



# Le Contrat unique dans le secteur de la santé en République démocratique du Congo

Étude de cas : Connaissances & Apprentissage

Novembre 2022

# Remerciements

Cette étude axée sur les connaissances et l'apprentissage a été conceptualisée, coordonnée et élaborée par Joy Gebre Medhin, Conseillère Connaissances et Apprentissage au Mécanisme de Financement mondial, et Patrick Hoang-Vu Eozenou, Economiste principal au Mécanisme de Financement mondial (GFF). La revue documentaire et le volet qualitatif ont été menés par deux consultants recrutés par le GFF, Dr. Simon-Decap Mabakutuvangilanga Ntela, et Dr. Hermès Karemere.

Nous remercions Dr. Michel Muvudi, Spécialiste principal de la Santé à la Banque mondiale en République démocratique du Congo, et Dr. Faustin Chenge, Agent de Liaison du GFF pour la République démocratique du Congo, pour leur appui et les orientations pourvues tout au long de l'étude.

Nous remercions également les experts et parties prenantes pour avoir participé à une revue externe de l'étude et fournis leurs commentaires, notamment

- Dr. Rafael Nunga Matadi, Expert et Chef de la Division chargée des Programmes et du Suivi à la Direction des études et de la Planification du ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention de la République démocratique du Congo
- Dr. Sylvain Yuma, Conseiller Technique Stratégique Senior au ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention de la République démocratique du Congo
- Dr. Jean-Bosco KAHINDO, Coordinateur des Projets au Nord Kivu à l'ULB Coopération
- Dr. Fatima El Kadiri El Yamani, Economiste de santé principale à la Banque mondiale
- Dr. Supriya Madhavan, Spécialiste principal de la Santé à la Banque mondiale
- Dr. Sayed Ghulam, Spécialiste principal de la Santé à la Banque mondiale
- Dr. Isidore Sieleunou, Economiste principal à la Banque mondiale

# TABLE DES MATIÈRES

**1 INTRODUCTION DE L'ÉTUDE DE CAS**

**2 CONTEXTE ET ORGANISATION SANITAIRES**

**3 QU'EST-CE QUE LE CONTRAT UNIQUE ?**

**4 COMMENT LE CONTRAT UNIQUE A-T-IL VU LE JOUR ?**

**5 ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE LA MISE EN ŒUVRE**

**6 RÉFLEXIONS DES PARTIES PRENANTES**

**7 ANNEXE : CADRE ANALYTIQUE**



1

République démocratique du Congo : Contrat unique  
**Introduction de l'étude de cas**

# Introduction : Étude de cas

## Objectif

L'objectif de cette étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage est de documenter et de partager l'expérience de contrat unique de la République démocratique du Congo (RDC) afin de renseigner les efforts de mise en œuvre et d'expansion déployés dans le pays ainsi que la réplique éventuelle du mécanisme dans d'autres pays.

Nous espérons qu'elle vous permettra de :

- **Obtenir un aperçu** de l'expérience réelle de la RDC dans le cadre du contrat unique.
- **Identifier les défis** ou les obstacles auxquels vous pourriez être confrontés en entreprenant un processus similaire.
- **Prendre en compte** de nouvelles idées et perspectives.
- **Développer des compétences** autour d'un domaine technique spécifique.
- **Encourager des discussions** au sein de votre équipe nationale et / ou avec d'autres parties prenantes.

## Portée

Cette étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage s'attache à documenter les facteurs ayant facilité ou inhibé l'introduction, l'adoption, la mise en œuvre et le suivi du contrat unique au niveau provincial. Elle souligne les leçons apprises et les défis rencontrés, ainsi que les mesures prises pour les résoudre.

# Introduction : Étude de cas

## Méthodologie adoptée

Cette étude axée sur les connaissances et l'apprentissage adopte une approche qualitative qui s'appuie sur l'analyse cognitive des tâches (ACT) – une méthode se concentrant sur la saisie des connaissances expérientielles et tacites afin de comprendre les défis rencontrés et les compétences cognitives requises pour la réalisation de tâches complexes. L'ACT permet non seulement de comprendre la nature des tâches exécutées, mais aussi la manière dont les compétences cognitives comme le jugement, la prise de décision et la recherche de sens peuvent devenir des vecteurs de performance.

Cette approche qualitative s'appuie également sur une revue documentaire et des discussions avec les équipes techniques de la Banque mondiale qui ont permis d'identifier les thèmes saillants à traiter, les éléments à approfondir et les informateurs clés à interroger, et cela, en évitant les doublons.

## Profil des informateurs clés

Les informateurs clés ont été sélectionnés de façon à donner voix aux perspectives d'une diversité de parties prenantes impliquées dans le contrat unique et cela, à différents niveaux administratifs. Seize entretiens individuels ont été menés avec des représentants du gouvernement central, y compris de la Direction d'études et de planification du ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention (MSP-HP), des partenaires techniques et financiers (bilatéraux, multilatéraux), des chefs de divisions provinciales de la santé (non interrogés dans le cadre d'autres études) et des médecins-chefs de zones de santé.

# Revue documentaire

## Revue documentaire

Cette étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage s'appuie sur la littérature grise disponible sur le contrat unique afin de s'inscrire dans le prolongement des travaux existants et d'assurer sa nature complémentaire. Cette revue documentaire s'est attachée à analyser les documents formellement publiés et des documents de travail non publiés.

- L'évaluation de la mise en œuvre du contrat unique au niveau intermédiaire du système de santé en République démocratique du Congo (Banque mondiale & Département d'études et de planification, 2021).
- L'article intitulé « Le contrat unique, une approche innovante de financement du niveau intermédiaire du système de santé en République démocratique du Congo : processus et défis de mise en œuvre. » (*Journal africain pour la Santé primaire et la Médecine familiale*, 2021).
- L'article intitulé « Le processus de mise en œuvre de l'approche du contrat unique en République démocratique du Congo. » (Renforcement institutionnel des politiques de santé basées sur l'évidence, 2017).
- La stratégie de renforcement du système de santé (ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention, 2010).

Les notes techniques, les modules de formation, les rapports de missions opérationnelles ainsi que les rapports d'évaluation des divisions provinciales de la santé, comptent parmi les documents de travail revus. Ces documents proviennent principalement du ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention, des divisions provinciales de la santé et de la Banque mondiale.



2

République démocratique du Congo : Contrat unique  
**Contexte et organisation sanitaires**



## Contexte sanitaire

La République démocratique du Congo (RDC) a réalisé d'importants progrès en matière de santé et de nutrition des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents. Certains indicateurs demeurent néanmoins au rouge, notamment le taux de mortalité maternelle qui reste élevé avec 846 décès pour 100 000 naissances vivantes, et la malnutrition chronique avec près de 43 % des enfants accusant un retard de croissance [1]. La progression du pays vers une couverture de santé universelle est entravée par un certain nombre de défis, y compris dans le domaine du financement de la santé.

En 2018, 44 % des dépenses totales de santé provenaient des ménages et 35 % des dépenses totales de santé étaient financées par des sources de financement externes [2]. Cette aide publique au développement pour la santé est toutefois de nature fragmentée et représente une importante source d'inefficience. Une évaluation menée en 2015 par l'Organisation mondiale de la Santé signale notamment que plusieurs partenaires financent des activités similaires en même temps, dans une même zone géographique, et cela, en raison d'un manque de concertation.

Malgré une augmentation de 6,9 à 11,4 % entre 2016 et 2021, la part du budget de l'état allouée à la santé reste faible et principalement axée sur le paiement récurrent de salaires.

Le taux d'exécution budgétaire demeure également modeste [4]. En 2019, seulement 57 % du budget de la santé avaient été dépensés et le ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention n'avait dépensé que trois millions de dollars américains pour la santé maternelle et infantile [5].

Les provinces restent sous-financées dans le secteur de la santé et ne reçoivent que 3 % des financements publics, au lieu des 10 % prévus dans le cadre du Plan national de développement sanitaire 2016-2020. Cette situation pourrait avoir pour effet d'entraver les activités de supervision et d'appui fournies par les divisions provinciales de la santé aux zones de santé pour la prestation de services de santé de qualité.

