
|----------------------------------|--|
| Gouvernance | <ul style="list-style-type: none"> -Ingérence politique dans le processus de recrutement du personnel de santé. Intervention intensive de l'État avec des retards dans le processus de transfert des ressources de santé. -Autonomie limitée dans l'organisation et la gestion des services de santé par les gouvernements locaux -Harcèlement politique des fonctionnaires, népotisme accru. -Les gouvernements locaux et les autorités de santé décentralisées ont souvent un choix très limité (espace de décision) sur leurs fonctions clés, notamment en matière de financement et de ressources humaines |
| Financement | <ul style="list-style-type: none"> -La prise de décision pour l'affectation des ressources financières reste sous le contrôle des autorités centrales / régionales. -Manque de transparence dans la répartition des ressources et procédures budgétaires -Retard dans le transfert des ressources financières du Gouvernement central aux gouvernements locaux -Faible capacité financière des administrations décentralisées pour supporter les coûts d'investissement -La plupart des gouvernements locaux disposent de ressources financières propres très limitées pour assurer les prestations de service de santé de qualité. |
| Ressources humaines | <ul style="list-style-type: none"> -La plupart des fonctions clés de la gestion du personnel de santé sont centralisées. -Manque de capacités et de personnel au niveau des institutions sanitaires locales pour assumer la responsabilité de prestation de services spécialisés -Faibles capacités des gouvernements locaux en matière de gestion des équipements et du personnel technique du personnel de santé -Capacités limitées du personnel de santé et des comités de gestion de la santé en matière de décentralisation et transfert de ressources de santé. -Processus lent de développement des ressources humaines et des infrastructures. |
| Organisation des services | <ul style="list-style-type: none"> -Absence de délimitation claire des responsabilités et des relations entre les niveaux : gouvernement local, conseil d'administration de zone de santé, le chef des entités décentralisées, le bureau de zone et comités de santé. -Surveillance insuffisante, absence de mécanisme de responsabilisation, -Insuffisance de relation entre le secteur de la santé et les autres secteurs qui mettent en place la décentralisation. -Absence de mécanisme officiel de coordination entre les formations sanitaires et les gouvernements locaux |

3.7. Contexte de la RDC

La décentralisation du système de santé est incluse dans un processus global de la réforme de l'Etat Congolais consacrée par la constitution en vigueur (6) et de la réforme de la fonction publique.

a. Réforme de l'Etat en RDC

Les objectifs de décentralisation du système de l'Etat Congolais sont : (i) L'approfondissement de la démocratie locale, (ii) le développement local (iii) la lutte contre la pauvreté (24). Cette réforme a ses propres défis comme le montre l'encadré 2.

L'effectivité de la mise en oeuvre de la décentralisation est marquée par l'organisation des élections provinciales au deuxième semestre 2006, suivie de l'installation des institutions provinciales qui en sont issues. Elles fonctionnent depuis février 2007. Le gouvernement a organisé, à Kinshasa, en octobre 2007, le Forum National de Décentralisation à l'issue duquel un consensus national s'est dégagé sur une vision partagée de la décentralisation entre le Gouvernement central et les provinces.

Encadré 2 : Les défis pour la réussite de la décentralisation en RDC (24)

- L'appropriation de la décentralisation par les acteurs et la population ;
- Le maintien de la paix et de la sécurité ;
- La volonté politique ;
- L'implication de tous ;
- L'existence d'une vision commune ;
- La solidarité nationale ;
- La progressivité dans la démarche ;
- La bonne gouvernance locale ;
- Le financement de la décentralisation ;
- Le renforcement des capacités des différents acteurs et mandataires ;
- L'organisation des élections provinciales, urbaines, municipales et locales.

b. Réforme du système de santé

La réforme du système de santé de la RDC a concerné les niveaux central et provincial. Au niveau central, il y a eu (i) séparation de l'inspection Générale de la santé et du Secrétariat général de la santé et la création de deux directions générales, celle d'organisation et de gestion des soins de santé (DGOGSS) et celle de lutte contre la maladie (DGLM) ; (ii) proposition technique de réduction à une dizaine du nombre de programmes spécialisés ; et (iii) renforcement de coordination par la redynamisation du Comité National de Pilotage du secteur santé (CNP-SS), de ses comités technique et stratégique et de ses différentes commissions thématiques.

