

**Pratiques de financement et de
gestion financière des hôpitaux
publics en RDC**
Constats et pistes d'amélioration

Johan Verhage

August 2018
Commissioned by the UK Department for International Development

Résumé
Abréviations et Acronymes

Table des matières

- 1. Introduction**
- 2. Constats**
 - 2.1. Gestion des ressources humaines**
 - 2.2. La politique salariale**
 - 2.3. Gestion financière**
 - 2.3.1. Observations générales**
 - 2.3.2. Les budgets des HGR**
 - a. Les charges du personnel*
 - b. La gestion du stock des médicaments*
 - c. Le fonctionnement et l'investissement*
 - d. Les flux ascendants*
 - e. La production*
 - 2.3.3. Le circuit financier**
 - a. La gestion des recettes*
 - b. Le circuit de la dépense*
 - c. Le budget contrôle*
 - 2.4. Pratiques illicites**
 - 2.5. Pratiques organisationnelles**
 - 2.6. Dotations budgétaires**
- 3. Pistes d'amélioration**
 - 3.1. Observations préliminaires**
 - 3.2. Sur le plan structurel**
 - 3.3. Sur le plan technique**

- Annexe 1. Méthodologie et échantillonnage*
- Annexe 2. Documents source*
- Annexe 3. Gaspillage de fonds publics*

Abréviations et Acronymes

AG	Administrateur gestionnaire
AGT	Administrateur gestionnaire titulaire
ASSP	Accès aux Soins de Santé Primaires
BCC	Banque Centrale du Congo
BCZS	Bureau Central Zone de Santé
BDE	Bon d'engagement
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
CBCA	Communauté Baptiste du Centre de l'Afrique
CH	Centre hospitalier
CMM	Consommation moyenne mensuelle
CODESA	Comité de développement des aires de santé
CODI	Comité directeur
CPN	Consultation prénatale
CPON	Consultation post-natale
CS	Centre de santé
CSR	Centre de santé de référence
CTB	Coopération technique belge
DCB	Direction de contrôle budgétaire
DEP	Direction d'Etudes et Planification
DKS	Département Kimbanguiste de la Santé
DPS	Division Provinciale de la Santé
DPSB	Direction de la préparation et du suivi du budget
DS	Document source
DTO	Direction du trésor et ordonnancement
EUP/FASS	Etablissement d'utilité publique/Fonds d'achat des services de santé
EPVI	Espoir pour la vie (ONG)
FOSA	Formation sanitaire
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HGR	Hôpital Général de Référence
IMA	IMA World Health (ONG internationale)
IPS	Inspection Provinciale de Santé
IT	Infirmier titulaire
MCS	Médecin Chef de staff
MD	Médecin directeur
MIPS	Ministère Provincial de la Santé
MS	Ministère de la Santé
9 ^{ième} FED	Programme de santé du 9 ^{ième} Fonds européen de développement
N.U.	Nouvelle unité (agent sans matricule ni salaire)
OD	Ordonnateur délégué
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPI	Ordre de paiement informatisé
PAO	Plan d'action opérationnel
PARSS	Projet d'appui à la réhabilitation du secteur santé
PEB	Plan d'engagement budgétaire
PESS	Projet d'équipement des structures sanitaires
PDSS	Projet de développement du système de santé
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RHS	Ressources Humaines en Santé
ROI	Règlement d'ordre intérieur
SG	Secrétariat général
SR	Santé de la reproduction

Résumé

Enquête menée dans 37 HGR à travers la RDC.

Constats

1. Gestion des ressources humaines

Les normes en ressources humaines des HGR établies par le Ministère de la Santé (MS) ne sont pas respectées. L'analyse des listes déclaratives du personnel montre que les normes (2016) sont largement dépassées pour toutes les catégories (médecins 5 fois, infirmiers 3.5 fois et administratifs 3.5 fois). La présence d'un personnel pléthorique est le résultat de pressions multiformes ('politico-socioculturels') qui ne répondent pas à des besoins stratégiques.

Pour les HGR, la pléthore des effectifs est un vrai casse-tête opérationnel à bien des égards. Tous les HGR recourent à un système rotatif pour une utilisation optimale d'un personnel en sureffectif. Ces rotations sont en réalité un palliatif à un problème réel de sous-utilisation du personnel qui entraîne un gaspillage significatif de fonds publics.

2. La politique salariale

Près de la moitié de tous les agents (45%) sont des nouvelles unités (N.U.) ; 67% sont des médecins Cette situation de sursis administratif apparaît comme une véritable bombe à retardement. 60% des N.U. ne reçoivent ni salaire ni prime et sont entièrement à charge de l'hôpital. L'analyse des conditions salariales démontre une gestion des ressources humaines incohérente : personnel touchant salaire mais pas la prime (ou l'inverse) ; touchant les deux ou rien du tout. Cette iniquité structurelle où personnel payé et non payé se côtoient au quotidien est un facteur majeur de démotivation.

3. La gestion financière

3.1. Observations générales

Malgré les faiblesses, la capacité de gestion financière des HGR est un atout structurel majeur. Depuis les années 80 les HGR ont appris à s'autofinancer et s'autogérer largement en dehors du cadre étatique. La collecte systématique de documents comptables a permis de mieux documenter leurs pratiques de gestion financière. Dans l'ensemble, tous assurent un degré de redevabilité sur le volume, la source et l'utilisation des recettes.

La lisibilité et la fiabilité des budgets sont à améliorer. Le manque de lisibilité est caractérisé par une série de faiblesses comme l'utilisation fréquente d'abréviations non expliquées, la devise de référence non indiquée, des modèles différents, une nomenclature et des lignes budgétaires alignées pêle-mêle sans titres, etc. L'utilisation de modèles plus uniformes pourrait grandement contribuer à leur clarté.

3.2. Les budgets des HGR

La capacité budgétaire des HGR est d'une grande diversité. Elle varie entre USD100, 000 et USD3 millions par an. Dans près de la moitié des HGR la part des salaires (et primes) de l'Etat fait plus de 50%. Il serait sans doute opportun de contextualiser et d'apprécier les subventions de l'Etat par rapport à la capacité des HGR à gérer des recettes. Cela soulève la question des critères d'allocation et la pertinence de l'appui.

L'utilisation des recettes (*clé de répartition*) est réglementée mais les pratiques diffèrent d'un hôpital à l'autre. La clé de répartition requiert des calculs fastidieux et complexes. Surtout le prélèvement d'un pourcentage sur les actes médicaux est un processus laborieux. Sa conception et son utilisation au quotidien témoignent toutefois de la technicité comptable et de la notion de planification exercées dans les HGR.

Les dépenses courantes se limitent généralement à 4 postes budgétaires: le personnel, le fonctionnement, la pharmacie et l'investissement (au sens large).

a. Les charges du personnel

Les charges du personnel sont de loin la plus grosse dépense. Estimée à 70% du budget moyen des HGR, elles dépassent souvent la part réservée dans la clé de répartition. La raison principale semble une conception étroite de la *prime locale* qui n'inclut pas les avantages, pourtant nombreux.

La multiplicité des primes à nomenclature variée est une pratique généralisée. Une quarantaine d'appellations existent. Leur nombre témoigne surtout d'une tendance chez les cadres de vouloir sécuriser leurs revenus en distinguant postes stratégiques et non-stratégiques.

La gestion de la prime locale accentue l'inégalité salariale au sein des HGR. Le calcul de la prime locale semble surtout obéir à des critères d'hierarchisation qui favorise les cadres et confirme la philosophie des primes. Elle ne tient pas non plus compte de la situation salariale des agents. Le principe d'équité qui chercherait à aplanir ou réduire les écarts de salaire entre *payés* et *non-payés* semble être absent.

b. La gestion du stock des médicaments

Peu de HGR (10%) affichent une gestion comptable séparée pour les médicaments. Le principe de la pérennisation des médicaments requiert un système de gestion bien rodé. Dans la plupart des HGR, les médicaments apparaissent comme une recette ou dépense parmi d'autres. Cette pratique a plusieurs inconvénients. Le plus marquant est la quasi-impossibilité d'affirmer ou d'infirmer l'efficacité du système d'approvisionnement mis en place. Une comptabilité distincte permettrait d'augmenter la transparence et la lisibilité de son cycle de gestion.

c. Le fonctionnement et l'investissement

Le budget de fonctionnement des HGR est estimé à 25% de la production locale; 5% est alloué à l'investissement au sens large¹. La part réservée aux charges du personnel laisse peu de ressources pour d'autres dépenses. Au-delà des coûts récurrents de fonctionnement, un hôpital est avant tout un haut lieu d'hygiène et de propreté. Peu d'HGR ont les ressources pour investir ou maintenir leur patrimoine. La lecture de rapports annuels confirme l'incapacité des HGR à gérer des questions matérielles, même à petite échelle.

d. Les flux ascendants

La majorité des HGR (70%) versent des contributions à leur hiérarchie. Cette pratique institutionnalisée érode davantage les ressources locales déjà limitées. Leur coût annuel varie énormément (entre USD14, 000 et USD75). Estimé à 1.5% (en moyenne) du budget de fonctionnement des HGR, il pourrait équivaloir au montant des dotations reçues par l'Etat.

e. La production

¹ Pour le besoin de schématisation, l'investissement inclut la maintenance, l'entretien, l'hygiène, la propreté, réparations de tout genre, etc.

Les ressources propres des HGR dépendent en grande partie des services organisés, de la tarification appliquée et du taux de fréquentation. Les différentes lignes des recettes correspondent généralement aux services organisés à l'hôpital. Comme les dépenses, elles sont alignées en vrac sans logique apparente. Une classification standardisée utilisant des titres contribuerait à leur lisibilité.

Le coût des soins (tarification) est un casse-tête permanent. La plupart des HGR ont modifié leur tarification (2017) pour deux raisons: la dépréciation monétaire et l'arrivée d'un partenaire. L'inflation est un élément déstabilisateur (gestion efficace du stock des médicaments, la prime locale qui perd de son pouvoir d'achat). La marge de manœuvre est toutefois limitée ; un coût trop élevé entraînerait une baisse de fréquentation. Souvent les HGR cherchent tant bien que mal un équilibre de gestion.

L'introduction de la tarification forfaitaire peut affaiblir cet équilibre précaire. Le choix entre l'accès (universel) aux soins de santé et l'enracinement d'un système fonctionnel et pérenne est avant tout un choix politique et humanitaire. Toutefois, fondé sur le principe d'une baisse des tarifs et la prise en charge externe d'une partie du coût réel de l'acte médical, la tarification forfaitaire peut s'avérer un cheval de Troie. Sans ancrage institutionnel (absorption par le budget de l'Etat) de telles interventions peuvent déstabiliser les équilibres fragiles. C'est pourquoi ce choix devrait s'accompagner d'un plan de financement soutenable.

L'univers des HGR est aussi la gestion au quotidien des dettes (créanciers, indigents, évadés) et du recouvrement. La perte encourue par un HGR (frais d'hospitalisation, valeur médicaments et intrants, etc.) peut être considérable. La plupart des HGR ont un système de recouvrement. Certains HGR (30%) autorisent les patients à sortir après avoir signé une reconnaissance de dette ; d'autres demandent un objet en gage. Plus de 40% des HGR recourent à la prise en otage du malade.

3.3. Le circuit financier

a. La gestion des recettes

Tous les HGR ont mis en place un système de gestion des recettes plus au moins complexe. Ces circuits internes sont identifiables sur le terrain et attestent d'une logique comptable et financière indiscutable. De façon schématique, deux modèles types existent : la caisse unique (*caissier/caissière*) et le système à plusieurs caisses (*percepteurs*). La caisse unique suit le principe de paiement à un seul guichet. Le circuit à plusieurs caisses place des percepteurs dans chaque service.

Les HGR ont tendance à adopter une vision rétrécie de leurs budgets. Celle-ci se focalise davantage sur les ressources propres où les appuis externes sont souvent absents (salaires et primes de risque payés par l'Etat, dons en médicaments, etc.).

b. Le circuit de la dépense

Tous les HGR utilisent un circuit de la dépense comparable. D'une façon schématisée, celui-ci part d'un état de besoins introduit auprès du AG/MD qui accorde (ou pas) la demande. La plupart des hôpitaux sont contraints à une gestion journalière de la dépense ; très peu (20%) disent appliquer le principe de la dépense budgétisée et planifiée (budgets prévisionnels dans les PAO).

c. Le budget contrôle

Peu de HGR ont un système d'audit indépendant. La plupart organisent des contrôles internes dont la fréquence et le mode opératoire diffèrent. 25% disent avoir recours au

service *budget contrôle* appelé aussi *l'œil de la direction*. Ce service opère sous son contrôle et n'est donc pas indépendant.

La problématique de l'audit indépendant est importante et délicate. Elle nécessite toutefois un regard particulier car elle est essentielle pour attester efficacité et conformité de l'utilisation des ressources. Le climat institutionnel du secteur (relations de pouvoir entre administrateur et administrés) paraît peu propice pour y mener des audits sous la seule conduite de l'Etat. Il serait opportun d'explorer aussi la piste de l'audit externe par une grande firme, contractualisée par l'Etat.

4. Pratiques illicites

Tous les HGR font face à des pratiques dysfonctionnelles et/ou illicites de la part de leur personnel. L'analyse des documents témoigne du caractère récurrent des problèmes gérés par les hôpitaux au quotidien. Parmi les pratiques les plus citées figurent le *détournement de recettes*, le *rançonnement* des malades et la *vente prohibée de médicaments*. Il est utile d'apprécier justement la complexité des défis auxquels les HGR font face au quotidien.

5. Pratiques organisationnelles

Malgré les défis, les HGR se sont organisés. Tous se conforment aux normes du MS pour la gestion des ressources humaines. Les CODI sont opérationnels. Leurs réunions sont sanctionnées par des P.V. Leur tenue régulière donne un aperçu de la vie à l'hôpital et permet de remédier aux problèmes constatés. Les registres de présences sont tenus. Les jours absents non-justifiés ne sont pas payés.

La plupart des HGR ont élaboré leur ROI, les uns plus détaillés que les autres. Les ROI règlementent le fonctionnement des HGR. Ils définissent le rôle des organes, gèrent la question du personnel et précisent le circuit financier adopté. En général, les ROI délimitent un cadre de travail pour le personnel et l'employeur, et servent de repère.

6. Les dotations budgétaires

Peu d'hôpitaux (34%) bénéficient d'une dotation dans les Budgets Annexes de la Loi financière (2016). L'analyse des listes dans les Budgets Annexes (2014-16) révèle surtout l'absence d'équité. Listes et montants alloués pour les dotations ne sont pas équitables. Le recours à des critères objectifs de sélection ne semble pas la norme.