Conscient de ces défis et forts de ses engagements en vue d'une couverture de santé universelle, le ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention et les partenaires techniques et financiers se sont engagés à optimiser l'allocation et l'utilisation des ressources existantes afin de répondre aux priorités les plus importantes du pays. Cet engagement concerne également le financement du niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire de la RDC et prend notamment la forme du contrat unique. La façon dont le contrat unique favorise l'efficacité de l'aide au développement pour la santé est particulièrement pertinente dans le contexte actuel étant donné l'évaluation en cours du Plan national de développement sanitaire (2016-2020) et la préparation de la

# Pyramide de santé de la République démocratique du Congo

## Rôles et responsabilités des parties prenantes au sein du pays

Le système de santé de la République démocratique du Congo (RDC) comprend trois niveaux.

### Niveau national

Le ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention occupe le niveau central de la pyramide sanitaire de la République démocratique du Congo. Opérant sous l'égide du ministre de la Santé publique, il comprend le secrétaire général à la Santé, les directions centrales, les programmes spécialisés, l'inspection générale de la santé, les hôpitaux du niveau tertiaire et les autres structures à vocation nationale. Le niveau central occupe une fonction de régulation et définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. En outre, il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre dans les provinces. Il joue aussi le rôle de mobilisation et de redistribution des ressources.

### Niveau provincial

Le niveau provincial est composé du ministre provincial en charge de la Santé, d'une division provinciale de la santé, d'une inspection provinciale de la santé, la Centrale régionale de distribution (CDR) des médicaments, de l'hôpital provincial et d'autres structures sanitaires à vocation provinciale. Principal levier de la pyramide sanitaire dans les domaines techniques de la prestation et de la régulation des services de santé mis en œuvre au niveau des zones de santé, il assure également l'inspection et le contrôle des établissements de soin, de la science de la santé et des produits pharmaceutiques.

### Niveau opérationnel / zones de santé

Le niveau opérationnel est constitué de la zone de santé, responsable de la prestation des services de santé primaire. Composée d'un hôpital de santé, la zone de santé est subdivisée en aires de santé et chaque aire de santé dispose d'un centre de santé. La communauté est impliquée dans le travail des zones de santé, participant notamment dans la gestion des centres de santé à travers le comité de développement sanitaire ou encore le conseil d'administration de la zone de santé.

# Pyramide de santé de la République démocratique du Congo





3

République démocratique du Congo : Contrat unique

**Qu'est-ce que le contrat unique ?**

# UNE APPROCHE UNIQUE

## Alignement pour mieux répondre aux priorités sanitaires

### Qu'est-ce que le contrat unique ?

Le contrat unique est un mécanisme de gestion développé par le ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention de la RDC (MSP-HP) et ses partenaires techniques et financiers afin de favoriser une meilleure coordination des financements, optimiser l'utilisation des financements disponibles et mieux répondre aux priorités sanitaires, et cela, au niveau des divisions provinciales de la santé (DPS).

Le contrat unique vise à mutualiser les financements de sources nationales et externes et à les affecter de manière coordonnée aux DPS pour financer leurs coûts opérationnels, et cela, sur la base d'un plan d'action opérationnel unique, assorti d'un budget et d'un cadre de suivi singuliers. Il requiert la participation et la coordination des parties prenantes principales dans les processus de planification, de mise en œuvre et de suivi au niveau provincial.

Le contrat unique répond aux résolutions de la Déclaration de Paris et de la Déclaration de Kinshasa pour l'harmonisation des plans d'intervention et l'alignement des financements sur les priorités nationales, inscrites dans le Plan national de développement sanitaire et le Programme d'actions du gouvernement.

“

*« Le contrat unique a pour objet la mise en commun et la gestion rationnelle des ressources au sein de la DPS en tant que structure chargée de la coordination, de l'encadrement et de l'accompagnement technique des zones de santé en vue d'améliorer la qualité de l'offre des soins et les conditions sanitaires de la population de la province. »*

*— Partenaire technique et financier, Nord-Kivu [6]*

”

# Alignement pour mieux répondre aux priorités sanitaires

## Composantes principales

### Un seul contrat intégré

Les conventions disponibles au sein d'une province sont fédérées et harmonisées en un contrat unique et intégré reliant les bailleurs de fonds de la province, le ministère provincial de la Santé et la division provinciale de la santé (DPS). Quatorze contrats uniques sont actuellement fonctionnels en RDC, notamment dans les provinces du Bas-Uele, du Haut-Katanga, du Haut-Lomami, du Haut-Uele, du Kongo-Central, du Kwango, du Kwilu, du Lualaba, du Mai-Ndombe, de Maniema, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, du Sud-Ubangi et de Tshopo.

### Un seul financement structurel

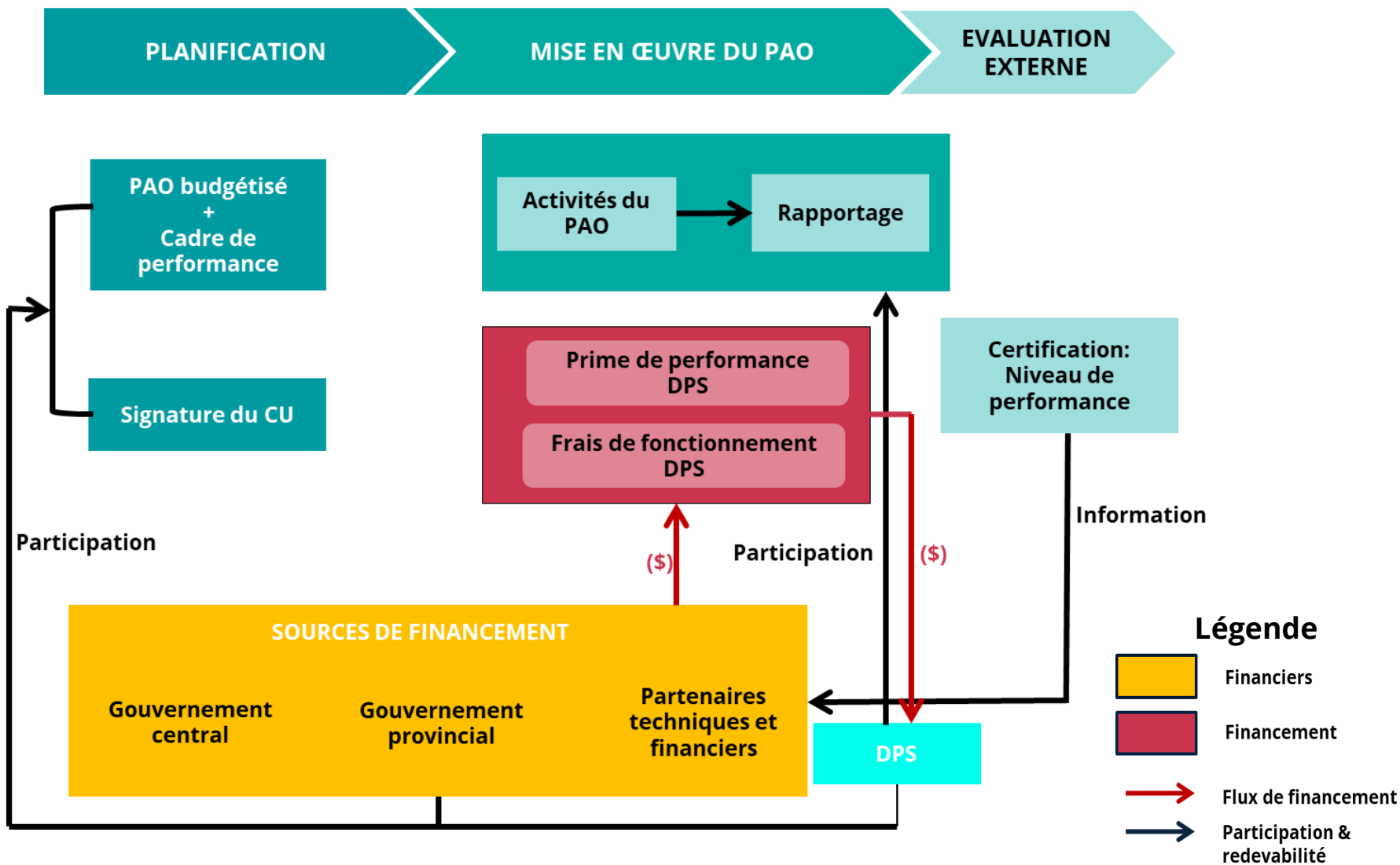
Le contrat unique se présente sous la forme d'un financement structurel fixe qui agrège les financements des bailleurs de fonds, du gouvernement central et des DPS sur la base d'un plan d'action opérationnel (PAO) provincial consolidé et d'un budget unique. Ce financement structurel est complété par un financement incitatif modulé et ajusté selon la performance, et cela, dans une logique de palier de progression de l'institution qui confère un caractère dynamique au mécanisme.