Au niveau provincial : il y a eu aussi (i) séparation entre la division provinciale de la santé (DPS) et l'inspection provinciale de la santé ; et (ii) redynamisation du comité provincial de pilotage (CPP-SS), de son secrétariat technique et de ses différentes commissions.

Ces structures ont produit certains résultats qui sont signalés dans les documents de l'évaluation à mi-parcours du PNSD 2016-2020 et dans l'analyse situationnelle du PNDS recadré 2019-2022 résumés dans le tableau 3 selon les piliers du système de santé.

Tableau 3 : Forces, faiblesses et défis de la mise en oeuvre de la décentralisation sur les piliers du système de santé en RDC (25,26)

| Piliers du système de | Forces | Faiblesses | Défis à relever par rapport aux faiblesses |
|---|---|--|--|
| Gouvernance | <ul style="list-style-type: none"> - Elaboration de la Loi cadre de la santé. - Élaboration d'une série de documents stratégiques et normatifs (voir Encadré 3) | <ul style="list-style-type: none"> - Coordination peu efficace - Planification théorique - Faible redevabilité | <ul style="list-style-type: none"> - Mise en oeuvre insuffisante des résolutions du CNP-SS - Faible fonctionnalité des commissions techniques du CNP-SS - Faible dynamique communautaire et impunité |
| Financement | <ul style="list-style-type: none"> - Contrat unique (dispositif pour l'alignement de tous les partenaires) | <ul style="list-style-type: none"> - Faible financement des soins et insuffisance des mécanismes de protection et partage des risques | <ul style="list-style-type: none"> - Inefficience des dépenses publiques internes et externes |
| Accès aux médicaments et aux matériels | <ul style="list-style-type: none"> - Existence des Centrales de distribution Regionales | <ul style="list-style-type: none"> - Persistance de la circulation des médicaments de mauvaise qualité - Rupture fréquente de stock des médicaments essentiels et intrants spécifiques | <ul style="list-style-type: none"> - Le déficit des inspections des établissements et services pharmaceutiques - Le déficit du Système d'information en Gestion Logistique |
| Système d'information Sanitaire | | <ul style="list-style-type: none"> - La qualité de données peu fiable | <ul style="list-style-type: none"> - Faible renforcement des capacités et une insuffisance de l'informatisation du secteur. |
| Ressources Humaines | | <ul style="list-style-type: none"> - Déséquilibre dans la production et répartition inéquitable des ressources humaines - Faible motivation et fidélisation des personnels de santé - Qualité insuffisante de l'enseignement des professionnels de santé et du développement des compétences des prestataires | <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'une politique réaliste de gestion de ressources humaines |
| Prestation de Services | | <ul style="list-style-type: none"> - Faible couverture sanitaire - Faible qualité de soins - Faible utilisation de services curatifs | <ul style="list-style-type: none"> - Peu d'investissement dans le secteur de la santé - Ressources humaines et infrastructures non adéquates, ruptures de stock des médicaments et faible rémunération des personnels - Barrière financière et géographique |

Encadré 3 : Liste de quelques documents stratégiques et normatifs élaborés par le Ministère de la Santé

- Normes d'intervention en santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent,
- Plan stratégique de la santé communautaire,
- Référentiels de formation des Equipes-Cadres de Zones, de sages-femmes et des accoucheuses,
- Manuel de procédures de gestion,
- Ordinogrammes et guides thérapeutiques,
- Outils de surveillance de décès maternels et riposte,
- Modules de formation continue en soins obstétricaux et néonataux d'urgence selon la nouvelle approche basée sur les compétences,
- Outils de gestion des médicaments de la liste nationale de médicaments essentiels.