Sur 37 HGR, 25 sont budgétisés mais seulement deux sur cinq le savent; un sur cinq ont reçu des paiements (période 2014-17). L'accès à l'information est un parcours du combattant surtout pour les HGR éloignés de Kinshasa. Procédures, montants, etc. sont généralement inconnus.

Entre 2014-16, les HGR qui ont pu bénéficier de paiements se trouvaient principalement à Kinshasa et au Kongo-Central. Toutefois, ils n'ont touché en moyenne qu'un tiers de leurs dotations.

Le circuit de la chaîne de la dépense ne garantit pas le décaissement automatique de la dotation. Les acteurs évoquent de nombreux goulots sur le parcours, ce qui rend la dépense *de facto* incertaine. Ceci n'est pas une condition idéale pour subventionner les hôpitaux d'une manière récurrente et constante. La piste d'une dépense contraignante (comme les salaires), décaissée trimestriellement et transférée directement dans le compte bancaire des HGR serait à exploiter.

1. Introduction

La RDC compte 417 hôpitaux publics¹ (2018) mais seulement un tiers bénéficiant d'une dotation dans les Budgets Annexes de la Loi financière (2016)². En plus, son taux d'exécution était à peine de 4% en 2015; cette tendance s'est poursuivie en 2016. Tous les HGR continuent d'opérer quasi totalement sur fonds propres (*user fees*) ; la part de l'Etat se limite généralement au paiement des salaires et primes de risque pour une partie du personnel. Pourtant le Ministère de la Santé (MS) avait instruit les hôpitaux à ouvrir des comptes bancaires (2014) ; cette demande avait été reformulée pour 151 d'entre eux en 2016 (*numéros de compte mis à jour*)³. Cette inconstance entre budgétisation et non-exécution a un effet démoralisant.

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer la faiblesse de l'exécution des dotations. La principale serait l'opinion répandue au niveau de l'Etat que les HGR ne possèdent pas la capacité comptable pour gérer des fonds publics. Cette perception s'appuie sur l'incapacité présumée des HGR à gérer correctement leurs recettes propres (*la production*) et s'apposerait ensuite *mutatis mutandis* à la gestion des finances publiques. Toutefois, cette idée n'est pas documentée et relève plutôt de l'idée reçue que d'une analyse factuelle. D'autres raisons avancées sont le dysfonctionnement dans la communication (les HGR ne sont pas informés), l'ignorance des procédures (pour accéder aux allocations), l'absence de comptes bancaires (pour effectuer des transferts directs) ou le désintérêt généralisé des HGR (dû à des démarches antérieures infructueuses). La forte hiérarchisation du secteur qui met les administrés dans des positions fragiles (obligation de répondre à des pressions exercées par des autorités administratives, politiques ou confessionnelles) serait un facteur aggravant ; les HGR préfèrent éviter des tensions avec leurs supérieurs.

La lourdeur de la chaîne de la dépense est perçue comme un goulot majeur sinon critique. Tout dysfonctionnement à ce niveau serait par définition structurel et, par conséquent, plus difficile à dénouer. La chaîne renferme en elle-même plusieurs étapes à franchir. La dépense transite par quatre institutions (MS, Ministère du Budget, Ministère des Finances et la Banque Centrale du Congo) ; toutes peuvent s'avérer des passages de rejet ou de non exécution de la dépense. Elles font l'objet d'une lecture réfléchie.

L'enquête menée dans 37 HGR à travers la RDC tente d'apporter quelques réponses aux interrogations posées. Elles permettent de mieux appréhender l'univers complexe des HGR et de documenter forces et faiblesses. Elle place la gestion financière au centre d'un environnement à défis multiples (dont certains exogènes) que les HGR assurent tant bien que mal. Une attention particulière est accordée à cet univers résilient et fragile à travers de nombreux documents et témoignages recueillis sur le terrain et qui font battre le cœur des hôpitaux en arrière-plan. Ce battement du pouls est indispensable pour ressentir les dynamiques internes qui font tourner les HGR au jour le jour.

2. Constats

¹ Source: Direction des Services des Hôpitaux (MS), *Liste des formations hospitalières de la RDC* (2018).

² *Interventions économiques*: 61 (2014), 88 (2015) et 81 (2016); *Subventions au fonctionnement*: 96 (2014), 96 (2015) et 99 (2016). En 2016, il est estimé que 144 hôpitaux étaient alignés dans les Budgets Annexes.

³ Lettre *Transmission des comptes des HGR* (N°MS.1251/SG/2047/MK/2016 du 28 juillet 2016)

2.1. Gestion des ressources humaines

En RDC, le cofinancement des coûts de santé par les ménages exige davantage de l'Etat une utilisation efficace de ses ressources. Le développement des Ressources Humaines en Santé (RHS) relève de la responsabilité première de l'Etat. En absence d'un cadre organique et d'un plan stratégique opérationnel, le personnel de santé est formé, recruté et déployé sans planification ni distribution rationnelle. Cela signifie que la charge financière d'un personnel mal déployé est transférée *in fine* sur le dos des usagers dont une partie des paiements devra couvrir ce coût au détriment de la qualité des soins. Par exemple, un Hôpital Général de Référence (HGR) aux effectifs pléthoriques qui continue à embaucher sans que cela réponde à des vrais besoins, verra le coût de ce surcroît porté par les malades. Une telle politique érode un peu plus les ressources disponibles et déjà limitées pour assurer le minimum de fonctionnement et d'investissement, surtout la gestion au quotidien de la maintenance, de l'hygiène et d'un environnement sain¹.

Les normes en ressources humaines des HGR² établies par le Ministère de la Santé (MS) ne sont pas respectées. Différents modèles de normes existent. Ils servent de boussole pour les décideurs dans leurs choix stratégiques³. Le MS a établi des normes pour les HGR (2006) sur la base *du ratio 1 agent par 2 lits d'hospitalisation occupés, dont 70% de professionnels de santé*⁴ ; celles-ci ont été révisées (2012) mais ne sont pas encore appliquées (**Encadré 1**). L'analyse des listes déclaratives du personnel de 35 HGR montre que les normes sont largement dépassées pour toutes les catégories. Ce dépassement est le plus élevé chez les médecins (5 fois), les infirmiers (3.5 fois) et les administratifs (3.5 fois). (**T1**) Une extrapolation mécanique de cet excédent à l'ensemble des structures hospitalières de la RDC⁵ permet d'avoir une idée de l'ordre de grandeur à l'échelle nationale. Ainsi, le surplus représenterait 32,000 professionnels de la santé et 12,000 administratifs (total 44,000)⁶. (**T2**) Surtout les infirmiers sont en pléthore significative. (**G1**)

¹ Les normes de l'environnement sont: *protection contre les insectes, accès à l'eau courante, l'éclairage et source d'énergie stable, traitement des déchets solides et liquides, latrines et douches propres, l'assainissement du milieu, etc.* (Ministère de la Santé (2009), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de zones de santé 2006*, Kinshasa, pp.56-57)

² MS (2009), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de zones de santé 2006*, Kinshasa, pp. 50-51 ; MS (2012), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des structures de la zone de santé en République Démocratique du Congo 2012*, Kinshasa, pp. 45-46.

³ *La littérature de la gestion des RHS compte plusieurs modèles d'estimation des besoins en ressources humaines basés, pour certains, sur les ratios personnel de santé/populations ou sur les besoins des populations. Pour d'autres, les besoins en ressources humaines peuvent être basés sur l'utilisation (la demande de soins de santé) ou les tâches à accomplir traduites en charge de travail. Chacun de ces modèles permet de répondre à un certain besoin de planification et présente des avantages et des inconvénients. Autrement dit, il n'existe pas encore un modèle universel* (MS, *Plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de santé 2009-18*, Bénin, p. 21)

⁴ MS (2009), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de zones de santé 2006*, Kinshasa, p.51

⁵ Une liste de 417 hôpitaux dont le nombre de lits est connu (63,074 lits). MS, *liste Formations hospitalières en RDC* (2017), Direction des Services des Hôpitaux (DES)

⁶ L'OMS (WH report 2008) classe la RDC (dont la densité de personnel sanitaire est égale à 6) parmi les pays en-dessous du seuil minimum de 23 médecins, infirmières et sages-femmes pour 10,000 habitants nécessaire pour assurer l'accès aux soins essentiels (*Atlas mondial de la santé de l'OMS*, août 2009). Il est probable qu'une meilleure gestion des RHS (flux régulé en amont dans les filières de formation et répartition plus rationnelle conjuguée à une politique de budgétisation) pourrait atteindre une densité plus importante.

Encadré 1. Normes de ressources humaines en santé (RDC)

Normes 2006 pour HGR de 100 lits			Normes 2012 pour HGR de 100 et 150 lits		
Prosanté 65%	Médecins	3	Médecins	6	8
	Pharmacien	1	Chirurgien Dentiste	1	2
	Anesthésiste	1	Pharmacien	2	3
	Administrateur gestionnaire (AG)	1	Assistants en pharmacie	4	3
	Directeur de nursing (DN)	1	Anesthésistes	2	3
	Infirmiers	16	Administrateurs gestionnaires (AG)	6	9
	Techniciens Labo	2	Infirmiers	31	46
	Technicien Radio	1	Techniciens Labo	4	6
	Kinésithérapeute	1	Techniciens Radio	2	3
	Nutritionniste	1	Kinésithérapeutes	5	7
Admin 35%	Administratifs	3	Nutritionnistes	2	4
	Chauffeur	1	Biologiste médical	2	2
	Techniciens de maintenance	1	Techniciens d'assainissement	4	6
	Nettoyeurs, chargés de l'entretien	7	Secrétaire	1	1
	Huissier	1	Comptable	1	2
	Sentinelle	2	Caissier	1	1
Total 43			Statisticien et archivage	1	1
			Agent de facturation	1	1
			Réceptionnistes	2	2
			Chauffeur et Chauffeur mécanicien	2	2
			Personnel de la buanderie	3	3
			Personnel de la morgue	1	2
			Agents de sécurité	2	3
			Cuisinier	1	2
			Commis/huissier	1	2
			Manœuvres	5	5
			Garçon/fille de salle	6	8
			Electricien	1	2
			Menuisier	1	2
			Plombier	2	4
			Total	103	145

Source: MS, Recueil des normes 2006 et 2012

Tableau 1. Excédents en personnel dans 35 HGR
(toutes catégories professionnelles)

	Effectifs 2018	Normes	Excédent	
Médecins				
Normes 2006	886	181	705	x 4.9
Normes 2012	886	422	464	
Infirmiers				
Normes 2006	3151	964	2187	x 3.3
Normes 2012	3151	1868	1283	
Techniciens				
Normes 2006	649	422	227	x 1.5
Normes 2012	649	1627	-978	
Administratifs				
Normes 2006	599	181	418	x 3.3
Normes 2012	599	422	177	
Ouvriers				
Normes 2006	1442	723	719	x 2.0
Normes 2012	1442	1507	-65	
Totaux				
Normes 2006	6727	2471	4256	x 2.7
Normes 2012	6727	5846	881	

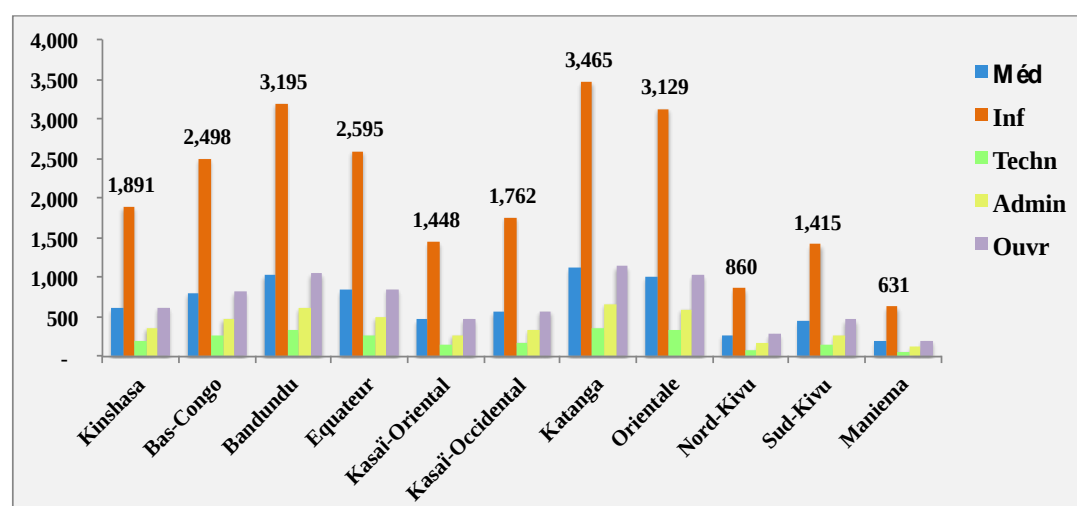
Source: Listes déclaratives du personnel HGR

Tableau 2. Estimations de l'excédent en personnel de santé (toutes catégories) par rapport aux normes établies (2017)

	Méd	Inf	Techn	Admin	Ouvr	Tot
Kinshasa	610	1,891	196	362	622	3,681
Bas-Congo	806	2,498	259	478	821	4,862
Bandundu	1,030	3,195	332	611	1,050	6,219
Equateur	837	2,595	270	496	853	5,051
Kasaï-Oriental	467	1,448	150	277	476	2,818
Kasaï-Occidental	568	1,762	183	337	579	3,429
Katanga	1,117	3,465	360	663	1,139	6,744
Orientale	1,009	3,129	325	598	1,029	6,090
Nord-Kivu	277	860	89	165	283	1,675
Sud-Kivu	456	1,415	147	271	465	2,754
Maniema	204	631	66	121	207	1,228
Totaux	7,382	22,890	2,378	4,377	7,525	44,551

Source : Calculé par l'auteur

Graphique 1. Estimations de l'excédent en personnel de santé par rapport aux normes établies (2017) : pléthore significative des infirmiers



La présence d'un personnel pléthorique dans les HGR est le résultat de pressions fortes et multifformes. En amont, la surproduction de diplômés dans les filières de formation (en particulier médecins et infirmiers)¹ exerce une pression forte et constante sur une administration sans cesse sollicitée pour trouver des débouchés. Dans l'absence d'une véritable politique nationale et/ou provinciale de développement des RHS (formations planifiées en fonction des besoins anticipés et déploiement rationnel), la gestion des ressources humaines restera dans l'espace informel où les affectations se décident pour motifs 'politico-socioculturels'² sans pour autant répondre à des besoins

¹ MS (2016), *Plan National de Développement Sanitaire 2016-20: vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa, pp. 35-6. Les données du terrain confirment ce constat.