### Un cadre de performance commun

Le contrat unique est assorti d'un cadre de performance unique qui inclut notamment des indicateurs axés sur la coordination et le pilotage du secteur de la santé au niveau provincial, la collaboration intersectorielle, l'accompagnement et l'encadrement techniques des zones de santé, la gestion des ressources et de l'information sanitaire.

Ce cadre de performance sert à renseigner une évaluation trimestrielle réalisée par une équipe de trois personnes désignée par le Comité provincial de pilotage et prenant la forme de réunions durant lesquelles les progrès réalisés au cours d'un trimestre sont comparés aux objectifs et aux prévisions inscrits dans le plan d'action opérationnel de la DPS. En contribuant à déterminer le pourcentage obtenu par une DPS pour chaque indicateur au cours du trimestre, l'évaluation permet d'apprécier le fonctionnement de la DPS ainsi que l'évolution de sa performance dans le temps. Les scores de performance générés sont communiqués au Comité provincial de pilotage qui les transmet pour revue au MSP-HP et au Groupe inter-bailleurs santé (GIBS) – la structure qui regroupe les bailleurs de fonds du ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention de la RDC.

# Le contrat unique au niveau de la division provinciale de la santé



# Alignement pour mieux répondre aux priorités sanitaires

## Contrat unique au niveau national

Le contrat unique opère également au niveau central et implique la contractualisation de sept services du MSP-HP chargés d'encadrer et de superviser les activités des DPS [7]. Les services du niveau national contractés par le secrétaire général à la Santé et financés par les bailleurs de fonds sur la base d'un plan de travail trimestriel incluent la/le :

- Direction d'études et de planification afin de garantir le respect des normes nationales, plaider pour la mobilisation de financements externes et endogènes, et favoriser l'alignement.
- Programme national de santé de la reproduction, la Politique nationale de la santé de l'adolescent, et le Programme national de nutrition pour la prestation de services spécialisés.
- Commission technique pour l'achat stratégique pour la vérification et l'approbation des paiements fournis aux structures nationales.
- Cellule d'Appui à la gestion financière du gouvernement pour la coordination des financements verticaux du secteur de la santé. Elle implique le ministère de la Santé publique, le ministère des Finances ainsi que les organisations dotées de programmes verticaux comme Gavi et le Fonds mondial.
- Cellule de suivi et d'évaluation pour la vérification des prestations pourvues par les directions et les programmes nationaux selon leurs cadres de performance.

Cette analyse se concentre uniquement sur le mécanisme de contrat unique au niveau des DPS.





4

République démocratique du Congo : Contrat unique  
**Comment le contrat unique a-t-il vu le jour ?**

# Économie politique | Introduction et adoption du contrat unique

L'introduction du contrat unique a été facilitée par une économie politique propice, influencée par un contexte de réformes favorables, une prise de décision basée sur des données probantes, une convergence en matière de diagnostic et une conceptualisation participative.

## Contexte initial

L'avènement du contrat unique s'inscrit dans le prolongement des engagements pris en 2006, et renouvelés en 2010, par le gouvernement de la RDC afin de revitaliser les niveaux décentralisés des systèmes de santé et accroître la spécificité contextuelle de la réponse sanitaire [8]. Ces engagements mettent l'accent sur le niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire ainsi que sur le financement de la santé. Au niveau intermédiaire, les DPS se sont vu confier un rôle de coordination, d'encadrement technique et de suivi des zones de santé. Ce contexte de réformes a non seulement contribué à instaurer une nouvelle dynamique institutionnelle, mais il a aussi participé à façonner un nouveau relationnel entre acteurs, renforçant notamment le lien entre les PTF et les DPS, ainsi qu'entre les DPS et les zones de santé.

## Convergence en matière de diagnostic

En 2014, l'évaluation du Plan national de développement sanitaire 2011-2015 [9] et l'évaluation du financement de la santé au niveau intermédiaire [10] fournissent un diagnostic des goulots d'étranglement entravant le système de santé aux niveaux décentralisés. Elles soulignent notamment la :

- Fragmentation de l'aide au développement pour la santé au niveau des zones de santé.
- Capacité limitée des DPS à aligner les partenaires techniques et financiers.
- Insuffisance des mesures d'encadrement et de suivi à tous les niveaux.
- Ineffcience en matière de gestion financière, particulièrement en raison de la multiplicité des contrats et des procédures financières avec lesquels les DPS doivent composer. Par exemple, une DPS gère 33 contrats de manière simultanée.

# Économie politique | Introduction et adoption du contrat unique

## Convergence en matière de diagnostic (suite)

Ce tableau diagnostic a d'abord renseigné une réflexion, menée par la Direction d'études et de planification (DEP) du MSP-HP et appuyée par la Banque mondiale, aux termes de laquelle le concept de contrat unique a vu le jour en RDC. Il a ensuite fait l'objet d'une analyse sectorielle dans le cadre de la préparation du PNDS 2016-2020, appuyant non seulement une convergence diagnostic parmi les parties prenantes principales du secteur de la santé en RDC, mais favorisant également une volonté partagée d'apporter des solutions efficaces et réalistes.

## Dialogue stratégique

C'est dans ce climat que la DEP a conduit des consultations ciblées avec les PTF et un certain nombre de chefs de DPS afin de répondre à leurs préoccupations, refléter leurs intérêts respectifs et assurer l'adéquation du contrat unique au contexte de la RDC.

En général, les PTF ont convenu que le contrat unique avait le potentiel de répondre adéquatement au besoin de fédérer et d'harmoniser les financements au niveau provincial, tout en renforçant les rôles de coordination, d'encadrement et de pilotage des DPS. Ils ont néanmoins insisté sur une participation financière progressive des gouvernements national et provincial afin de renforcer la redevabilité et favoriser l'appropriation et le leadership au sein du pays ; et stipulé que leur alignement pourrait être limité étant donné que les décisions en matière de modalités de financement, de leur disponibilité et de la fréquence des décaissements étaient souvent contrôlées par les sièges internationaux. Les PTF ont également exprimé une appréhension quant à la supplantation potentielle d'autres mécanismes de financement, la dispersion possible de la redevabilité inhérente aux financements dits « verticaux » et la capacité de gestion des DPS.

Les 11 chefs de DPS consultés ont également été favorables au contrat unique. Ils ont néanmoins souligné le besoin de prendre des dispositions afin de maintenir l'intégrité du mandat des DPS, d'assurer un effectif minimum au sein des DPS et d'inclure des modalités susceptibles d'accroître la motivation et fidéliser le personnel.

# Économie politique | Introduction et adoption du contrat unique

## Adoption officielle

En décembre 2014, le contrat unique est officiellement adopté en RDC comme document de politique nationale de santé au Comité national de pilotage du secteur de la santé.

## Conception participative

En 2015, le ministère de la Santé publique a organisé un atelier à Matadi dans la province du Kongo-Central afin de définir le contenu et le processus de mise en œuvre du contrat unique. L'implication de toutes les parties prenantes pertinentes dans l'élaboration du contrat unique a permis de créer une vision commune, d'intégrer des modalités capables de répondre aux préoccupations des parties prenantes et de poser les bases pour une appropriation du mécanisme.

### PRÉOCCUPATIONS

### RÉPONSE

**Assurer le leadership national et provincial**

Inclusion de dispositions pour une participation financière progressive du gouvernement central et provincial, et cela, de manière à couvrir 70 % du budget des DPS à terme.

**Redevabilité claire des financements**

Inclusion délibérée d'une section consacrée au suivi et à l'évaluation des engagements des parties prenantes, y compris les financements de programmes spécialisés.

**Capacités d'exécution des DPS**

- Définition d'un paquet d'activités de base et des coûts opérationnels de base des DPS
- Définition d'effectifs minimums des DPS
- Capitalisation de l'appui technique existant afin d'accompagner les DPS dans la mise en œuvre du contrat unique.