En 2017, une enquête (27) a conclu en ces termes en ce qui concerne le système de santé de la RDC : faible redevabilité, services de soins fragmentés, faible système d'approvisionnement et ressources humaines inadéquates dans un contexte de financement du système dépendant de l'extérieur et du ménage déjà appauvris (figure 2). Ceci est reflété dans la figure 2

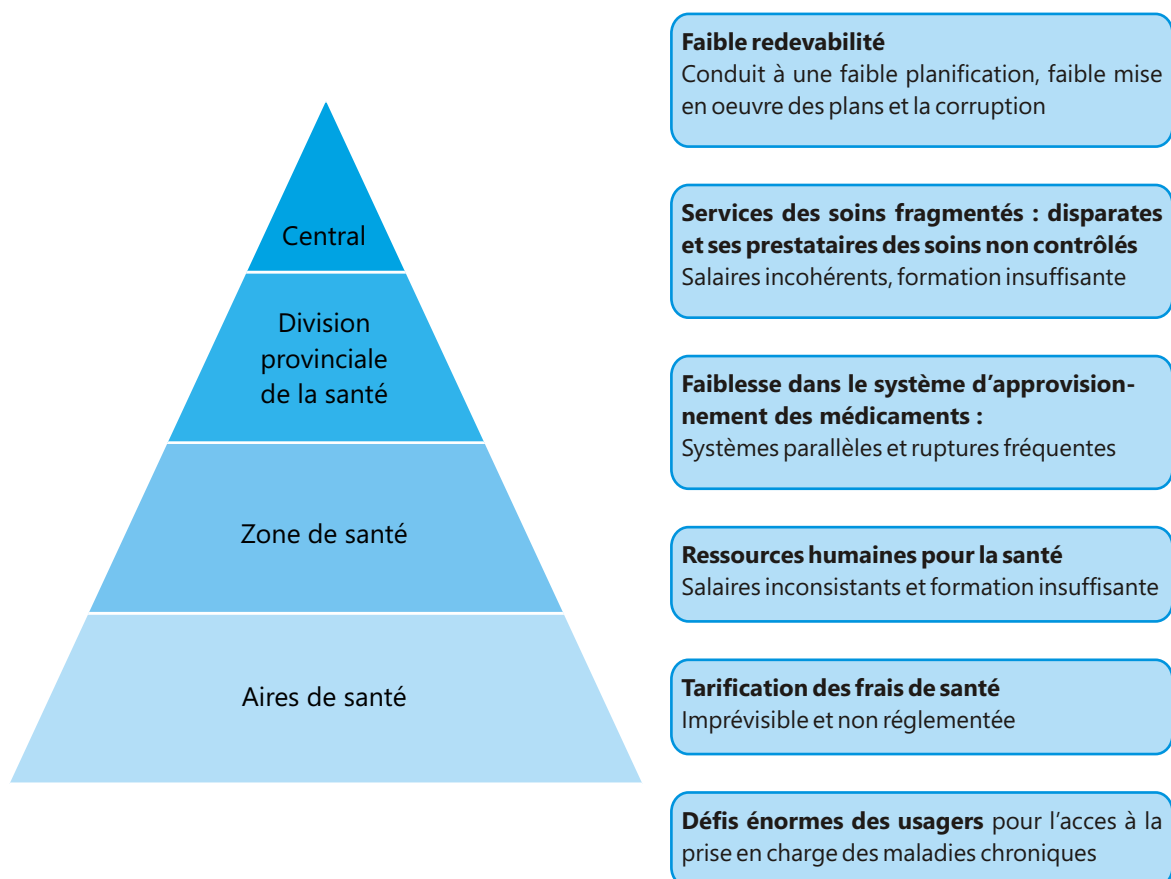


Figure 2 : Le système de santé de la RDC et les défis identifiés (27)
Source : START Team

Conclusion

Conceptuellement, la décentralisation offre une véritable opportunité de développement des pays dans divers secteurs sociaux dont celui de la santé. Car, le rapprochement des gouvernants et des gouvernés permet de mieux identifier et prendre en compte les besoins de la population avec sa propre participation dans la prise et la mise en oeuvre des décisions.