² (Ceci) est due notamment au non-respect de la planification des recrutements par les structures en charge de la gestion des RHS, aux interférences politico-socioculturelles, (...) (DPS (2017), *Plan provincial de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2017-2020 du Haut-Katanga*, Lubumbashi, p.44.)

réels et stratégiques¹. La plupart des HGR désapprouve cette ingérence de la politique et de la hiérarchie dans la gestion des RHS² (**Encadré 2**). Tous sont d'avis que l'affectation doit se faire sur des 'besoins ressentis' à la base. Ces besoins sont évalués et transmis périodiquement à la DPS. Ils comptabilisent essentiellement les départs (démissions, désertions, décès, etc.), les postes dans les nouveaux services organisés et les carences systémiques. Celles-ci concernent surtout des médecins spécialistes, anesthésistes et accoucheuses qualifiées. Le vieillissement du personnel est un facteur aggravant. Dans les HGR visités, 34% des agents sont éligibles à la retraite (*les retraits*)³. Ce personnel continue à travailler et n'est pas remplacé. Extrapolé à tous les hôpitaux de la RDC, ce chiffre pourrait atteindre près de 15,000 effectifs. Il n'est pas exceptionnel de trouver du personnel âgé au-delà de 70 ans et/ou avec plus de 45 ans de service⁴. Par exemple, dans 3 HGR à Kinshasa, 11% des effectifs se retrouvent dans la tranche d'âge 68-77 ; 4% ont entre 78 et 87 ans. (**T3**)

Encadré 2. Influences 'politico-socioculturelles' dans le recrutement du personnel de santé

- *Le médecin directeur (MD) n'a pas la main mise sur le recrutement. Tantôt c'est le MIPS, tantôt le BCZS ou la DPS qui recrutent sans qu'il y ait un poste vacant*
- *Le HGR subit une pression de la part de la DPS pour recruter ; la conséquence ce sont les effectifs pléthoriques*
- *Le HGR n'a rien à dire et ne peut exprimer ses besoins. L'autorité affecte du personnel sans notre avis*
- *En réalité, ce sont des ordres et/ou le trafic d'influence des politiciens pour embaucher*
- *Le recrutement se fait sans avis de la base*
- *Nous n'avons pas besoin de recruter. La pléthore est déjà là : 25 médecins pour 100 lits*
- *C'est la hiérarchie et les politiciens qui décident*
- *La procédure administrative n'est pas respectée. Les autorités envoient directement des commissions d'affectation sans tenir compte de la réalité du terrain*
- *Actuellement ce sont les hommes politiques qui décident*
- *Eza hôpital na yo ? (C'est ton hôpital ?) - réponse donnée par les autorités quand la direction du HGR boude les affectations imposées*
- *Le MIPS affecte des candidats sans que le HGR ait proposé*
- *On vous envoie des agents sans que cela réponde aux besoins*
- *Suggestion à la hiérarchie de tenir parfois compte de l'avis de l'exécutif dans la prise de décision de nomination*

Source : Questionnaires administrés dans les HGR de Kinshasa, du Sud-Kivu, du Kasai-Occidental, du Haut-Katanga, de Bandundu, du Kongo-Central, de l'Equateur, du Maniema et du Kasai-Oriental (2017)

Tableau 3. Personnel ayant entre 68-87 ans

¹ Au niveau provincial, l'initiative du Haut-Katanga donne un bon exemple d'analyse situationnelle et de planification des RHS. Elle a toutefois bénéficié d'un financement externe (JICA) ce qui affaiblit son ancrage institutionnel. Parmi les recommandations formulées au Gouvernement, le document rappelle les fondamentaux d'une politique efficace en matière de RHS : (i) *Les Services utilisateurs (Zones de Santé et structures de santé publiques) doivent arrêter de procéder aux recrutements abusifs ou désordonnés du personnel au mépris de la loi sous peine de sanctions et des poursuites judiciaires ; (ii) Procéder aux recrutements des agents de l'Etat par les organes compétents dans le strict respect des textes et dispositions légales en vigueur en tenant compte du besoin exprimé par les services utilisateurs (voir DPS (2016), Résultats de la Création de la Base de données des Ressources Humaines en Santé du Haut-Katanga, Lubumbashi, p.79; DPS (2017), Plan provincial de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2017-2020 du Haut-Katanga, Lubumbashi)..*

² Voir aussi: DFID (2017) *Ghost Workers: the politics, incentives and impact of staff inflation*, p.17

³ Source: listes déclaratives des HGR.

⁴ Médecins (4.5%), infirmiers (7%) et administratifs (22.5%). Sont éligibles à la retraite: (i) le personnel ayant 35 ans de service; (ii) les hommes de 65 ans; et (iii) les femmes de 60 ans.

(3 HGR à Kinshasa)

Tranche d'âge	Méd	Inf	Adm	Tot	%
68-77 (°)					
HGR1	2	7	19	28	9%
HGR2	1	4	14	19	9%
HGR3	3	37	21	61	14%
Totaux	6	48	54	108	11%
78-87 (°)					
HGR1	0	4	10	14	5%
HGR2	0	0	6	6	2%
HGR3	0	3	16	19	4%
Totaux	0	7	32	39	4%

(°) Année de naissance 1940-9 et 1930-9

Depuis 2008, la décentralisation autorise les provinces à affecter le personnel médical¹. En réalité, elle ajoute une strate supplémentaire aux procédures existantes. Plusieurs circuits de recrutement coexistent et sont grandement responsables de la pléthore d'effectifs dans les HGR ('des recommandations que l'on parachute', AG Katanga). Pour illustration, une synthèse des affectations aux HGR Kenya et Katuba (Katanga) montre des initiateurs divers; pour le HGR Kenya à peine 12% pourraient être qualifiées de régulières. (T4-5) Tous les HGR témoignent d'un manque de transparence dans le processus du recrutement (Encadré 2). A titre d'exemples, dans le Kwilu la Province (2017) affecte d'un seul coup 31 médecins traitants au HGR de Bandundu, déjà en sureffectif² (DS1); les statistiques du Haut-Katanga (2016) révèlent que 60% des agents en santé ne possèderaient pas une commission d'affectation³, etc. De façon générale, trois niveaux recrutent en parallèle (appelées *listes externes*) et concurrencent le circuit administratif réglementaire (appelées *listes internes*)⁴: le Secrétariat Général (SG), la DPS et le MIPS/Gouvernorat (Province). (G2) Quelques HGR mentionnent aussi le rôle du BCZS mais à moindre échelle. Dans le réseau conventionné, les HGR ne sont pas non plus à l'abri d'une pression hiérarchique. En principe, les CODI/HGR communiquent leurs besoins à la hiérarchie (BDOM, Direction nationale, Département médical)⁵ qui, par la suite, transmet les dossiers à la DPS. Toutefois, les HGR conventionnés disent devoir collaborer avec l'Etat; comme tous les HGR ils sont contraints d'accepter les agents *parachutés*. En plus, la plupart des Eglises possèdent des formations médicales, utilisent leurs structures sanitaires pour y former des stagiaires et ont l'obligation morale d'offrir des débouchés à leurs diplômés. Cette pression interne non négligeable peut se traduire par un recrutement non-prioritaire et contraignant ('les enfants d'abord'). Les structures fortement hiérarchisées des Eglises ont un effet multiplicateur⁶. La situation salariale précaire du personnel (60% des N.U. n'ont ni prime ni salaire) est la conséquence directe d'un recrutement non-planifié et non-budgétisé. (2.2.)

¹ RDC, Art.204, para 18 de la Constitution (2006).

² Cf. Commission d'affectation collective n°015/CAB/PROGOU/GKK/KLU/2017 du 20/9/2017.

³ DPS (2016), *Résultats de la Création de la Base de données des Ressources Humaines en Santé du Haut-Katanga*, Lubumbashi, p. 78.

⁴ La DPS répond aux besoins exprimés par les HGR.

⁵ BDOM (Catholiques), Direction nationale (Kimbanguistes), Département médical (Protestants), etc.

⁶ Tous les ROI des HGR conventionnés mettent l'obéissance à la hiérarchie au centre des obligations du personnel.

Tableaux 4-5. Provenance des affectations

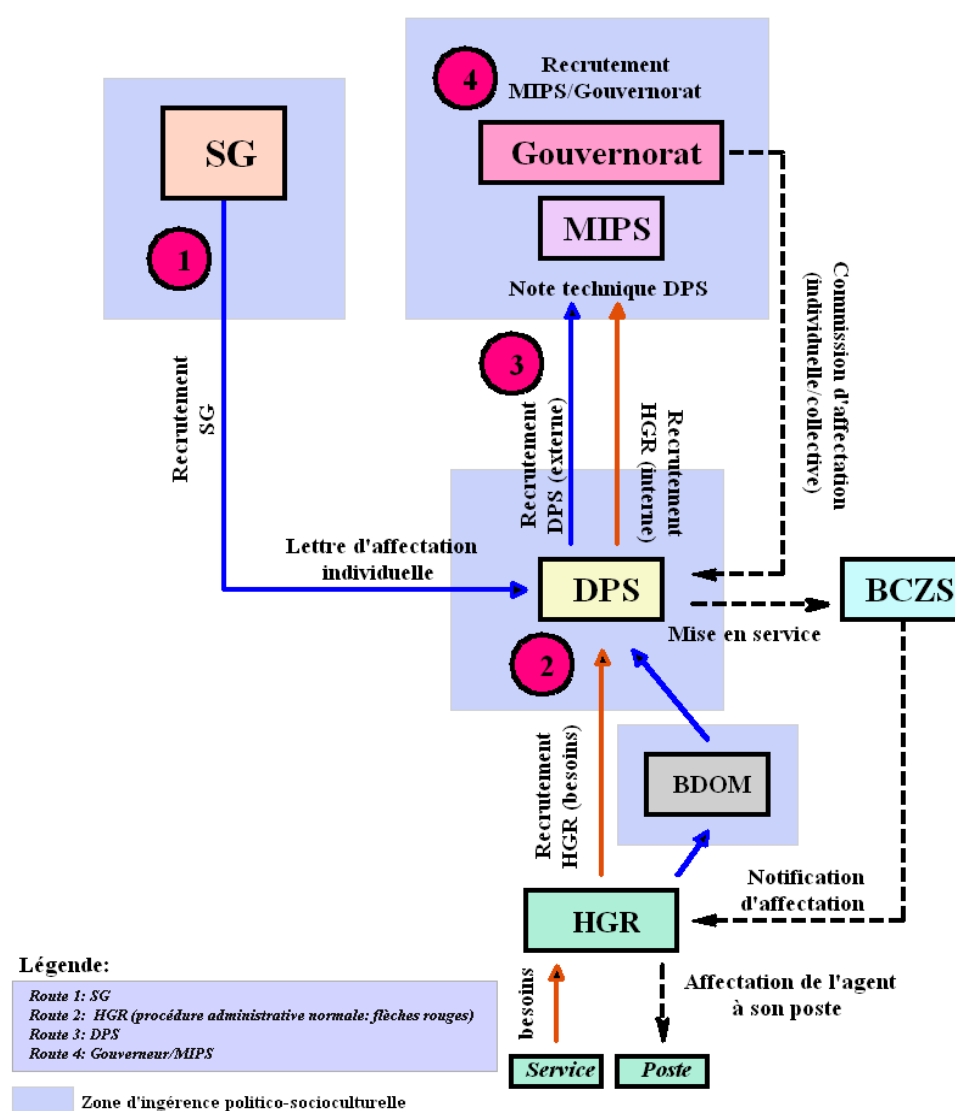
Initiateur	Effectifs	%
Ordonnance-Loi	4	2.1%
Secrétariat général	16	8.4%
Gouverneur	16	8.4%
IPS & DPS Grand Katanga	68	35.8%
DPS	22	11.6%
District médical	47	24.7%
BCZS	17	8.9%
Totaux	190	

Source: HGR Kenya, Lubumbashi

Initiateur	2015	2016	2017
Secrétariat Général		4	2
Gouverneur	5	6	3
DPS		16	10
Totaux	5	26	15
%	11%	57%	33%

Source: HGR Katuba, Lubumbashi

Graphique 2. Circuits de recrutement du personnel de santé



Pour les HGR, la pléthore d'effectifs est un vrai casse-tête opérationnel à bien des égards. Tous les HGR recourent à un système rotatif (*'équipes tournantes'*) pour une utilisation optimale d'un personnel en sureffectif. Ces rotations sont en réalité des palliatifs à un problème réel de sous-utilisation du personnel médical (*'pour qu'ils soient occupés'*). Certains HGR organisent des *cliniques matinales* (consultations et échanges entre pairs) *'pour qu'ils n'oublient pas (la matière)'*. A titre d'exemple¹, le HGR Katuba (Katanga) emploie 30 médecins et a mis en place un système de rotation appelé *Poste 1* (de 7h30 à 13h), *Poste 2* (de 13h à 18h) et *Poste 3* (garde de nuit). Pour le mois d'avril 2017 (*Horaires consultation permanence et garde*) chaque médecin est assigné 3 postes et travaille donc un avant-midi, un après-midi et une nuit, ou un total de 2 jours par mois (DS2). La sous-utilisation structurelle entraîne un gaspillage significatif de fonds publics. Dans le cas du HGR Katuba, et dans l'hypothèse où tous les médecins seraient payés (salaire et prime), la perte annuelle pour l'Etat est estimée à près de USD210, 000². La sous-utilisation démotive le personnel et est citée comme une des causes du détournement des malades vers des cabinets privés.

Les affectations non réglementaires présentent un risque pour la qualité des soins. Pour gérer le flux des affectations (*'quantité mais pas la qualité'*), les HGR mettent en place un système d'encadrement. Une affectation parachutée comporte un risque majeur, surtout quand il s'agit de personnel soignant (médecins, infirmiers). Les HGR n'ont pas systématiquement recours au test de compétence³. Au niveau administratif, il semble que les dossiers soient contrôlés (DPS) et les diplômes vérifiés (Ordre des médecins, universités); au niveau technique, la nouvelle recrue peut rejoindre une équipe chevronnée, travailler sous la surveillance directe d'un Chef de service, etc. En principe, tout contrat inclut une période probatoire (de 1 à 6 mois)⁴. Le licenciement d'un agent *recommandé* paraît néanmoins peu probable, surtout dans les HGR de l'Etat (*'injonctions de tout part'*).