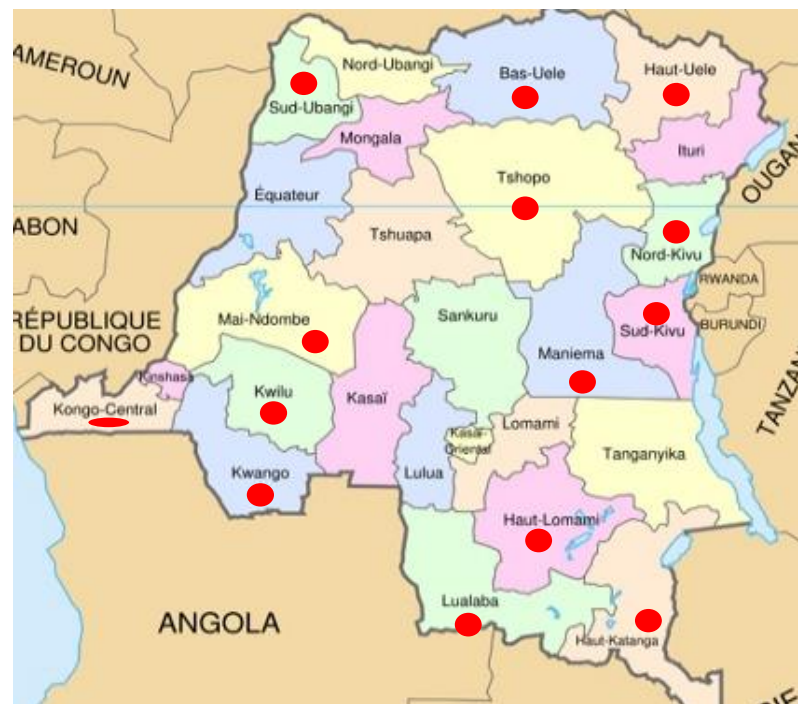
# Mise en œuvre | Lancement du contrat unique

## Lancement du processus de mise en œuvre

Le contrat unique est officiellement lancé par le secrétaire général à la Santé en 2017. De nature volontaire, l'adhésion concrète des partenaires a été réalisée par paliers, avec :

- L'alignement seul de la Banque mondiale.
- Suivi de l'adhésion des membres de la plateforme du Plan de développement du système de santé, comprenant le Fonds mondial, Gavi, UNFPA, l'Unicef et USAID.
- Adhésion complétée par l'inclusion d'autres PTF, notamment l'Agence belge de développement, l'Agence de coopération internationale de la Confédération suisse, l'Agence de coopération internationale japonaise, l'Organisation mondiale de la Santé, l'Union européenne et l'ULB-Coopération.

En octobre 2022, 14 contrats uniques sont mis en œuvre dans les provinces du Bas-Uele, du Haut-Katanga, du Haut-Lomami, du Haut-Uele, du Kongo-Central, du Kwango, du Lualaba, du Mai-Ndombe, de Maniema, du Nord-Kivu, du Sud-Kivu, du Sud-Ubangi et de Tshopo.



**Carte des 26 provinces de la RDC**

● 14 provinces disposant d'un contrat unique

Source de la carte géographique : Radio Okapi, 2022



5

République démocratique du Congo : Contrat unique  
**Mise en œuvre du contrat unique**

# Mise en œuvre | Enseignements tirés

## Introduction

La revue documentaire ainsi que les entretiens menés dans le cadre de cette étude de cas mettent en lumière les défis rencontrés et les enseignements tirés de la mise en œuvre du contrat unique. Cette section présente ces défis et ces enseignements en fonction des cinq piliers transversaux de la Déclaration de Paris (c.-à-d. alignement, appropriation, harmonisation, redevabilité mutuelle et gestion axée sur les résultats). Elle s'appuie particulièrement sur deux sources documentaires décisives :

- **L'évaluation de la mise en œuvre du contrat unique au niveau intermédiaire du système de santé en République démocratique du Congo**, menée en mai 2021 par la Banque mondiale en collaboration avec la Direction d'études et de planification du MSP-HP dans le cadre d'une série d'études sur le financement de la santé en RDC financée par le Fonds fiduciaire japonais géré par la Banque mondiale.
- **L'étude sur le processus et les défis de mise en œuvre du contrat unique** conduite par des experts du contrat unique et publiée en décembre 2021 dans le *Journal africain pour la Santé primaire et la Médecine familiale* [11].

Sauf mention contraire, les citations fournies sont tirées des entretiens qualitatifs menés dans le cadre de cette étude axée sur les connaissances et l'apprentissage (2022).

# Mise en œuvre | Enseignements tirés

## Alignement

- De nature volontaire, l'engagement des PTF du secteur de la santé est encore limité. La rigidité des procédures de certains financements extérieurs, la faible implication du gouvernement central et le manque de confiance dans les capacités de gestion des DPS participent à entraver l'adhésion ainsi que l'alignement. Certains PTF sont néanmoins flexibles et adaptent leurs financements aux besoins formulés par la DPS et/ou la population. L'ULB-Coopération a par exemple adapté ses financements au Nord-Kivu lors de l'éclosion de la maladie à virus Ebola.

*« Les procédures de certains partenaires ne sont pas en phase avec l'approche du contrat unique (retard d'arrivée des fonds, différentes approches de planification et de décaissement, différentes modalités de programmation, etc.). »*

Cadre d'une division provinciale de la santé

- Le contrat unique pourrait être un outil plus important d'alignement des financements extérieurs aux PAO des provinces. Certes les financements extérieurs ont augmenté entre 2018 et 2019, ce qui a provoqué un meilleur alignement des financements extérieurs agrégés au PAO des provinces. Cependant, ces financements agrégés, bien que mieux structurés, restent extrêmement faibles. Il est également important de noter que le mécanisme du contrat unique est utilisé pour diriger les ressources externes et gouvernementales vers les coûts de l'encadrement au niveau de la DPS et non pour diriger des ressources significatives pour soutenir directement la prestation de services au niveau des zones.
- Les financements verticaux persistent, et les activités humanitaires des PTF évoluent souvent de manière parallèle. Dans le cas d'urgences humanitaires, cela implique une adaptation du PAO et des modalités d'allocation des ressources ou un fonctionnement en silo (en dehors du PAO).

*« Certains partenaires viennent avec des activités qui ne cadrent pas avec le plan, perturbant toute la planification, et face au faible leadership, ils s'imposent et arrivent à exécuter leurs interventions. »*

Cadre d'une division provinciale de la santé (2022)



# Mise en œuvre | Enseignements tirés

## Alignement (suite)

- Lorsqu'il est effectif, l'engagement des ministères provinciaux de la Santé, signataires des contrats uniques, et leur participation aux négociations en matière de financement ont permis d'améliorer le niveau d'autonomie des autorités provinciales. Un meilleur lien entre les décisions prises au niveau central et celles prises au niveau provincial pourrait toutefois renforcer cette autonomie et, de façon plus importante, l'alignement des financements.
- Au niveau provincial, les représentants des PTF manquent d'autonomie décisionnelle : ils doivent souvent se référer à leurs homologues situés en capitale ou même au niveau de leurs sièges internationaux, ce qui a pour conséquence de retarder la mise en œuvre des PAO. Pour pallier cela, il serait utile de redynamiser les entités de coordination provinciales des PTF, notamment en accroissant la fréquence des réunions et en mettant en œuvre un GIBS provincial opérationnel.

*« L'absence de marge de manœuvre suffisante pour la prise des décisions pour certains responsables locaux des PTF, par rapport aux procédures de décaissement et de justification des fonds ainsi que l'organisation d'un audit en commun. »*

Cadre d'une division provinciale de la santé

- Les capacités de leadership des DPS ne sont pas suffisantes pour appuyer et renforcer un alignement effectif des PTF.

*« ... la question est parfois aussi celle de qui dirige, de la manière dont l'autorité en place prend ses responsabilités... »*

Cadre d'une division provinciale de la santé

## Appropriation

- Le fonctionnement du contrat unique est généralement bien compris, comme un outil de planification et de gestion permettant de favoriser un meilleur alignement des PTF. Il n'est cependant pas toujours clair que le contrat unique ne finance pas directement la prestation de services de santé au niveau des établissements de santé, mais qu'il finance plutôt les coûts administratifs au niveau provincial. Une communication cohérente et régulière serait utile pour asseoir une vision commune, réaffirmer le rôle et le fonctionnement du contrat unique et mobiliser les parties prenantes.