Dans le secteur de la santé, les éléments factuels issus des expériences de décentralisation dans certains pays d'Afrique subsaharienne montrent les effets positifs et négatifs, ainsi que les défis à relever d'une telle réforme sur les piliers du système de santé. Il s'avère aussi que la décentralisation est une réforme multisectorielle intégrée, aucun secteur ne pouvant tout faire pour lui-même.

Dans le contexte de la RDC, et au regard du niveau actuel de la mise en oeuvre de la décentralisation en général et dans le secteur de la santé en particulier, il va falloir :

- développer une meilleure coordination par une communication efficace entre le niveau central et les provinces afin d'éviter tout malentendu dans l'application des textes légaux et réglementaires relatifs aux compétences de l'un et/ou l'autre niveau de pouvoir
- développer à tous les niveaux (central et provincial) une multisectorialité de redevabilité dans laquelle chaque secteur connexe à la santé définit ses actions qui contribuent à la santé et s'engage formellement à les réaliser;
- rendre effective la Caisse Nationale de Péréquation pour améliorer l'équité entre les provinces et permettre à celles moins nanties de disposer aussi de ressources suffisantes pour leurs actions de développement, en priorisant la santé ;
- développer au niveau des provinces des mécanismes d'efficience et de transparence dans l'utilisation des ressources (affectation, chaîne de dépenses).