2.2. La politique salariale

Près de la moitié de tous les agents (45%) sont des nouvelles unités (N.U.) ; 67% sont des médecins⁵. L'analyse des listes déclaratives du personnel des HGR confirme le nombre important d'agents N.U., comme constaté ailleurs⁶. (T6) Depuis 2008, l'Etat a gelé la mécanisation des N.U. En principe, une N.U. ne peut apparaître sur la liste de paie de la Fonction publique et ne peut toucher un salaire.⁷ Cette situation de sursis administratif apparaît comme une véritable bombe à retardement. Tôt ou tard, toute N.U. réclamera son insertion dans la Fonction publique nationale ou provinciale et

¹ Au HGR de Bandundu 76 médecins travaillent en moyenne 4 ½ par mois (1 ½ jours à la permanence (14h-19h) et 3 jours à la garde (19h-7h30)). (DS3)

² Le revenu mensuel du médecin est d'environ CDF1, 000, 000 = USD625 ou USD24 par jour (26 jours). Il travaille 2 jours (USD48) ; USD625-USD48 = perte mensuelle de USD577 multiplié par 12 mois = USD6, 924 x 30 médecins = USD207,720.

³ Selon leurs R.O.I, les réseaux conventionnés organisent des concours d'admission.

⁴ Par exemple, Département Kimbanguiste de la Santé, *Vademécum* (Art.36); *ROI Département médical*, CBCA (ECC) (Art.87); *Règlement particulier du personnel du service médical* Christ Roi (Art 7).

⁵ N.U. signifie 'nouvelle unité' (agent non mécanisé). Le mot 'mécanisé' signifie 'immatriculé' (numéro matricule de la Fonction publique). Un agent mécanisé n'est pas nécessairement budgétisé et/ou payé.

⁶ DPS (2016), *Résultats de la Création de la Base de données des Ressources Humaines en Santé du Haut-Katanga*, Lubumbashi, p. 37 ; DFID (2017) *Ghost Workers: the politics, incentives and impact of staff inflation*, pp.12-13; MS (2016), *Plan National de Développement Sanitaire 2016-20: vers la couverture sanitaire universelle*, Kinshasa, pp. 38-9.

⁷ Les données montrent que 3% des N.U. touchent néanmoins un salaire. (T6)

interpellera l'Etat pour honorer l'ardoise. L'égalité salariale entre agents n'est pas respectée : 60% des N.U. (environ 2,000 personnes) ne reçoivent ni salaire ni prime et sont entièrement à charge de l'hôpital ; 40% du personnel mécanisé est en attente d'une normalisation (T7). L'analyse des conditions salariales démontre l'imbroglio d'une gestion des ressources humaines incohérente (personnel touchant salaire mais pas la prime (ou l'inverse) ; touchant les deux, ou rien du tout). Les salaires des médecins prennent en moyenne près de 50% de l'enveloppe salariale payée par le MS. Cette iniquité structurelle où personnel payé et non payé se côtoient au quotidien sur le lieu de travail est amplifiée par des recrutements non planifiés et non budgétisés ('le budget court derrière le poste'). Elle apparaît comme une cause majeure de démotivation, de pratiques non orthodoxes (2.4.) et de l'érosion des ressources.

Tableau 6. Personnel mécanisé et non mécanisé (35 HGR)

Catégorie professionnelle	Mécanisé	N.U.
<i>Médecins</i>	32.8%	67.2%
<i>Infirmiers</i>	61.8%	38.2%
<i>Techniciens</i>	49.3%	50.7%
<i>AG</i>	54.0%	46.0%
<i>Administratifs</i>	63.4%	36.6%
<i>Ouvriers</i>	55.3%	44.7%
Totaux	55.4%	44.6%

AG = Administrateur gestionnaire

Tableau 7. Personnel payé et non payé (35 HGR)

Catégorie professionnelle	S	P	S+P	N
<i>Médecin immatriculé</i>	7%	27%	62%	5%
<i>Médecin N.U.</i>	0%	40%	1%	59%
<i>Infirmier immatriculé</i>	5%	29%	62%	4%
<i>Infirmier N.U.</i>	1%	37%	2%	59%
<i>Administratif immatriculé</i>	8%	26%	57%	5%
<i>Administratif N.U.</i>	1%	35%	2%	62%
<i>Ouvrier immatriculé</i>	9%	27%	55%	9%
<i>Ouvrier N.U.</i>	1%	37%	0%	62%
<i>Moyenne immatriculé</i>	7%	27%	59%	6%
<i>Moyenne N.U.</i>	1%	37%	2%	60%

S = Touche uniquement le salaire; P = Prime de risque uniquement;

S+P = Salaire et prime de risque; N = Néant (ni salaire ni prime de risque)

Source : Listes

déclaratives du personnel (HGR)

La pléthore d'effectifs ainsi que leur non budgétisation augurent des défis financiers considérables¹. La politique inadéquate en matière de RHS est avant tout un problème structurel. Les recrutements non planifiés et non budgétisés sont un tonneau des Danaïdes et resteront un défi, voire un obstacle permanent au développement viable du secteur². Au-delà du coût, l'efficacité budgétaire se mesure aussi par la pertinence et l'équilibre de la dépense publique. En un sens, tout plan stratégique sanitaire ne saura être crédible sans prendre à bras-le-corps la problématique des RHS. En termes d'ordre de grandeur, le coût du non respect des normes (2006) pour les 35 HGR (6,000 lits) est estimé à USD4 millions par an. Extrapolé à tous les hôpitaux de la RDC (63,000 lits) ce coût pourrait atteindre plus de USD50 millions (Scénario 1). A titre comparatif, cela représente 10 fois le budget exécuté du MS (hors salaires) en 2017³. Un respect plus strict des normes appliqué à l'ensemble des hôpitaux (63,000 lits), permettrait de réduire à près de la moitié son coût salarial (Scénarios 2). **(T8)**

Tableau 8. Gaspillage de fonds publics

Scénarios	Coût annuel (USD)
1. Coût de la pléthore	
a. Pour les 35 HGR (6,000 lits)	4 millions
b. Pour tous les hôpitaux de la RDC (63,000 lits)	52 millions
2. Coût par rapport aux normes	
2.1. Coût de la conformité	
Pour tous les hôpitaux de la RDC (63,000 lits)	37.5 millions
2.2. Coût de la non-conformité	
Pour tous les hôpitaux de la RDC (63,000 lits)	60.5 millions

Source: Calculé par l'auteur (voir Annexe 3)

2.3. Gestion

financière

2.3.1. Observations générales

Malgré des faiblesses, la capacité de gestion financière des HGR est un atout structurel majeur. Depuis les Programmes d'Ajustement Structurel des années 80 (Banque mondiale, FMI) et l'introduction de *user fees* (cofinancement par les usagers) dans le système de santé, les HGR ont appris à s'autofinancer et s'autogérer largement en dehors du cadre étatique. A l'instar des écoles qui doivent fonctionner au rythme de la collecte aléatoire des frais scolaires, les HGR ont acquis une expérience certaine de gestion au quotidien de leurs structures complexes souvent dans un contexte de ressources limitées et irrégulières. Cette auto-prise en charge explique sans doute la diversité des systèmes de gestion en place qui sont le résultat d'interventions multiples et ponctuelles (bailleurs de fonds, ONG, structures caritatives, églises, etc.) et d'une capacité à s'adapter aux contraintes locales. Comme dans l'éducation, la gestion des ressources propres (contributions des malades) se trouve au cœur du système. Si la technicité comptable semble être acquise, l'utilisation utile des ressources apparaît à la fois efficace et inefficace. **(2.3.2.c)**

¹ Pour les détails des calculs, voir Annexe 3.

² La pléthore du personnel freine l'épanouissement du HGR à cause des charges sociales (Rapport annuel d'activités, HGR Kinshasa, 2016).

³ Source: Etat de Suivi Budgétaire 2017 (DPSB).

Tous les HGR ont mis en place des circuits financiers, les uns plus performants que les autres. La collecte systématique de documents comptables dans les HGR permet de mieux documenter leurs pratiques de gestion financière. Dans l'ensemble, tous assurent un degré de redevabilité sur le volume, la source et l'utilisation des recettes. La tarification est affichée¹ et la tenue des documents comptables de base paraît une activité de routine². Les rapports financiers annuels et les listes de paie acquittées (*prime locale*) sont généralement disponibles³. Au-delà de l'exigence administrative⁴, le souci de transparence est aussi dicté par la question délicate de la prime locale dont le montant mensuel dépend des recettes réalisées (*la production*). (2.3.2.e) Une politique de clarté autour des recettes et le calcul de la prime semble plutôt la règle pour écarter toute suspicion de la part du personnel et maintenir un climat social apaisé. La prime locale est aussi la plus grosse dépense ; elle représente en moyenne près de 70% des ressources propres. (2.3.2.a.) Sa maximisation est donc une préoccupation centrale, suivie de près. Souvent le personnel des différents services est informé quotidiennement du volume des recettes et de leur répartition. (2.3.3.c.) Il en ressort que les pratiques comptables utilisées dans les HGR peuvent fournir le socle institutionnel pour améliorer et/ou rendre plus efficace la gestion des ressources.

La lisibilité et la fiabilité des budgets sont à améliorer. Près de 80% des budgets des HGR se présentent sous un format informatisé (Word); 20% ont recours à la saisie manuscrite. En revanche, seulement 10% utilisent un tableur (fichier Excel) pour leurs calculs. Les tableaux en format Word sont les plus courants mais génèrent facilement des erreurs de transcription (par exemple, des totaux mensuels/annuels incorrects que l'on doit recalculer à la main). Peu de comptables ont recours aux formules Excel pour des calculs automatiques. Le manque de lisibilité est aussi caractérisé par une série de faiblesses comme l'utilisation fréquente d'abréviations non expliquées, la devise de référence non indiquée (USD ou CDF), des modèles différents, une nomenclature et des lignes budgétaires variées (2.3.2.), etc. Pourtant la lisibilité budgétaire est un paramètre de transparence important. L'utilisation de modèles plus uniformes pourrait grandement contribuer à leur clarté, faciliter le décorticage et permettre des analyses comparatives plus performantes.

Les salaires et les primes de risque payés par l'Etat ne sont généralement pas comptabilisés dans les budgets des HGR. L'absence des salaires de l'Etat démontre une vision plutôt rétrécie de l'exercice budgétaire qui se focalise davantage sur les recettes propres sans intégrer les appuis externes. Cette pratique n'est pas conforme au principe de convergence des ressources qui est nécessaire pour répondre plus efficacement aux besoins prioritaires. Il s'avère que depuis *la bancarisation* (paie individuelle des agents dans une institution bancaire) les HGR n'ont plus connaissance de l'enveloppe salariale globale ce qui compromettrait leur comptabilisation.

2.3.2. Les budgets des HGR

¹10% des HGR n'affichent pas ou partiellement (la tarification complète peut être exhaustive).

² Par exemple, l'utilisation de : carnet de reçus (quittances), livre de caisse, bon d'entrée/sortie caisse, trésorerie mensuelle des dépenses et des recettes (rapport de caisse), facturier, compilation des factures, etc. Les documents suivants ont été collectés : la tarification détaillée, les listes de paie acquittée (prime locale), les rapports de trésorerie mensuelle (avril et mai 2017), le rapport financier annuel (2016) et les documents comptables de base (échantillons).

³ La terminologie diffère : Tableau des recettes/dépenses annuelles ; Compte des charges et produits ; Compte d'exploitation annuel ; Rapport annuel ; Situation financière exercice budgétaire, etc. La prime locale comprend les honoraires des médecins et les primes du personnel.

⁴ MS (2009), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de zones de santé 2006*, Kinshasa, p.53.

La capacité budgétaire des HGR est d'une grande diversité¹. (G2) L'analyse des budgets annuels des HGR (2016) montre une capacité budgétaire très variée allant de moins de USD100, 000 à USD3 millions. **(T9)** Ces grands écarts sont surtout liés à la structure de l'hôpital et le nombre de lits mais aussi aux effectifs pléthoriques. Dans près de la moitié des HGR, la part des salaires (et primes) de l'Etat fait plus de 50% du budget, avec des pics qui peuvent frôler les 90%. **(T10) (G3)** En 2016, la moyenne des dotations des HGR inscrites dans le budget du MS était de USD33, 000 (*interventions économiques*) et USD38, 000 (*subventions au fonctionnement*). **(2.6.)** Un sur 10 HGR font des recettes annuelles (*production*) inférieures à ces montants ; pour les autres la moyenne est d'environ USD360, 000 (soit 10 fois plus). Il serait sans doute opportun de contextualiser et d'apprécier les subventions de l'Etat par rapport à la capacité des HGR à générer des recettes. Les hôpitaux à petit budget ont du mal à investir ou, par exemple, à respecter les normes minima d'hygiène². Dans tous les HGR la pression de la prime locale est prépondérante. Les petits budgets sont souvent synonymes de petites primes ; le moral du personnel est un souci bien plus préoccupant que le maintien des biens immobiliers et mobiliers. Cela soulève la question des critères d'allocation, la pertinence de l'appui et, plus généralement, le rôle de l'Etat.