## Mise en œuvre | Enseignements tirés

### Appropriation (suite)

- Le faible engagement du gouvernement central – notamment en matière de plaidoyer, d'accompagnement et de suivi – alimente le désengagement et la démotivation des parties prenantes provinciales, et cela, particulièrement dans un contexte de surcharge de travail. L'appui apporté dans l'élaboration des PAO des directions et programmes engagés dans le CU s'avère insuffisant et s'accompagne d'un manque de communication des attentes et un manque d'appui et d'outillage. Ces aspects démotivent les cadres du MSP-HP qui considèrent le contrat unique comme un outil de contrôle. Ceci a d'importantes implications en matière de rétention et de fidélisation des ressources humaines pour la santé ainsi que pour la mémoire institutionnelle relative au contrat unique au sein du secteur de la santé.

*« Pour certaines DPS, le rapport trimestriel transmis systématiquement au niveau central avec les recommandations concernant le niveau central n'a reçu aucune réaction de celui-ci. En tant que régulateur et initiateur du contrat unique, le niveau central aurait pu davantage s'impliquer. »*

Partenaire technique et financier

- Le contrat unique a contribué à la mobilisation des financements intérieurs et renforce la décentralisation, même si ces financements sont restés limités, mais cela est dû à la nature du contrat unique, qui soutient les coûts administratifs de la division provinciale de la santé et non les coûts liés à la prestation de services. Entre 2018 et 2019, la proportion des financements totaux du contrat unique couverte par le gouvernement central avait augmenté de 21 % à 39 % ; et, la part des financements mobilisée par les provinces était passée de 1 % à 2 %. L'augmentation des ressources de sources nationales allouées à la santé constitue un vecteur important de pérennité.

*« Le partenaire gouvernemental a très peu de ressources, mais manque aussi de leadership pour mettre en œuvre son programme. »*

Partenaire technique et financier

# Mise en œuvre | Enseignements tirés

## Leadership & Appropriation (suite)

- L'implication des ministres provinciaux de la Santé peut faciliter le dialogue et contribuer à la résolution de goulots d'étranglement. Par exemple, les ministres provinciaux de la Santé du Nord-Kivu et de Lualaba ont activement participé au décaissement de fonds planifiés pour la réalisation des activités de la DPS permettant de rapidement minimiser tout retard et assurer la continuité des activités. En outre, leur participation active aux différentes rencontres du Comité de pilotage provincial de l'action sanitaire (CPP-AS) pour assurer l'adéquation du contrat unique est perçue comme un facteur de succès dans ces deux provinces. Cela a concouru à renforcer l'appropriation au niveau provincial.

## Harmonisation

- Le PAO constitue un outil décisif de concertation qui permet d'harmoniser les actions sanitaires et d'amenuiser les doublons. Certaines DPS ont néanmoins indiqué que les PAO se doivent d'être des outils flexibles afin de s'adapter aux impératifs des diverses parties prenantes.

*« ... le CU est un outil développé pour mettre en commun des ressources autour d'un plan d'action que les partenaires ont convenu de mettre en œuvre pour plus d'efficacité, de transparence et pour éviter la duplication. Cet outil se fait de façon virtuelle pour l'instant... »*

Cadre du ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention

## Mise en œuvre | Enseignements tirés

### Harmonisation (suite)

- Le fait que certains PTF maintiennent leurs propres procédures de transfert de fonds et leurs propres indicateurs de performance implique à la fois une lourdeur administrative pour les DPS et une diversité de mécanismes incitatifs, parfois contradictoires. Ce manque d'uniformité souligne le besoin de développer un manuel de procédures standard, ou tout du moins d'harmoniser les indicateurs de performance utilisés au niveau des DPS. Une standardisation des coûts est également recommandée par les personnes interrogées dans le cadre de cette étude, et cela, afin de pouvoir mieux formuler les engagements des PTF et accroître leur prévisibilité.
- Un asynchronisme existe entre le calendrier de planification des divisions provinciales de la santé (décembre/janvier) et la législation régissant l'élaboration du budget de l'État (juillet) aux niveaux national et provincial. Ce décalage existe aussi entre les calendriers de gestion financière des PTF et ceux des DPS. Les décaissements des PTF s'avèrent souvent moindres au premier trimestre de l'année et s'intensifient au troisième trimestre, forçant les DPS à modifier le séquençage de leurs activités et/ou à mettre en œuvre les activités retardées et les activités prévues de manière simultanée. Cela a une implication importante pour la performance ainsi que pour l'obtention de financements futurs. Une harmonisation de ces calendriers, impliquant le MSP-HP pourrait contribuer à accroître la prévisibilité et la disponibilité des financements.

### Redevabilité mutuelle

- Le contrat unique favorise la redevabilité à travers l'utilisation d'un cadre de performance commun. L'encadrement des DPS et les évaluations régulières de la performance favorisent la redevabilité et confèrent davantage de transparence au travail des DPS. L'évaluation menée en 2021 indique en effet une corrélation positive entre l'encadrement fourni par les gouvernements central et provincial et le taux de réalisation des activités inscrites au PAO. L'implication du gouvernement central et du ministère provincial de la Santé n'est néanmoins pas suffisante et systématique pour tirer pleinement parti de cette corrélation.
- Les indicateurs de performance ne sont pas compris de manière uniforme, ce qui complique la réalisation des évaluations. Les réunions d'évaluation fournissent rarement des orientations pour une meilleure performance et les mesures correctives ne sont pas systématiquement appliquées.

## Mise en œuvre | Enseignements tirés

### Redevabilité mutuelle (suite)

- Les critères de performance utilisés ne sont pas toujours pertinents pour mesurer la performance des provinces et le caractère évolutif de certains indicateurs n'est pas systématiquement appliqué pour répondre à la saturation en matière de performance (c.-à-d. modifier les indicateurs lorsque les objectifs ont été atteints). Étant donné que le financement structurel du contrat unique s'accompagne d'incitations basées sur la performance, cette situation peut causer la démotivation et le désengagement au niveau provincial.

*« La pertinence des livrables par rapport à la gouvernance, au renforcement du système de santé et à la pérennisation est vérifiée et validée lors de l'évaluation du cadre de performance. Dans certaines provinces, les livrables revenaient à chaque évaluation et le changement ne suivait pas. Les livrables doivent être régulièrement revisités. »*

Cadre d'une division provinciale de la santé

- Ancrée dans le cadre de performance, la redevabilité est perçue par les DPS comme étant unidirectionnelle, ne concernant que les DPS. Les cadres interrogés dans le cadre de cette étude de cas ont notamment indiqué qu'il serait utile d'intégrer une redevabilité réflexive au sein du mécanisme afin d'inciter le gouvernement central, le gouvernement provincial et les PTF à respecter leurs engagements et participer activement à la mise en œuvre.

*« Le non-respect des engagements de certains partenaires, notamment l'arrivée tardive des financements, crée un certain désordre ou une absence de fonds. »*

Médecin-chef, zone de santé

- Les zones de santé sont peu impliquées dans l'élaboration et le suivi des PAO, ce qui ne leur permet pas de veiller à l'adéquation contextuelle des activités. Dans la même veine, la société civile ne joue pas de rôle actif pour assurer la redevabilité du gouvernement et des PTF.

# Mise en œuvre | Enseignements tirés

## Gestion axée sur les résultats

- Le contrat unique a permis d'améliorer les capacités de planification, de traçabilité et de budgétisation des provinces. La mise en œuvre du PAO reste l'un des résultats les plus concrets. Les provinces disposant d'un contrat unique sont capables d'opérer un suivi trimestriel des financements et des activités inscrites au PAO. Le mécanisme permet de montrer de façon transparente la performance d'une province, et cela, avec des données probantes.
- L'exécution budgétaires des engagements du gouvernement et des PTF demeure néanmoins faible au niveau provincial. En effet, malgré la très faible mobilisation des ressources des DPS, seulement le tiers de ces ressources est utilisé. Entravant la mise en œuvre des activités et amenuisant la crédibilité du contrat unique auprès des PTF, cette faiblesse s'explique notamment par un manque de capacités en matière de gestion des finances publiques.