Références

1. Senkubuge F, Modisenyane M, Bishaw T (2014) Strengthening health systems by health sector reforms. *Glob Health Action* 7:23568. Doi:10.3402/gha.v7.23568
2. Daniel Cobos Munoz, Paloma Merino Amador, Laura Monzon Llamas, David Martinez Hernandez. Juana Maria Santos Sancho, Decentralization of health systems in low- and middle-income countries: a systematic review, *Int J Public Health* ,2017, 62 :219–229 DOI 10.1007/s00038-016-0872-2
3. Bossert T (2000) Guidelines for promoting decentralization of health systems in Latin America. *Latin America and Caribbean health sector reform initiative - LACHSR - No 30*
4. OMS, Déclaration de Harare, 1987, https://ocpa.irmo.hr/resources/docs/Harare_Language_Declaration-fr.pdf
5. OMS, Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais, Geneve 2008 <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22232fr/s22232fr.pdf>
6. Constitution de la RDC, <https://www.leganet.cd/Legislation/JO/2011/JOS.05.02.2011.pdf>
7. Dominique Polton, DÉCENTRALISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ : UN ÉCLAIRAGE INTERNATIONAL, « *Revue française des affaires sociales* » 2004,4 : 267 à 299
8. ADENANTERA DWICAKSONO, ASHLEY M. FOX, Does Decentralization Improve Health System Performance and Outcomes in Low and Middle-Income countries? A Systematic Review of Evidence from Quantitative Studies, *The Milbank Quarterly*, 2018,96(2): 323-368)
9. Zon H, Milena Pavlova, Koine Maxime Drabo, Wim Groot, Municipal health services provision by local governments: a systematic review of experiences in decentralized Sub-Saharan African countries, *Health Policy and Planning*, 32, 2017, 1327–1336 doi : 10.1093/heapol/czx082
10. Herrera CA, Lewin S, Paulsen E, Ciapponi A, Opiyo N, Pantoja T, Rada G, Wiysonge CS, Bastías G, Garcia Marti S, Okwundu CI, Peñaloza B, Oxman AD. Governance arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 9. Art. No.: CD011085. DOI: 10.1002/14651858.CD011085.pub2.
11. Zon H, Pavlova M, Groot W. Decentralization and health resources transfer to local governments in Burkina Faso: A SWOT analysis among health care decision makers. *Health Sci Rep*. 2019;2:e119. <https://doi.org/10.1002/hsr2.119>
12. Di McIntyre & Barbara Klugman. The Human Face of Decentralisation and Integration of Health Services: Experience from South Africa, *Reproductive Health Matters* 2003, 11:21, 108-119, DOI: 10.1016/S0968-8080(03)02166-9
13. Benjamin Tsofa , Sassy Molyneux , Lucy Gilson and Catherine Goodman , How does decentralisation affect health sector planning and financial management? a case study of early effects of devolution in Kilifi County, Kenya *International Journal for Equity in Health* (2017) 16:151 DOI 10.1186/s12939-017-0649-0
14. William Newbrander, Chavanne Percy, Megan Shepherd-Banigan and Petra Vergeer A tool for assessing management capacity at the decentralized level in a fragile state, *Int J Health Plann Mgmt* (2011) DOI: 10.1002/hpm.1108
15. Konaté, M. (et al.), 2008, *Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé. L'expérience de Koulikoro au Mali*. Sous la direction de Lodenstein, E. et Hilhorst, T. Bulletin 383. Amsterdam: KIT Publishers.
16. Joseph C, Maluka SO. Do management and leadership practices in the context of decentralisation influence performance of community health fund? Evidence from Iramba and Iringa districts in Tanzania. *Int J Health Policy Manag*. 2017;6(5):257–265. Doi:10.15171/ijhpm.2016.130
17. Mbatsa S, McIntyre D. Financing local government health services. In: *Health Systems Trust, editor. South African Health Review*, 2001. Durban: Health Systems Trust and Henry J Kaiser Family Foundation, 2001
18. David Kyaddondo, Susan Reynolds Whyte Working in a decentralized system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda, *Int J Health Plann Mgmt* 2003; 18: 329–342. DOI: 10.1002/hpm.730
19. Jean-François Médard, « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 27 mars 2006, consulté le 12 octobre 2018. URL : <http://journals.openedition.org/apad/35>
20. Mahjabeen Haji, Varatharajan Durairaj Pascal Zurn, Laura Stormont, Maximillian Mapunda, Emerging opportunities for recruiting and retaining a rural health workforce through decentralized health financing systems, *Bull World Health Organ* 2010;88:397–399 | Doi:10.2471/BLT.09.072827
21. Seye Abimbola, Titilope Olanipekun, Uchenna Igbokwe, Joel Negin, Stephen Jan, Alexandra Martiniuk, Nnenna Ihebuzor1 and Muiy Aina How decentralisation influences the retention of primary health care workers in rural Nigeria, *Glob Health Action* 2015, 8: 26616 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.26616>
22. Seye Abimbola, Leonard Baatiema, Maryam Bigdeli, The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence *Health Policy and Planning*, 2019 , 34: 605–617 doi: 10.1093/heapol/czz055
23. Anthony Mwinkaara Sumaha, Leonard Baatiema, Seye Abimbolada Ghana The impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence. *Health Policy* <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.003>
24. Ministère de l'Intérieur, Sécurité, décentralisation et affaires coutumières, La décentralisation au service de la paix, de la démocratie, du développement et de l'unité nationale, Kinshasa, 2013 http://www.aimf.asso.fr/IMG/pdf/decentralisationenbre_-_rdc_pdf_2013612_123145.pdf
25. Ministère de la Santé, Plan National de Développement Sanitaire de la RDC 2019-2022, Kinshasa, 2015
26. Ministère de la Santé, Rapport de l'évaluation à Mi-Parcours de la mise en oeuvre du PNDS 2016-2020, Kinshasa, 2018
27. Naughton B, Abrahamson R, Wang A, Kwan-Gett, DRC survey: an overview of demographics, health, and financial services in the Democratic Republic of Congo, Start Center strategic analysis research and training center 2017

Les auteurs remercient les personnes ci-après pour leur contribution à l'élaboration de cette Note de Politique :
Bart Criel, Zakaria Belrhiti et Geneviève Michaux



Cette Note de Politique est un résultat du Programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence en République Démocratique du Congo (RIPSEC) financé par la Commission Européenne.

Les points de vue qui sont exprimés dans cette note n'engagent que les auteurs