Tableau 9. Budgets annuels des HGR (USD)

Budgets annuels (USD) (*)	HGR
≥ 100,000	6.1%
100,000-200,000	15.2%
200,000-300,000	12.1%
300,000-400,000	3.0%
400,000-500,000	9.1%
500,000-600,000	21.2%
600,000-700,000	3.0%
700,000-800,000	6.1%
800,000-900,000	3.0%
900,000-1,000,000	3.0%
>1,000,000	18.2%

(*) Ressources locales et salaires de l'Etat

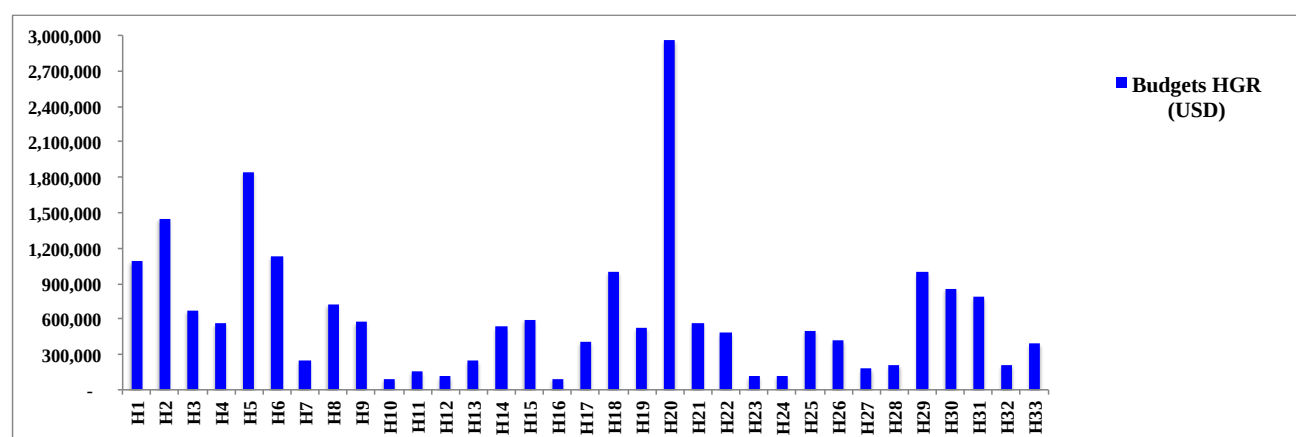
Tableau 10. Part des salaires de l'Etat dans les budgets des HGR (%)

Fourchette	HGR
10-20%	18.2%
20-30%	9.1%
30-40%	9.1%
40-50%	9.1%
50-60%	15.2%
60-70%	3.0%
70-80%	15.2%
80-90%	15.2%
90-100%	6.1%

Source: *Budgets HGR (2016)*

(USD)

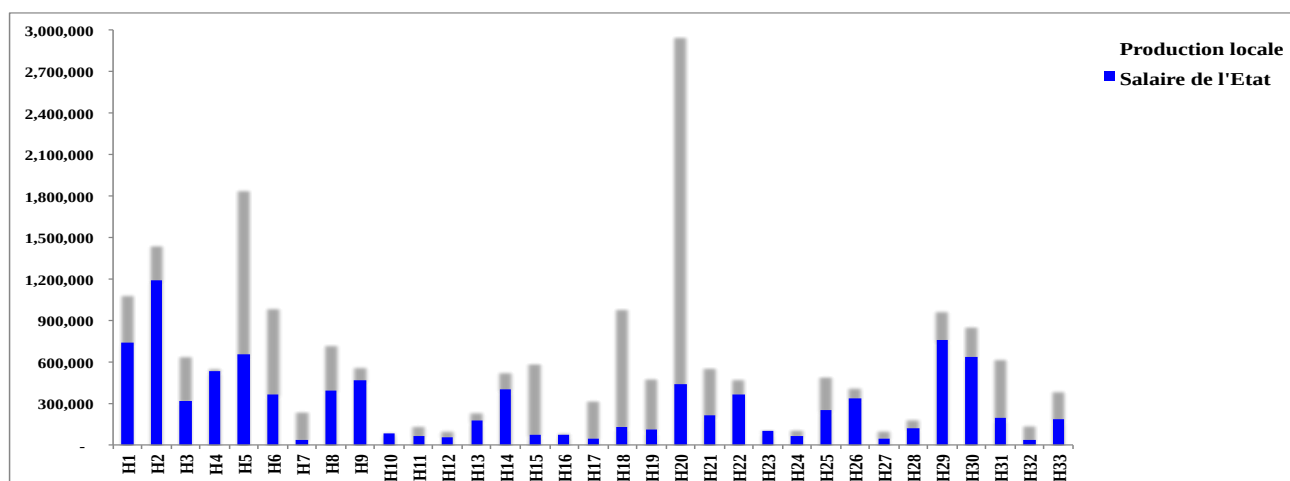
Graphique 2: Capacité budgétaire des HGR



¹ L'analyse porte sur les budgets annuels 2016 collectés dans les HGR.

² MS (2009), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de zones de santé 2006*, Kinshasa, p.53.

Graphique 3: Parts proportionnelles salaires de l'Etat et production locale



Source: *Budgets HGR (2016) et enveloppe salariale*

L'utilisation des recettes (clé de répartition) est réglementée par Arrêté ministériel (1987)¹ mais les pratiques diffèrent d'un hôpital à l'autre. Plusieurs systèmes de partage cohabitent à travers toutes les structures (dispensaire, CS, CSR et HGR), les uns plus complexes que les autres. Certains modèles sont le résultat d'ententes locales ; d'autres ont été uniformisés à l'intérieur d'une Zone de Santé (ZS) ou revus suite à l'intervention d'un partenaire (PDSS, Merlin, etc.). Ces pratiques hétéroclites ne facilitent pas la lisibilité des budgets (G4-6). Surtout les recettes générées par la vente des médicaments et la gestion des dons demeurent opaque (2.3.2.b.). Dans les HGR², 70% de la production moyenne sert à payer les charges du personnel ; 25% va au fonctionnement et 5% à l'investissement ou à la maintenance. Une vingtaine de clés de répartition différentes ont été recensées dans les HGR. (Encadré 3) De façon simplifiée, deux modèles-types de répartition existent. Le premier retient des *pourcentages (quotes-parts) directement sur les actes médicaux* qui ensuite alimentent différents postes de dépenses (primes calculées par catégorie professionnelle, fonctionnement, etc.); le deuxième utilise une *clé de répartition prédéfinie* appliquée à la masse des recettes. En pratique, les deux modèles sont souvent mélangés. (Encadré 3)

La clé de répartition est la colonne vertébrale de la gestion financière des HGR. L'apparition de la clé de répartition est la conséquence directe de l'introduction des *user fees* (partage des coûts) dans le système de santé congolais. Depuis que les HGR ne versent plus leur production au Trésor public³, ils gèrent d'une façon autonome leurs recettes. La clé de répartition détermine le poids relatif des postes budgétaires. Ce poids n'a cessé d'évoluer au fil du temps en s'écartant des normes (1987) avec une part grandissante allouée à la prime locale. Tous les HGR ont des charges du personnel qui dépassent la norme de 40%. (Encadré 3) Près de la moitié ne respectent pas leurs

¹ Actes posés par les praticiens médicaux et autres spécialistes du secteur médical: 40% aux praticiens à titre d'honoraire et 60% à la formation sanitaire (Art. 1) ; actes posés par des paramédicaux: 40% aux praticiens paramédicaux à titre de primes et 60% à la formation médicale (Art.2) ; la part des honoraires revenant aux praticiens est répartie entre eux tenant compte de la qualification d'un chacun (...) (Art.3) ; la part des primes revenant aux praticiens paramédicaux est répartie entre eux en tenant compte de la qualification d'un chacun (...) (Art. 4) (Arrêté Départemental N° BUR/CE/SPAS/S/0019/87 du 22 juillet 1987 portant fixation des modalités et des conditions de répartition des recettes générées par les praticiens médicaux et paramédicaux du secteur public).

² La part des médicaments n'est pas incluse. En moyenne, elle est estimée à près de 10% des budgets.

³ Dans les années 80, via le comptable d'Etat.

propres règles. Cette tendance semble confirmer la pression des sureffectifs sur les budgets des HGR. L'escalade de la prime locale est un cercle vicieux. Elle absorbe les ressources déjà limitées dans un contexte où les HGR disposent d'une marge étroite pour augmenter leurs recettes. Par exemple, toute hausse de tarification entraînerait un risque certain de baisse de fréquentation de l'hôpital et une perte de ressources.

Encadré 3. Diversité des clés de répartition dans les HGR (2017)

H1: 65% prime locale, 20% fonctionnement, 10% prime de motivation de la direction, 5% amortissement.
H2: 30% médecins, 23% infirmiers, 7% administratifs, 30% fonctionnement, 10% épargne.
H3: 75% motivation, 10% pérennisation, 15% fonctionnement.
H4: Recettes cumulées: 50% fonctionnement et 50% prime. La prime est ramenée à 100%: direction 10%, médecins 40%, infirmiers 35%, administratifs 15%.
H5: 55% personnel et 45% fonctionnement.
H6: On réserve 40% pour les médecins. Les 60% restant sont ramenés à 100%: 50% prime locale, 5% CODI, 25% fonctionnement, 20% investissement.
H7: 50% personnel, 15% fonctionnement, 35% achat médicaments.
H8: Pharmacie à part. Recettes 100% : 70% prime personnel, 30% fonctionnement.
H9: Pharmacie à part. Recettes 100%: 70% prime personnel, 25% fonctionnement, 10% investissement.
H10: 10% fonctionnement, 24% pharmacie (médicaments 22% et labo 2%), 64% personnel, 2% épargne.
H11: 65% personnel, 25% fonctionnement, 10% caisse réserve.
H12: 65% personnel, 25% fonctionnement, 10% provision (pérennisation médicaments).
H13: On retient 40% honoraires des médecins et 500 FC pour les nouveaux cas (imprimés). Le restant est ramené à 100%: 60% prime; 26% fonctionnement; 10% contributions; 4% épargne (investissement).
H14: On retient 40-50% honoraires des médecins. Le restant est ramené à 100%: 60% prime, 10% contributions; 30% fonctionnement (G5).
H15: Répartition recettes (depuis PDSS): 50% prime et 50% fonctionnement.
H16: Selon l'acte médical (voir tableau)
H17: 40% prime personnel et 60% fonctionnement (depuis PDSS).
H18: Total produit actes: 75% primes personnel, 25% fonctionnement.
H19: 65% prime, 15% médicaments, 5% imprévus, 15% fonctionnement.
H20: 60% personnel, 40% fonctionnement.
Source : Questionnaires administrés aux HGR (2017)

H16. Clé de répartition

	Méd	Infirm	Admin	Radio	AG	Fxt
Consultation externe	40%	23%	7%			30%
Chirurgie majeure	40%	30%	10%			20%
Chirurgie mineure	10%	40%	15%			35%
Hospitalisation	40%	30%	10%			20%
Accouchement	20%	40%				40%
Radio	20%	5%		40%		35%
Docs administratifs			10%		50%	40%

Source: HGR Bandundu

fxt = fonctionnement

Graphique 4 : Clé de répartition des recettes (% sur les actes) (Kinshasa)

I. Consultations externes

	Honoraires 40%					Fonctionnement 60% ramené à 100%									
	Méd	Inf	Nut	Kiné	Labo	Prime AG	Prime Adm	Transp.	Soins méd.	Social	Prime Garde	Prime Resp.	Prime Finan.	Prime CODI	Hôpital
Consultation médicale	34%	6%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
CPN/Nouveau cas	20%	20%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
CPN/Ancien cas	20%	20%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
CPS		20%	20%			3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
CPON		40%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
ND		40%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Consultation kiné	4%			36%		3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Séance kiné				40%		3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Consultation nutritionnelle			40%			3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Certificat de naissance	20%	20%	2%			3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Certificat de décès	30%	10%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Aptitude physique	20%	20%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Laboratoire	4%				36%	3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%

II. Hospitalisation

1. Maternité

Visite médicale	40%					3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Actes infirmiers		40%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Accouchement						3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Séjour	19%	19%	2%												100%
Frais dossier															100%
Visite nutritionnelle			40%			3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%

2. Médecine interne

Visite médicale	40%					3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Actes infirmiers		40%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Séjour															100%
Frais dossier															100%
Visite nutritionnelle			40%			3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%

3. Pédiatrie

Visite médicale	40%					3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Actes infirmiers		40%				3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%
Séjour															100%
Frais dossier															100%
Visite nutritionnelle						3%	15%	6%	2%	3%	4%	7%	6%	15%	39%

Honoraires 57,5% ramenées à 100%

	Méd	Inf	Techn.	Prime AG	Prime Adm	Hôpital
Chirurgie	40%	34%	4%	10%	12%	42,5%
Révision utérine	40%	34%	4%	10%	12%	42,5%
Pose plâtre	40%	34%	4%	10%	12%	42,5%
Suture	40%	34%	4%	10%	12%	42,5%
Incision	40%	34%	4%	10%	12%	42,5%

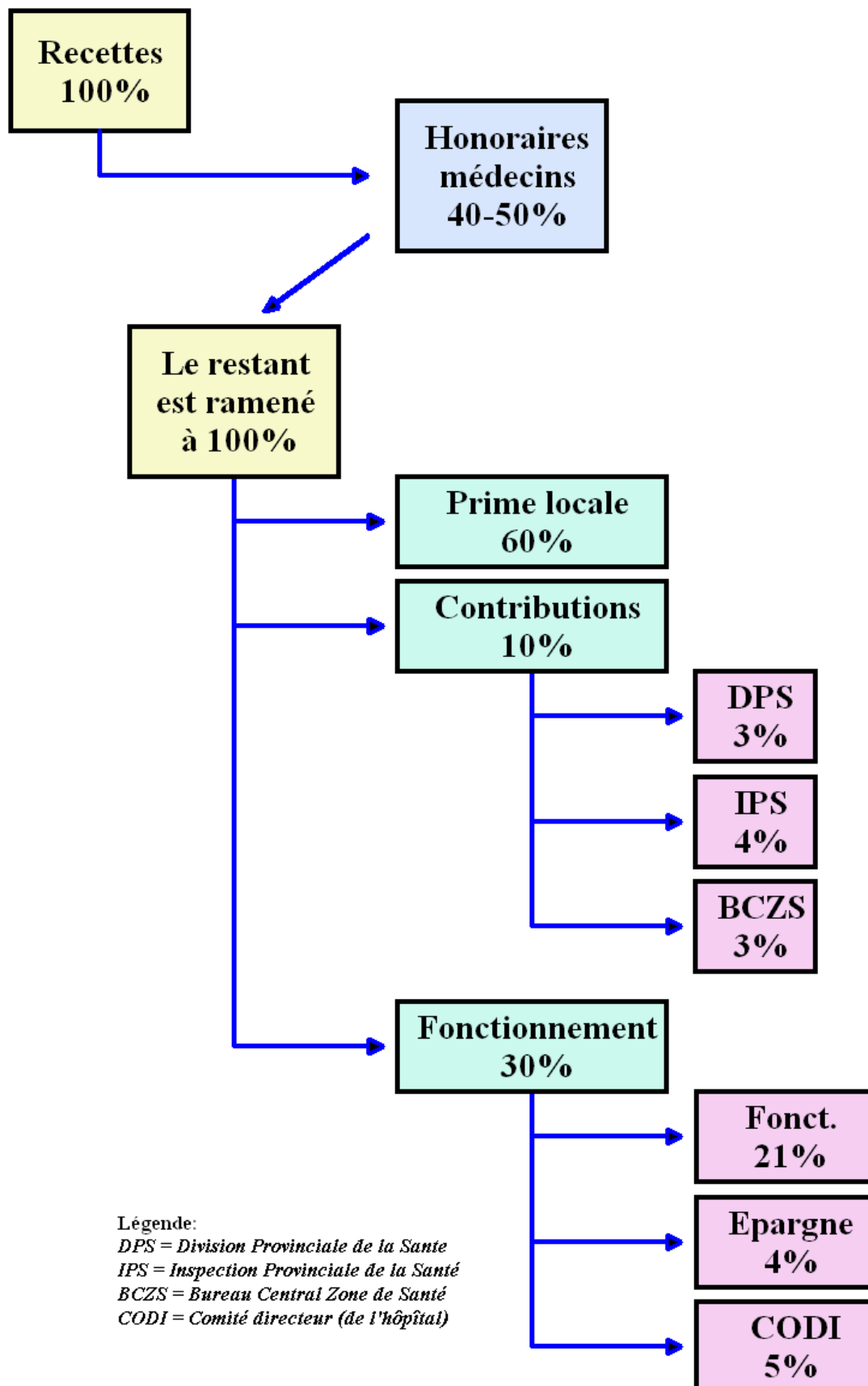
III. Quelques particularités

	Honoraires 100%				
Echographie	20%	20%	20%	20%	20%
Pharmacie	20%	20%	20%	20%	20%