*« Des lacunes subsistent en matière de compétences de gestion au sein de certaines divisions provinciales de la santé. »*

Cadre du ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention

- Dans la même veine, les taux de décaissements des financiers du contrat unique connaissent de larges variations géographiques et demeurent généralement très faibles, remettant également en cause les capacités des provinces à absorber les ressources reçues dans le cadre du contrat unique. Par ailleurs, les retards de décaissement sont également causés par la mauvaise tenue des pièces justificatives et la faible qualité des demandes de financements effectuées par les DPS. Dans un environnement de moindre capacité, la multiplicité des procédures financières amplifie encore cette faible absorption.
- Dévolu par le niveau central, l'outil de planification n'a pas été adapté pour le contrat unique et ne correspond pas au nouveau mandat des DPS, tel que prescrit par la Stratégie de renforcement des systèmes de santé (2006 ; 2010). Cela génère des inefficiences pour la gestion des ressources. Par exemple, malgré des attributions clairement distinctes pour les DPS et l'Inspection provinciale de la santé (IPS), qui s'attachent respectivement à encadrer et suivre les zones de santé sous la tutelle du ministre provincial de la Santé et à exercer un rôle de contrôle et d'inspection sous l'égide du gouverneur de province, les DPS doivent parfois composer avec les financements alloués à l'IPS. Cela complique la gestion financière et entraîne une surcharge de travail.

# Mise en œuvre | Enseignements tirés

## Gestion axée sur les résultats

*« Les outils de planification ne sont pas en cohérence avec les missions de la DPS déclinées dans les six bureaux. Les outils du niveau national n'ont rien à avoir avec cela. »*

Agent d'une division provinciale de la santé (Banque mondiale, 2021)

*« La justification des fonds pose parfois des problèmes au niveau de la division provinciale de la santé. Par exemple, certains financements prévus pour l'Inspection provinciale de la santé (IPS) passent par la division provinciale de la santé, créant une surcharge. »*

Partenaire technique et financier

- L'assistance technique déployée dans certaines DPS a contribué significativement à la qualité de la planification et de la mise en œuvre du contrat unique, notamment au Kongo-Central (Memisa) et au Nord-Kivu (ULB-Coopération). Elle n'est néanmoins pas fournie de manière systématique et n'est pas toujours adaptée aux besoins changeants des équipes cadres de la province. Un plan d'assistance technique cohérent qui tire parti des activités existantes pourrait favoriser le renforcement de compétences et le renforcement institutionnel des DPS.
- Le processus d'élaboration des PAO n'implique pas toujours les PTF et n'intègre généralement pas les besoins des agents de santé des zones de santé.

### Facteurs favorables à une bonne performance

Les provinces qui présentent une bonne performance en matière d'encadrement, de taux d'activités et de décaissement sont les provinces qui combinent :

- Une planification optimale avec un plan d'action opérationnel développée de manière participative avec les zones de santé, les organisations à base communautaire et les organisations de la société civile
- Le respect des engagements financiers formulés par les PTF
- L'appropriation du mécanisme par les DPS concernées
- Une concertation régulière, avec la participation effective de toutes les parties prenantes principales.

*Évaluation de la mise en œuvre du contrat unique au niveau intermédiaire du système de santé en République démocratique du Congo. Banque mondiale, 2021.*



6

République démocratique du Congo : Contrat unique  
**Réflexions des parties prenantes**



# Réflexions | Clés du succès

Cette section s'appuie sur les enseignements tirés de la mise en œuvre ainsi que sur les réflexions et les recommandations des parties prenantes aux niveaux national et provincial pour identifier les préalables à un déploiement du contrat unique. Ces préalables sont présentés en fonction des cinq piliers transversaux de la Déclaration de Paris (c.-à-d. alignement, appropriation, harmonisation, redevabilité mutuelle et gestion axée sur les résultats).

# Réflexions | Clés du succès

## ALIGNEMENT

## APPROPRIATION

## HARMONISATION

## REDEVABILITÉ MUTUELLE

## GESTION AXÉE SUR LES RÉSULTATS

- Un alignement délibéré sur les priorités nationales de santé et les politiques et les pratiques nationales de gestion des finances publiques.
- Un espace commun de dialogue et de négociation doté d'un mécanisme de coordination fonctionnel et inclusif tant au niveau central que provincial.
- Une autorité décisionnelle est attribuée aux gouvernements provinciaux et aux représentants de PTF au niveau provincial.
- Le PAO est flexible et adapté au contexte et aux priorités des diverses parties prenantes pour favoriser l'alignement. Les financements agrégés, y compris les financements verticaux, sont alignés sur les PAO.

# Réflexions | Clés du succès

ALIGNEMENT

APPROPRIATION

HARMONISATION

REDEVABILITÉ  
MUTUELLE

GESTION AXÉE SUR  
LES RÉSULTATS

- Un fort leadership national capable de catalyser et pérenniser les changements apportés par le contrat unique.
- Un leadership de nature intrinsèque au pays, plutôt qu'extrinsèque (c.-à-d. poussé par les PTF), renforcé par un équilibre en matière de ressources et cristallisé par l'inclusion de dispositions pour une augmentation progressive des ressources financières nationales allouées aux DPS et d'une participation financière des DPS.
- Un soutien de haut niveau renforcé par une vision commune ainsi qu'une communication ouverte, cohérente et régulière capable d'encourager l'adhésion et la performance, ainsi que pour légitimiser et appuyer le changement.

# Réflexions | Clés du succès

ALIGNEMENT

APPROPRIATION

HARMONISATION

REDEVABILITÉ  
MUTUELLE

GESTION AXÉE SUR  
LES RÉSULTATS

- Un manuel commun de procédures standards est disponible.
- Les processus inhérents au contrat unique sont flexibles et impliquent la participation continue des parties prenantes principales, y compris les zones de santé et les PTF.
- Les coûts sont standardisés et les budgets communs incluent des plans de contingence.
- Les calendriers de gestion financière des différentes parties prenantes sont harmonisés, et cela à tous les niveaux administratifs.

# Réflexions | Clés du succès

ALIGNEMENT

APPROPRIATION

HARMONISATION

REDEVABILITÉ  
MUTUELLE

GESTION AXÉE SUR  
LES RÉSULTATS

- Le respect des engagements des autorités nationales et provinciales et des PTF est assuré par un mécanisme crédible d'incitations qui s'aligne sur les systèmes nationaux de redevabilité.
- Un mécanisme incitatif, combinant des primes financières et un accompagnement régulier, est intégré au contrat unique au niveau provincial.
- Un mécanisme fonctionnel d'encadrement et de supervision, basé sur des données probantes et étayé par une stratégie d'apprentissage sous-tend le contrat unique. Les mesures correctives sont définies de manière participative et un accompagnement est systématiquement fourni pour leur mise en œuvre.
- Les indicateurs du cadre de performance et la théorie du changement du contrat unique sont clairement définis, rationalisés et communiqués. En outre, les critères de performance sont revus régulièrement pour assurer leur pertinence ainsi que leur adéquation contextuelle.
- Les parties prenantes principales, y compris le personnel de santé des zones de santé et la société civile/la communauté, participent pleinement aux activités de suivi et d'évaluation du contrat unique.

# Réflexions | Clés du succès

ALIGNEMENT

APPROPRIATION

HARMONISATION

REDEVABILITÉ  
MUTUELLE

GESTION AXÉE SUR  
LES RÉSULTATS

- Le PAO est adapté pour correspondre au mandat des DPS et répondre aux impératifs du contrat unique.
- La planification est inclusive et participative. Elle inclut les parties prenantes principales des niveaux national, provincial et local (c.-à-d. zones de santé) ainsi que les PTF et leurs représentants provinciaux.
- Le niveau central appuie activement et encadre le niveau provincial, notamment pour encourager l'adhésion et la performance.
- Les DPS disposent de la crédibilité et de la capacité requises en matière de gestion des finances publiques pour assurer le bon fonctionnement du mécanisme.
- Une stratégie commune d'appui technique tirant parti des activités existantes et/ou déjà financées appuie la mise en œuvre du contrat unique.
- Une stratégie de rétention du personnel et une stratégie de gestion des connaissances sont élaborées pour favoriser le développement de compétences et renforcer/maintenir la mémoire institutionnelle du secteur de la santé.
- Les descriptions de postes sont rationalisées pour éviter la surcharge de travail et promouvoir la clarté des rôles au sein de l'entité gouvernementale.

# Notes de référence

[1] Enquêtes démographiques et de santé, 2013-2014

[2] [4] Comptes nationaux de santé, 2018, publié en 2020

[3] [5] Budget de la santé, ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention, 2019

[4] Comptes nationaux de santé, 2018. Publié en 2020

[6] Mutombo Beya P., Milumbu Mulumbulwa G., Évaluation de la mise en œuvre du contrat unique au niveau intermédiaire du système de santé en République démocratique du Congo. Banque mondiale, 2021.