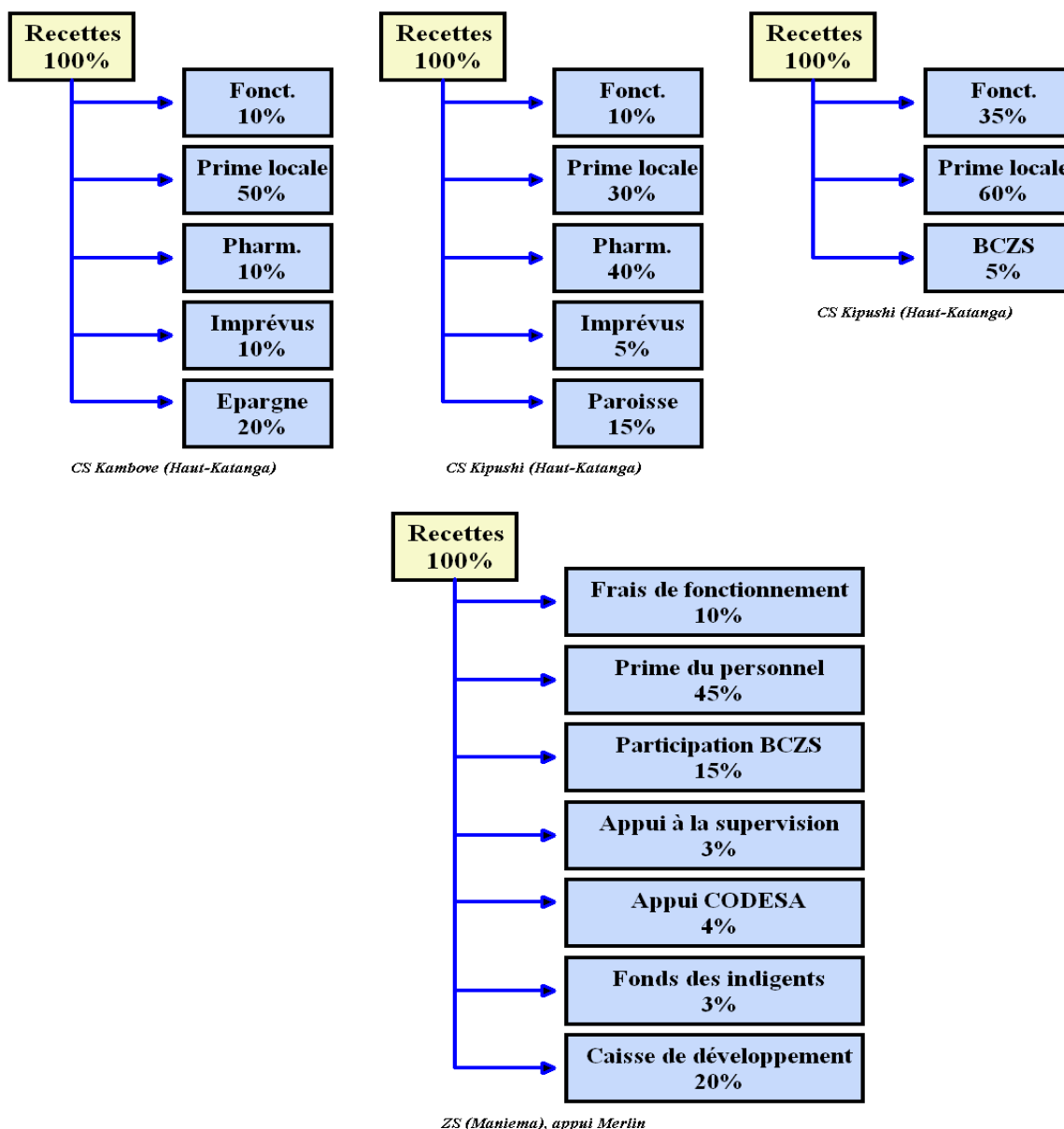
Source: HGR, Kinshasa

CPS = Consultation préscolaire; CPN = Consultation prénatale; CPON = Consultation post-natale; ND = ; CODI = Comité directeur

**Graphique 5. Clé de répartition (% des recettes)
(Katanga)**



Graphique 6. Diversité de la clé de répartition (CS)



Les clés de répartition requièrent des calculs fastidieux et complexes. Quelque soit le système adopté, tous les HGR ont recours à des schémas de calcul plus au moins complexes, avec ou sans l'outil informatique. Surtout le prélèvement d'un pourcentage sur les actes médicaux est un processus laborieux et complexe (Encadré 4). Cette méthode généralisée semble toutefois confirmer l'impératif de devoir 'servir' l'ensemble du personnel tout en préservant le minimum pour fonctionner. Elle s'apparente aussi à une pratique répandue qui vise à décomposer un service en plusieurs éléments afin de justifier la présence et le paiement d'un personnel pléthorique. La conception de la clé et son utilisation au quotidien (calculs et allocations budgétaires) témoignent toutefois de la technicité comptable et de la notion de planification (*faire des réserves*) exercées dans les HGR.

Encadré 4. Clé de répartition (% des actes médicaux)

Le 07/07/17

Fact = 227.393	OS = 343.177	N = 24.467	Recette = 967.967	343.177
Consultation :	Acte = 42.910	Imp = 9000	SS = 9000	88.750
	Mat = 27.900	SAF = 2300		
	Triage = 11.500			
Labo :	Acte = 40.580	Imp = 5400	ProtL Méd = 5400	90.000
	Mat = 27.900	SAF = 4000		
	SS = 6300			
Echo :	Acte = 122.000	Imp = 12.100	Triage = 48.400	242.000
	Mat = 16.940	Retro = 12.100	Amort = 14.520	
	SS = 16.940			
Nut :	Acte = 8370	SS = 1674	Imp = 1674	16.740
	Mat = 5222			
Kin :	Acte = 7600	SS = 3900	Imp = 1950	19.500
	Mat = 5250			
Rea :	40.000			40.000
CPON :	Acte = 20.160	Imp = 5760	SS = 2880	28.800
	Mat = 15.000	TR1 = 52500	TR2 = 12.000	
		Ass = 5000	Eq = 4000	99.000
Spa :	Imp = 50.884	TR1 = 32.500	TR2 = 12.000	
	SS = 75.011	Ass = 5000	Eq = 4500	
	Acte = 27.900	SS = 9000	SAF = 2300	
	ProtL Méd = 5400	Rea = 24.467	PMS = 107.33	
	Echo = 16.940	SPA = 5366		
	Retro = 12.100			
	Amort = 14.520			
	Nut = 5022			
	Kin = 5850			
	Rea = 24.000			

Note explicative :

Les recettes journalières (du 7/7/17) s'élèvent à CDF967, 967. On sépare la **consultation externe** et l'**hospitalisation** (appelée la *facturation*). Le montant de l'hospitalisation (CDF287, 393) sera réparti ultérieurement en 40% honoraires (médecins) et 60% fonctionnement. La caisse sociale (OS) et la prime de garde (N) ne sont pas 'taxables' et sont déduites en amont. La différence (CDF624, 790) représente les consultations externes : la consultation (CDF88, 750), l'échographie (CDF242, 000), le labo (CDF90, 000), la nutrition (CDF16, 740), la kiné (CDF19, 500), la réanimation (CDF40, 000), la consultation post-natale (CPON) (CDF28, 800), la vaccination et la CPN (consultation prénatale) (CDF90, 000). Leurs montants respectifs figurent à droite. Chaque acte médical a sa clé de répartition. Par exemple, l'échographie : 50% Acte, 7% Matière, 7% Caisse sociale ; 5% Imprimés ; 20% Triage, 5% Rétrocession et 6% Amortissement. En principe, la partie inférieure donne la sommation de toutes les sous-caisses (S/C). En réanimation (CDF40, 000) la totalité des recettes va à l'anesthésiste.

Commentaires :

La part réservée à la prime (honoraires et primes) est souvent supérieure à la norme de 40%. L'utilisation systématique des abréviations est réservée aux initiés et est un obstacle à la transparence et à l'information. La comptabilité manuelle semble aussi à l'origine des erreurs de calcul (S/C Imprimés, etc.)

Légende :

Fact. = Facturation ; OS = SOC = la caisse sociale ; N = nuit = PGM (prime de garde des médecins)

Acte = Honoraires des prestataires (Médecins, infirmiers, techniciens)

Imp. = Imprimés

ProtL/Méd. = Protocole/Médecin (interprétation des résultats)

Amort. = Amortissement

Mat. = Matière (produit utilisé pour faire des analyses : réactifs, photos, etc.)

Triage = Honoraires des infirmiers

Retro. = Rétrocession (% pour les ayant-droits : PNSR, Coordination PNSR, DPS)

TR1 = Trousse 1 (achat désinfectants) ; TR2 = Trousse 2 (vente de serviettes hygiéniques)

Ass. = Assainissement (S/C pour l'environnement)

Eq. = Equipement

SS = Secours d'urgence (pour combler le déficit causé par les personnes vulnérables)

SAF = S/C Acide folique (contribution des femmes enceintes à l'achat d'acides foliques)

PGM = Prime de garde médecins (tarification normale + 30% du tarif) ; PGI = Prime de garde infirmiers (moitié de la PGM)

SPA = Supervision personnel administratif (travail jour férié des administratifs)

Les dépenses courantes des HGR sont inhérentes à leurs charges. Généralement, elles se limitent à 4 grands postes budgétaires : *le personnel, le fonctionnement, la pharmacie et l'investissement*. Toutefois, la nomenclature des dépenses n'est pas uniforme et prête à confusion (**Encadré 3**). Par exemple, des rubriques comme *épargne* (investissement ?), *imprévus, caisse réserve, amortissement, provision* (pérennisation médicaments ?), etc. à contenu variable et non conforme au principe de la nomenclature unique rendent difficile l'interprétation correcte et transparente de la dépense. La standardisation des postes budgétaires accroîtrait leur lisibilité.

a. Les charges du personnel

Les charges du personnel sont de loin la plus grosse dépense. Estimées à 70% du budget moyen des HGR, elles dépassent souvent la part réservée dans la clé de répartition. La raison principale semble une conception étroite de la *prime locale* qui n'inclut pas les avantages, pourtant nombreux. (**Encadré 5**) Le traitement cloisonné des honoraires des médecins (**G4-5**) et la prime accordée au reste du personnel rendent davantage complexe l'estimation correcte de son coût global. La plupart des HGR accordent des avantages à leur staff (petit transport journalier, frais funéraires, soins médicaux gratuits) ; le logement, des indemnités de transport mensuelles et le crédit de téléphone sont généralement réservés aux cadres (Médecin directeur, AG titulaire, etc.) (**Encadré 6**). Les HGR assurent en quelque sorte le rôle de l'Etat qui selon les statuts de la Fonction publique accorde aux fonctionnaires logement, transport et frais funéraires¹.

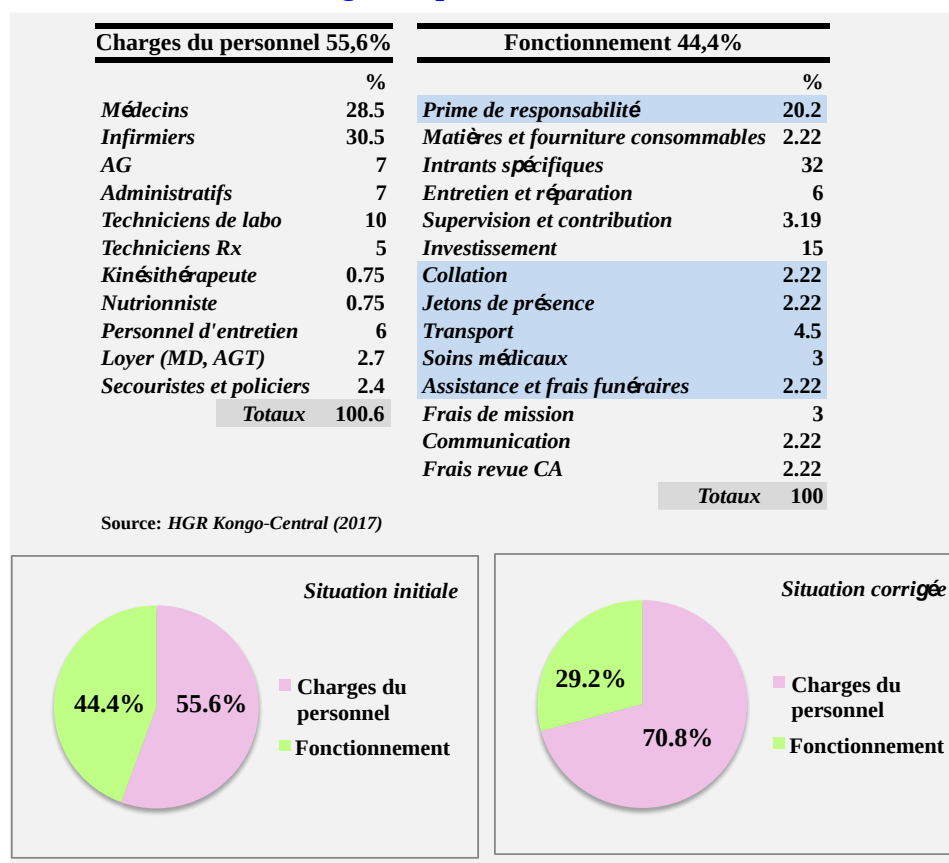
L'évaluation du coût du personnel et de sa part dans le budget des HGR est un exercice fastidieux. La majorité des budgets (60%) se présente sous forme de lignes budgétaires, alignées pêle-mêle. (**T11**) Ce format ne facilite pas leur décryptage et rend laborieux la reconstitution des postes budgétaires (Modèle 1). Un budget type subdivisé en titres pourrait grandement contribuer à la clarté et établir le lien avec la clé de répartition appliquée (Modèle 2). Cela permettrait, par exemple, de caser et clarifier des lignes comme *collation, encouragement, rafraîchissement, jetons de présence, rencontres, assistance sociale*, etc. qui font partie des avantages extra-salariaux mais se retrouvent souvent dispersés dans la liste des dépenses.

La multiplicité des primes à nomenclature variée est une pratique généralisée. Une quarantaine d'appellations existent. Leur nombre témoigne surtout d'une tendance chez les cadres de vouloir sécuriser leurs revenus en distinguant postes stratégiques et non-stratégiques. Des primes comme *prime de finance, de caisse, de responsabilité, de titulariat, de fonction, de direction, de professionnalisme, de diplôme, de participation à la gestion, de spécialité*, etc. cherchent toutes à valoriser une fonction jugée plus gratifiante que d'autres au sein d'un hôpital. De même, 60% des Comité directeurs (CODI) s'octroient des indemnités pour se réunir². La prime locale porte des noms divers (dont certains énigmatiques) : *prime institutionnelle, de base, extraordinaire, idéale, de non clientèle, de performance, de rendement, de prestation, d'encouragement, de motivation, de revitalisation, conjoncturelle*, etc. L'utilisation de primes multiples ne fait pas bonne impression. Leur remplacement par une tension salariale équitable et consensuelle pourrait être une piste à explorer.

¹ Statut du Personnel de Carrière des Services Publics de l'Etat, Titres III and IV (Articles 17-20), Journal Officiel, n°15, August 1 (1981).

² La prime CODI est d'environ USD6 en moyenne, par personne et par séance. Les réunions sont hebdomadaires. D'autres CODI bénéficient d'un pourcentage des recettes (par exemple, 10% HGR Equateur, 5% HGR Katanga).

Encadré 5. Coût réel des charges du personnel



Note explicative : La non-intégration des primes et autres avantages extra-salariaux dans la charge du personnel (lignes budgétaires *prime de responsabilité, collation, jetons de présence, transport, soins médicaux, assistance et frais funéraires*) ne permet pas de calculer son coût réel. Au départ budgétisé à 55% (situation initiale), ce coût serait en réalité près de 71% (situation corrigée). Il est estimé que les budgets de la plupart des HGR nécessiteraient de tels réajustements.

Tous les HGR ont un système rodé pour calculer la prime locale. Les schémas sont similaires : une clé de répartition détermine les parts de chaque catégorie professionnelle (**T12**) à laquelle on applique une tension salariale (*indices barémiques*). (**T13-14**) La tension varie selon la catégorie professionnelle, avec des échelles variables, pouvant aller de 1 à 10 (4 pour le MD et 0.4 pour l'ouvrier). Les indices diffèrent d'un hôpital à l'autre. Parfois une tension uniforme s'applique dans une juridiction (Maniema)¹. Ailleurs, l'indice est remplacé par une grille salariale (Province Orientale). (**T15**) La baisse des recettes peut entraîner un hôpital à revoir sa politique salariale (honoraires supprimés et des primes fixes pour tous les agents) (Kinshasa). L'utilisation d'indices (au même titre que les clés de répartition) témoigne de la complexité des calculs requérant une forte technicité comptable. (**G7**)

La gestion de la prime locale accentue l'inégalité salariale au sein des HGR. Le calcul de la prime locale semble surtout obéir à des critères d'hierarchisation qui favorise les cadres et confirme la philosophie des primes (p.24). Elle ne tient pas non plus compte du statut des agents ni de leur situation salariale (mécanisé vs. N.U., touchant ou pas prime ou salaire). Comme dans les écoles, le principe d'équité qui chercherait à aplanir ou réduire les écarts de salaire entre *payés* et *non-payés* semble être absent.

¹ Cf. Lettre *Tension prime locale des agents santé* (N°DPS 53.01/B/MIP-MMA/SEC/1141/2008 du 17/10/2008).

Encadré 6. Avantages accordés au personnel dans les HGR (2017)

- H1** : **Transport** pour les responsables; **communication** hebdomadaire ; **forfait loyer** 4 membres du CODI: MD (CDF200, 000), AG (CDF170, 000), DN et Médecin Chef (CDF130, 000).
- H2** : **Frais funéraires**; **gratuité de soins** pour le personnel
- H3** : **Soins médicaux** gratuits; **frais funéraires** (tous); **frais scolaires** en septembre; **colis fin d'année** (les deux ont été suspendus depuis 2015)
- H4** : **Soins médicaux** (tous); **transport** (tous) entre CDF1 000 à CDF3 000; **gratification** annuelle (USD100-300); **colis de Noël** (USD33); **frais scolaires** USD70-200/an
- H5** : **Loyer** MD, AG (varie selon les recettes); **transport** (tous); **frais funéraires** (tous); **soins** (tous)
- H6** : **frais funéraires**; **transport** chaque quinzaine du mois (tous); **soins médicaux** (agents)
- H7** : **Logement**: MD et AGT (USD200 et USD150/mois); **frais funéraires** (tous); **assistance sociale**; **prêts** échéance 3 mois (de CDF150, 000 à CDF350, 000 selon la catégorie)
- H8** : **Logement** MD et AGT (USD120/mois); **frais funéraires** et **soins médicaux** (tous)
- H9** : DG, DM et DAF sont **logés** dans l'enceinte de l'hôpital; une **mutuelle de santé**; **bus pour le transport**
- H10** : **Soins médicaux** (famille au 1er degré) ; **loyer** MD (USD200), AGT (USD160), **communication**.
- H11** : **Soins médicaux** (tous)
- H12** : **Logement** (maisons de l'Eglise) pour MD, AGT, AGF.
- H13** : **Moitié des soins médicaux** (personnel/famille restreinte); **logement** : 4 médecins et 1 AG (USD300)
- H14** : **Logement** (maison d'Etat) MCS; **soins médicaux** et **frais funéraires** personnel
- H15** : **Soins médicaux** pour l'agent et sa famille
- H16** : **Soins médicaux** (tous). Hospitalisation, radiologie 50% de la facture.
- H17** : **Logement** médecins, AG, Chef du personnel (maisons); **soins** (tous) ; **frais funéraires** (USD120)
- H18** : **Logement** AG (25USD), MD (100USD), chauffeur ambulance (10USD); **frais funéraires**
- H19** : **Logement** MD et quelques MT (USD300) ; **transport** MD et médecins (USD150), AG (USD100)
- H20** : **Logement** MD (USD200/mois), médecins traitants (USD200/mois) ; **transport** MD (USD100/mois)
- H21** : **Logement** et **transport** pour médecins et Chefs de service
- H22** : **Logement, transport, communication** et **prime de direction** ont été supprimés (modicité des recettes)
- H23** : **Soins médicaux** (tous) ; **frais funéraires** (tous)
- H24** : **Soins médicaux** (tous)
- H25** : **Frais funéraires**: décès agent (USD450); famille au 1er degré (USD200) ; **loyer** MD et AG (USD35)
- H26** : **Soins médicaux** (tous); MD **transport** (USD35) et **communication** (USD20)
- H27** : **Soins médicaux** (tous)
- H28** : **Logement** MD, AGT, MCS, DN (USD40) ; **transport** USD40; **eau** USD13; **électricité** USD18
- H29** : **Soins médicaux** ; **frais funéraires**
- H30** : **Logement** médecins, AG, infirmiers (USD25/mois); **soins médicaux** ; **frais funéraires** (USD50)
- H31** : **Logement** MD (USD200/mois); **transport** MD USD300/mois

MD = Médecin directeur ; CODI = Comité directeur ; AGT = Administrateur gestionnaire titulaire ; AGF = Administrateur gestionnaire de finances ; MCS = Médecin Chef de service ; DN = Directeur nursing ; DG = Directeur général ; DM = Directeur médical ; MT = Médecin traitant

Source : Questionnaires administrés dans les HGR (2017)

Tableau 11. Modèles budgétaires utilisés dans les HGR

Modèle 1 (lignes budgétaires alignées pôle-mêe)	Modèle 2 (budget subdivisé en titres)
Dépenses (libellés)	Dépenses du personnel
Fournitures de bureau	a. Primes et indemnités permanentes
Transport de service	Primes du personnel
Produits d'entretien	Honoraires
Entretien et réparation	Indemnités de logement
Carburant et lubrifiant	b. Primes et indemnités non permanentes
Communication	Collation
Assistance sociale	Cadeaux vivres fin d'année
Frais de supervision	Indemnités de transport
Accueil, rencontre et collation	Honoraires pour services rendus
Primes de direction	Frais de rencontres locales
Autres primes	
Réactifs de labo et radiologie	
Frais funéraires	
Autres consommables	
Primes des agents	
Honoraires médecins/consultations	
Honoraires médecins/chirurgie	
Honoraires echo	
Autres honoraires médecins	
Contribution DPS	
Contribution IPS	
Contribution BCZ	
Source: HGR Katanga (2016)	Source: HGR Kinshasa (2016)
Note: Les lignes budgétaires ayant trait aux charges du personnel sont surlignées en bleu.	

Tableau 12.

	%
Médecins	29.9
Infirmiers	36
Laborantins	7.8
Rx	4.4
Kiné	1.4
Anesthésiste	1.3
Nutritionniste	0.7
AG	3.71
Administratif	6.29
Personnel entretien	7
Dentaire	1
Pharmacie	0.7
Source: HGR Kasai-Central	

Médecin directeur: 3,98%
 Médecin Chef de Staff: 1,9%
 Médecin à temps plein: 1,77%
 Médecin à temps partiel: 0,2%
 AG: 1,21%
 Direction de nursing: 1,07%
 Anesthésiste: 1,01%
 Intendant logistique: 0,93%
 Coordinateur de soins: 0,93%
 Comptable: 0,93%
 Caissier: 0,86%
 Pharmacien: 0,92%
 Inf A1: 0,86%
 Inf et admin A2: 0,83%
 Inf et admin A3: 0,77%
 Ouvriers: 0,41%
 Source: HGR Sud-Kivu

Tableaux 13-14

Médecin directeur: 1,6
 Médecin spécialiste: 1,6
 Médecin généraliste: 1,4
 Autres agents
 Licencié: 1,2
 Gradué: 0,8
 A2/D6: 0,6
 A3/D4: 0,4
 Manoeuvre: 0,2
 Source: DPS Maniema (2008)

Echelle de 1 à 10

Tableau 15.

Grille basée sur un budget de 13,000 USD/mois
 Médecins: 120USD
 L2: 100USD
 A1: 80USD
 A2: 60USD
 A3: 40USD
 TT: 30USD (TT = 'tous travaux')
 Sentinelles: 50USD
 Source: HGR Province Orientale

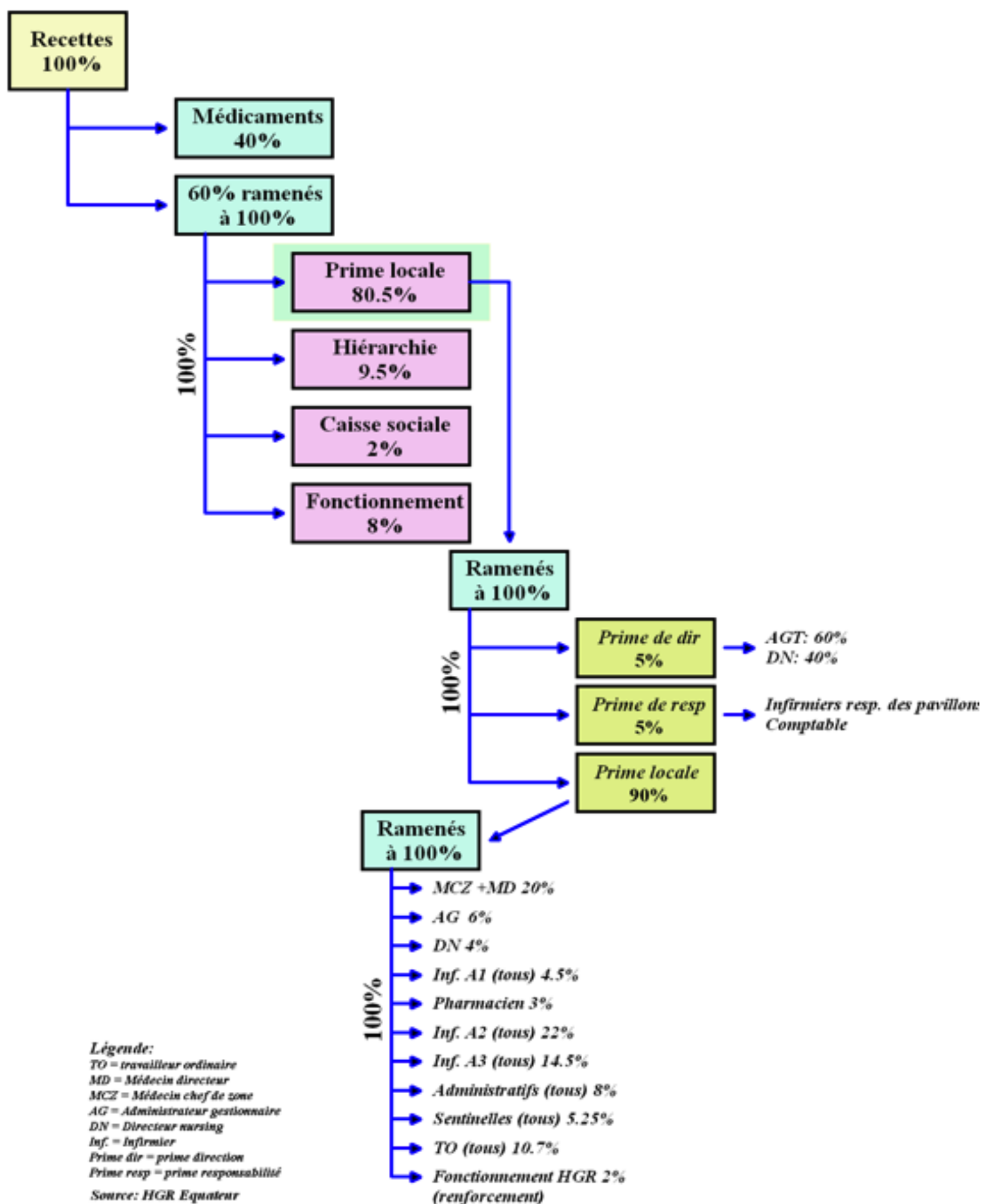
Calcul de la prime locale :