[7] Directives nationales pour le financement des structures administratives du ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention (intermédiaire et central) dans le cadre du Projet de Développement du Système de santé. RDC: MSP-HP, SGS, 2019

[8] Stratégie de renforcement des systèmes de

santé, ministère de la Santé, de l'Hygiène et de la Prévention, 2006 & 2010

[9] Revue sectorielle globale de l'évaluation du PNDS 2011-2015, ministère de la Santé publique, de l'Hygiène et de la Prévention, 2014

[10] Rapport sur les financements des divisions provinciales de la santé en République démocratique du Congo. Direction d'études et de planification, 2014

[11] Bisimwa G., Makali S. L., Karemere H., Molima C., Nunga R., Iyeti A., Chenge F., Contrat unique, une approche innovante de financement du niveau intermédiaire du système de santé en République démocratique du Congo : processus et défis de mise en œuvre. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2021 Dec 6;13(1):e1-e9. doi: 10.4102/phcfm.v13i1.2869. PMID: 34879695; PMCID: PMC8689365.



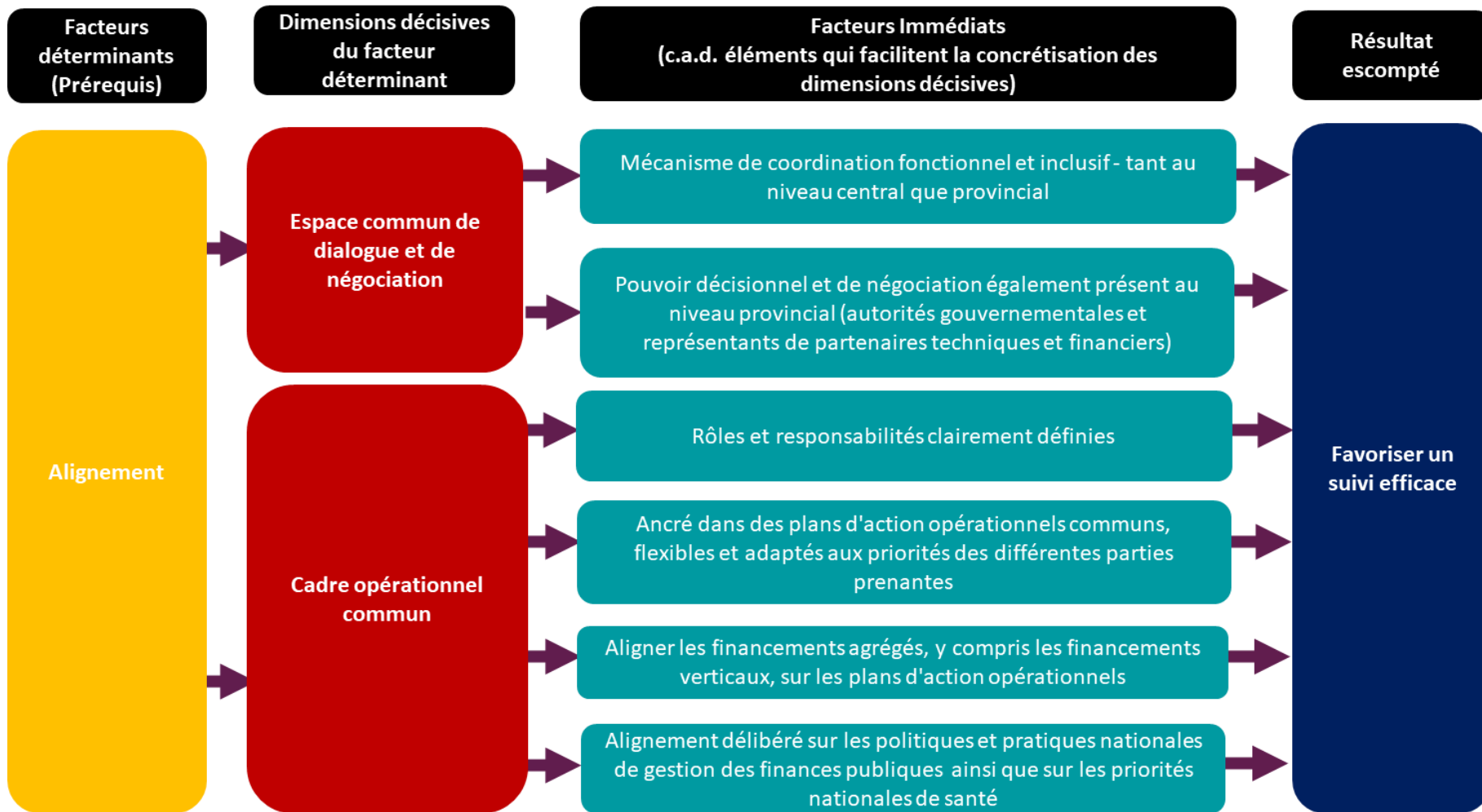
7

République démocratique du Congo : Contrat unique  
**Annexe : Cadre Analytique**

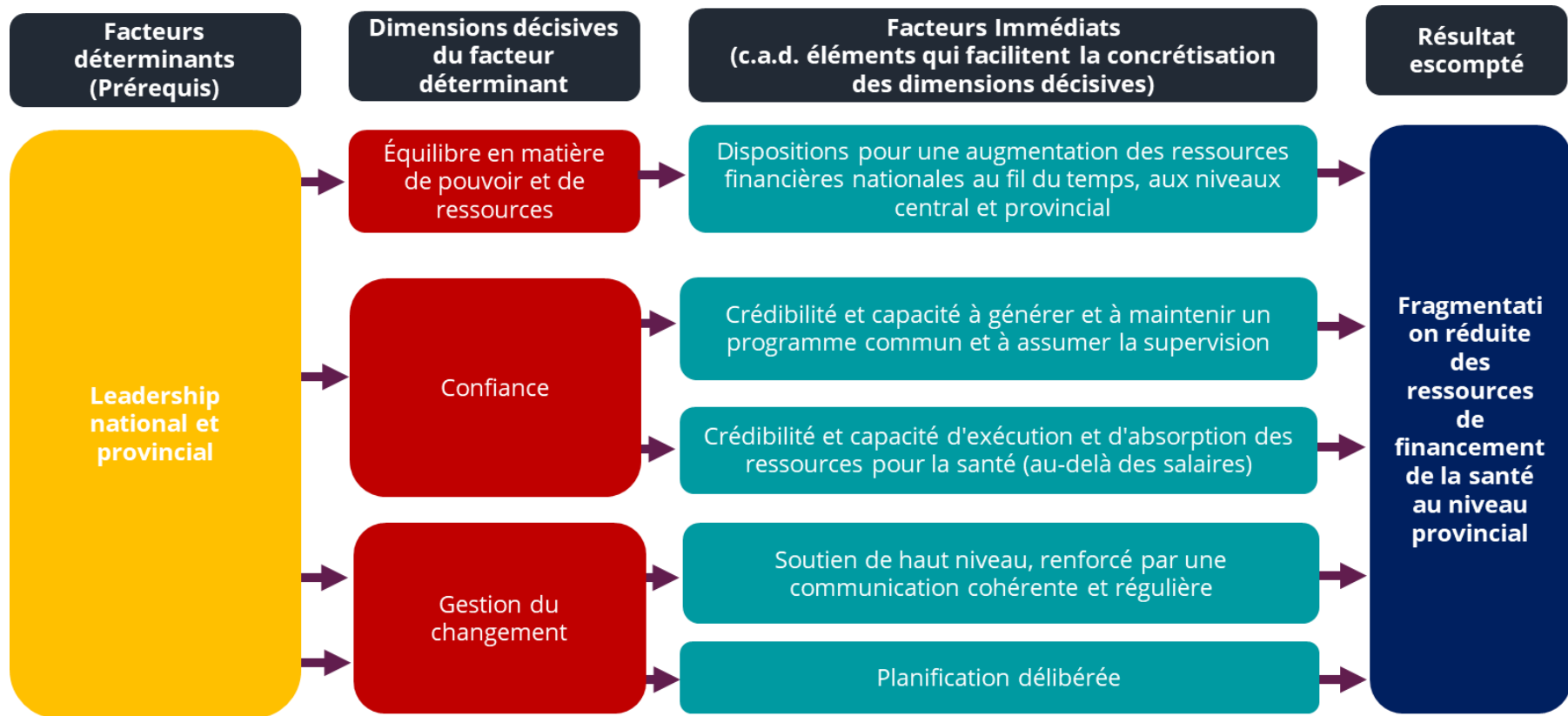


# Cadre analytique : Contrat unique

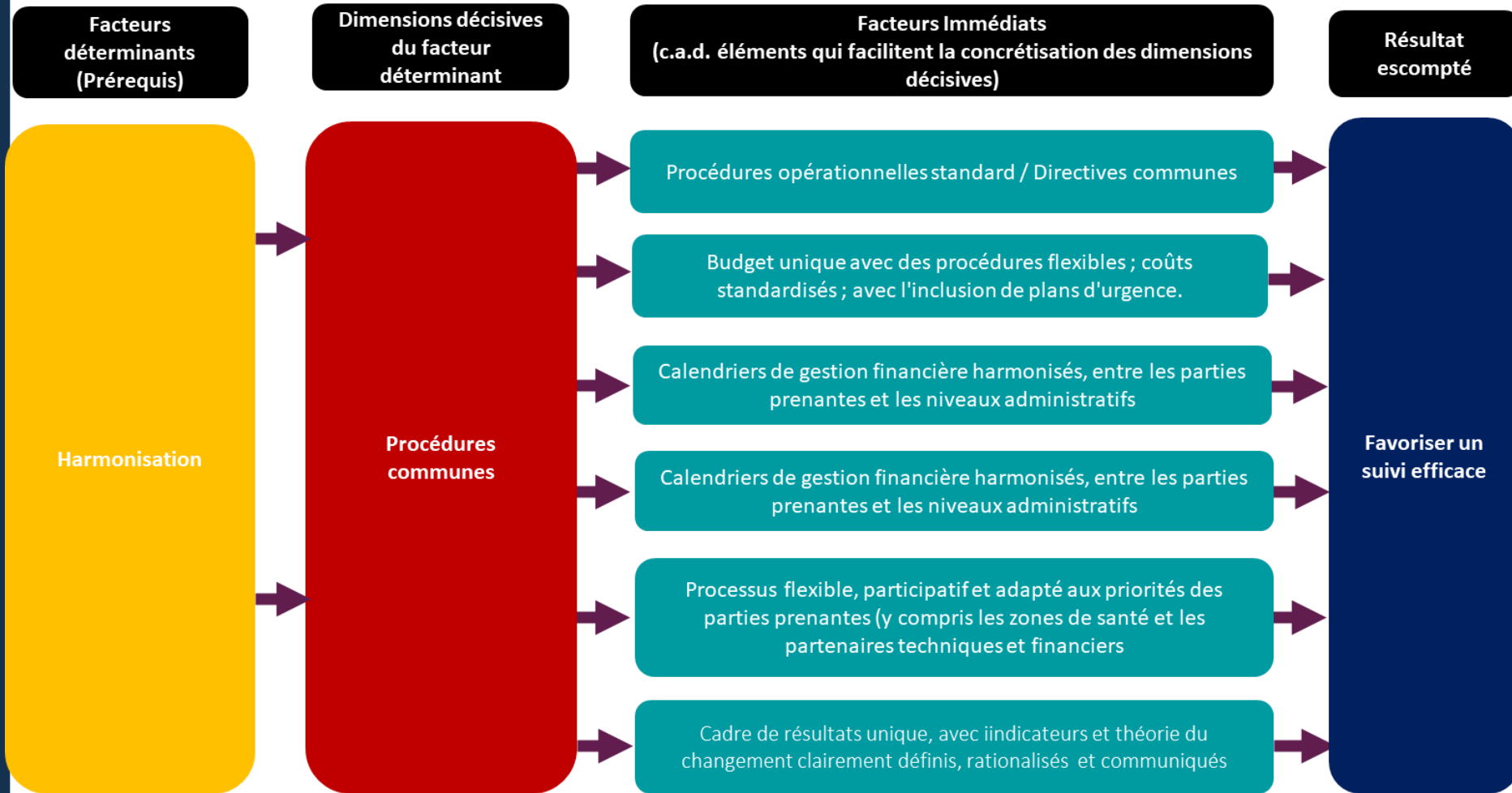
Les résultats de cette étude de cas axée sur les connaissances et l'apprentissage ont été utilisés pour développer un cadre analytique standard qui souligne les préalables au déploiement du contrat unique. Ce cadre analytique n'est pas exhaustif. Il est présenté ici pour renseigner une réflexion en RDC ainsi que dans d'autres pays.



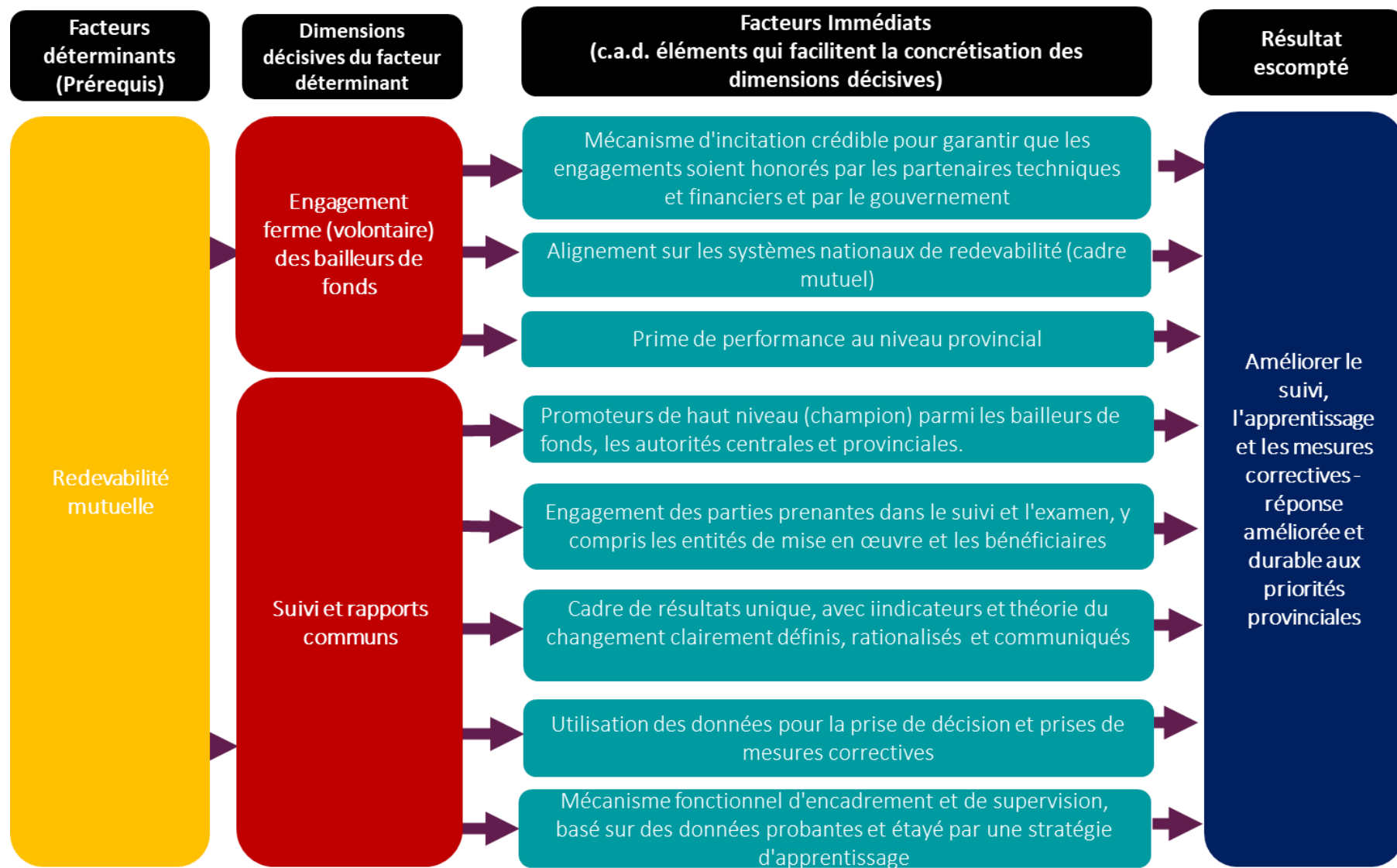
# Cadre analytique : Appropriation



# Cadre analytique : Harmonisation



# Cadre analytique : Redevabilité mutuelle



# Cadre analytique : Gestion axée sur les résultats