Tableau 12: *Clé de répartition (par catégorie professionnelle)*

Tableaux 13-14 : *Indices barémiques*

Tableau 15 : *Grille salariale*

Graphique 7. Clé de répartition des recettes et tension de la prime locale



b. La gestion du stock des médicaments

Peu de HGR (10%) affichent une gestion comptable séparée pour les médicaments. Le principe de la pérennisation des médicaments (c'est-à-dire, le renouvellement du stock à partir de la vente combiné à une démarche proactive qui anticipe la dévaluation monétaire) requiert un système de gestion bien rodé. Dans la plupart des HGR, les médicaments apparaissent comme une recette ou dépense parmi d'autres, sous des terminologies différentes (*pharmacie, stock vendu médicaments/vente médicaments, médicaments et autres consommables, médicaments/pérennisation des médicaments, pharmacie/achat médicaments, compte pharmacie, vente/achat médicaments + R, etc.*). **(SD)** Cette pratique a plusieurs inconvénients. Le plus marquant est la quasi-impossibilité d'affirmer ou d'infirmer l'efficacité du système d'approvisionnement mis en place. Pourtant la (non) disponibilité de médicaments est la vitrine principale d'un HGR; un circuit dysfonctionnel influe sur la qualité des soins, est facteur de mortalité accrue, de baisse de fréquentation et de surcoût à cause du séjour prolongé des malades. Le rangement du médicament dans la liste des recettes/dépenses courantes ne permet pas d'apprécier son cycle de gestion **(G8)**. Une comptabilité distincte permettrait d'augmenter la transparence et la lisibilité. Les réactifs labo (*intrants labo*), tests rapides, banque de sang, films radio (*matière*), etc. sont-ils inclus dans la liste de médicaments? Que deviennent les bénéfices générés par la vente du stock? Les budgets montrent souvent une vente supérieure à l'achat. Les dons sont-ils comptabilisés? **(Encadré 7)** 3 HGR sur 4 disent être appuyés par un ou multiples partenaires (IMA, etc.). Certains budgets ont une ligne *médicaments* vide (Maniema); dans d'autres elle est en déséquilibre (*Recettes : pharmacie 0/Dépenses : achat médicaments CDF79,300*) (Kasai-Oriental). La part des médicaments dans la production locale est estimée à 15% (*intrants labo, etc. inclus*). Il est toutefois impossible d'en mesurer la part réelle. Un circuit comptable simple basé sur le cycle de gestion (la valeur initiale du stock calculée sur la consommation moyenne mensuelle (CMM), son renouvellement, l'intégration et la traçabilité des dons, l'allocation des bénéfices de la vente, l'élément inflation)¹ **(G8)** permettrait d'en évaluer l'efficacité et éviterait la perte progressive du capital médicament.

Encadré 7. Exemples de dons non budgétisés

Il y a eu réception de quelques médicaments de SANRU tels l'ARTESUNATE, DIAZEPAM

HGR Maniema, CODI du 6-7-17

Nous saluons à sa juste valeur l'apport en médicaments, fournitures médicales et certains produits de laboratoire que nous avons reçu de notre partenaire ASSP.

HGR Kasai-Central, Rapport financier, p.2 (2017)

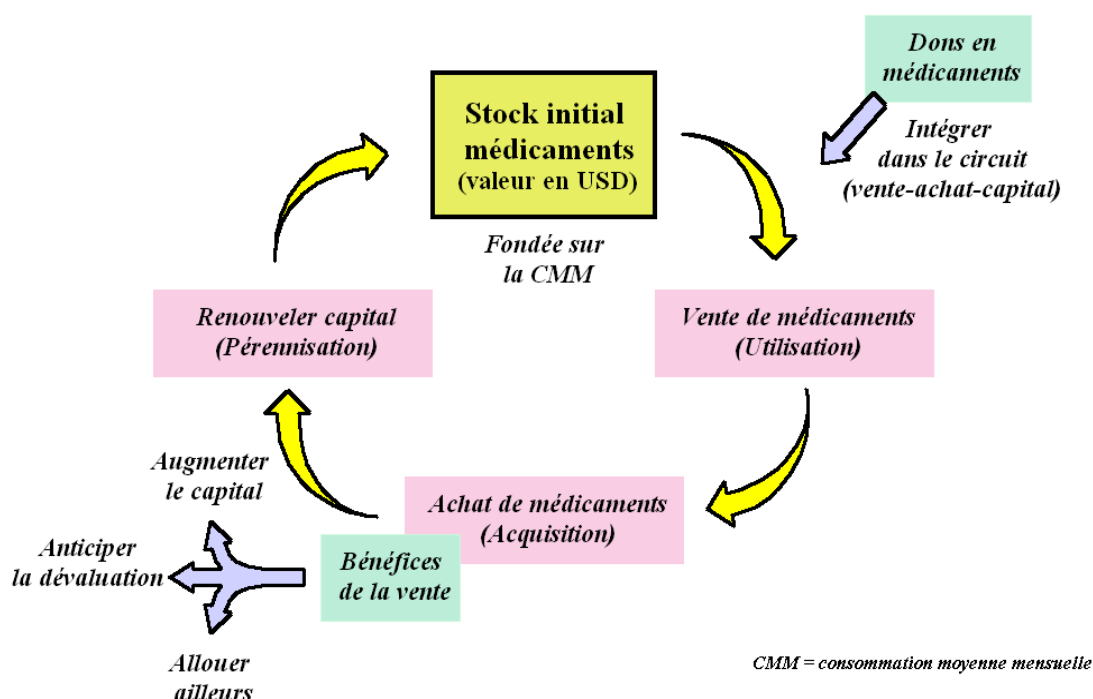
Dons: microscope (MSF) ; 6 tensiomètres (ADS) ; 2 brancards, un aspirateur (Ordre de Malte)

HGR Kinshasa

Graphique 8. Pérennisation de l'approvisionnement en médicaments

¹ Extrait d'une réunion d'un CODI: *Compte tenu du taux du dollar qui ne fait qu'augmenter nous allons essayer de revoir la tarification en commençant par le labo. Nous allons contacter les fournisseurs d'intrants de nous les donner à crédit. Nous allons payer après. De même pour la radio et l'échographie (HGR Kasai-Oriental, CODI du 7-6-17).*

(Cycle de gestion)



c. Le fonctionnement et l'investissement

Le budget de fonctionnement des HGR est estimé à 25% de la production locale; 5% est alloué à l'investissement au sens large¹. La part réservée aux charges du personnel laisse peu de ressources pour d'autres dépenses. Au-delà des coûts récurrents de fonctionnement (consommables tels que fournitures de bureau, achat carburant, etc.) un hôpital est avant tout un haut lieu d'hygiène et de propreté. Le MS a établi les normes de santé environnementale dans les HGR (2006, 2012)². Pour limiter les risques infectieux et veiller à la qualité des soins, l'hygiène hospitalière est au cœur du combat. Elle gère l'approvisionnement en eau courante (nombre suffisant de points d'eau, de douches, d'installations sanitaires, de buanderie et leur évacuation sécurisée), l'aération des locaux, l'éclairage et source d'énergie stable, l'entretien des locaux (nettoyage du sol, désinfection), les précautions des soignants (l'hygiène des mains, port d'une blouse, sur-blouse, gants à usage unique), le matériel médical (nettoyage, désinfection, stérilisation, circuit du linge), les déchets (solides et liquides), la protection contre les maladies à transmission vectorielle (pulvérisation d'insecticide, moustiquaires de lits) et l'assainissement du milieu (désherbage, canalisations, eaux stagnantes, etc.)³. L'entretien des bâtiments (réfection, peinture) et du mobilier (réparation); la maintenance du parc mobile (pièces de rechange) et des installations frigorifiques (morgue, frigos) et climatiques, groupes électrogènes; le remplacement de petit matériel médical, etc. servent de leviers additionnels à un environnement sanitaire plus dynamique et efficace. Peu d'HGR ont aujourd'hui les ressources pour investir, ou maintenir leur patrimoine. **(Encadré 9)**

¹ Pour le besoin de schématisation, l'investissement inclut la maintenance, l'entretien, l'hygiène, la propreté, réparations de tout genre, etc.

² MS (2009), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de zones de santé 2006*, Kinshasa; MS (2012), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement des structures de la zone de santé en République Démocratique du Congo 2012*, Kinshasa.

³ OMS (2010), *Normes essentielles en matière de santé environnementale dans les structures de soins*, Genève.

La plupart des HGR (90%) ont dans leur organigramme un service d'entretien et de maintenance. La terminologie utilisée diffère d'un HGR à l'autre (*Service entretien et maintenance, Gestion du patrimoine, Services généraux, Service économique, Economat, Service intendance, etc.*). Certains services peuvent compter jusqu'à 10 départements mais paraissent à l'égard des défis et ressources disponibles des coquilles vides¹. En principe, les HGR ont mis en place des Comités d'hygiène dont la marge de manœuvre face à l'ampleur des problèmes semble toutefois limitée (PAO (2016), HGR Kinshasa : *Il faut redynamiser l'équipe d'hygiène*). (Encadré 9) La lecture de rapports annuels d'activités confirme l'incapacité des HGR à gérer des questions matérielles, même à petite échelle (remplacement de matelas, de tubes d'éclairage, de chaises, etc.) (T16)

Tableau 16. Gestion des ressources matérielles

Matelas	22 (25%) en mauvais état
Chaises	18 sont cassées
Appareil Radio	en panne
Couveuses	1 sur 3 opérationnel
Electrocoagulateur	0 sur 3 opérationnel
Groupes électrogènes	3 sur 4 en panne
Ventilateurs plafonniers	42% en panne
Tubes 40 watt (éclairage)	50% non opérationnels
Source: Rapport d'activités, HGR Kinshasa (2016)	

Encadré 9. L'impératif de l'hygiène et de la maintenance

Au niveau des HGR (2009-17)

L'entretien de la cour continue. La tondeuse sera réparée bientôt car l'hôpital a acheté de nouveaux segments. Le carburant destiné à la tondeuse est réservé à celle-ci et ne peut être utilisé pour la moto. *Le frigo de la pharmacie* est toujours en panne malgré le remplacement de la carte mère. Les techniciens ont constaté que le frigo avait été touché par la foudre. Nous sommes dans l'obligation d'acheter un nouveau.

(CODI HGR Nord-Kivu, 21-10-09)

Evaluation du mois de novembre :

Le DN a soulevé le *manque de literie* aux services de médecine interne et pédiatrie.

Le laborantin a parlé du problème de *gestion des déchets*, de *manque de propreté*.

Pour la salle d'op, un *problème de fer à repasser* se pose. Le MD a précisé que faute de moyens il est difficile d'acheter un fer à repasser. En attendant, essayons de bien plier les habits propres de la salle d'op et les garder dans l'armoire. *L'eau doit y être d'une manière régulière* a dit le MD à l'hygiéniste. La lessive des habits doit se faire au CH, pas à la rivière.

(CODI CH Katanga, 6-11-09)

Rapport du DN :

Besoin de *renouveler la literie* trop vétuste.

Besoin de paniers et de seaux pour la gestion des déchets.

(CODI HG Sud-Kivu, 2-11-09)

L'organisation d'un *Salongo (travail manuel) spécial* pour l'ensemble de l'HGR ; chaque responsable des départements sera impliqué pour *cibler les endroits très sales du HPGR*

(CODI HGR Kasai-Central, 30-5-17)

¹ Par exemple, Service intendance : cuisine, buanderie, lingerie, (...); Service Maintenance : électro-médical, électricité, froid, bobinage, mécanique générale, mécanique auto, maçonnerie, menuiserie, charpenterie, peinture, Service d'entretien (Kinshasa) ; Service économique et général : économat, entretien, plomberie, menuiserie, garage et cuisine, charroi automobile, buanderie et lingerie (Nord-Kivu).

Intendance : les filles de salle ont **besoin de matériel 'suma mousse' (désinfectant)**.

Médecine interne : le Chef de service a rappelé pour l'oxygène qui vient d'être épuisé. **Manque de savon, les couvertures sont sales.**

Au bloc op : revoir la prise en charge des opérés ; manque de discrétion pour les cas opérés. Une proposition est faite que tout opéré donne une unité de sang avant son intervention pour garantir une banque de sang. **Le service a besoin de deux serrures ; la tuyauterie pour laver les réactifs est bouchée.**

Au labo : **manque de poubelle**

Aux urgences : il y a beaucoup de problèmes. **Manque de seau à robinet, manque de lavabo, la tuyauterie de la toilette est abîmée, l'eau ne passe plus.** La fille de salle n'est pas permanente ; les urgences c'est la porte d'entrée, ça doit être propre.

(CODI HGR Katanga, 4-9-17)

La saison de pluie produit déjà ses effets. **Les herbes envahissent la cour** de l'hôpital. Les travailleurs chargés de l'entretien paraissent trop fatigués.

(CODI HGR Bandundu, 13-10-17)

Bloc op : L'infirmière responsable constate que les plaies des opérés commencent à souiller après 3-4 jours. Les dispositions suivantes ont été prises:

1. **Mettre le matériel au feu (stériliser)**
2. **Séparer les boîtes** : de LAPARO à part, de l'APP à part.
3. L'opéré avant de quitter le bloc op doit être nettoyé par le médecin qui fait l'intervention.
4. Chaque agent doit avoir **sa tenue** et écrire son nom sur sa tenue et **mettre les babouches.**

(CODI HGR Katanga, 11-9-17)

Absence de courant dans les services de diagnostic.

Absence de cadenas aux installations hygiéniques.

Le DN s'est entretenu avec les équipes de filles de salles et les infirmiers. Ella a demandé aux filles de salle de se soumettre à la rigueur de la loi pour l'heure d'arrivée et de départ, **laver régulièrement les murs et les vitres.**

(CODI HGR Kasai-Central, 30-5-17)

Préoccupations de la DN :

- a. **Manque d'aération** au niveau de la CPN
- b. **Manque de moustiquaires** dans la salle 4
- c. Les heures de visite ne sont pas respectées
- d. A la salle 1, **problème d'humidité, la toilette n'est pas opérationnelle**
- e. **L'apparition de punaises**
- f. Manque d'oxygène à la salle d'accouchement
- g. Salle 5 : **deux lits sans matelas**

(CODI HGR Kinshasa, 12-5-17)

Rapport de la semaine. Le MDH dit que nous avons reçu une patiente enceinte transférée d'un CS à 20h. Son enfant était en position transversale ; il fallait faire une césarienne et pour accéder à la salle d'op on n'a pas retrouvé la clé ; c'est ainsi que nous avons cassé la porte ; on est intervenu et l'enfant et sa mère sont tous les deux en vie. Le constat est que les femmes qui viennent pour une césarienne ne trouvent pas les conditions : **matériel non stérilisé, masque et bonnets introuvables.**

(CODI HGR Kasai-Oriental, 24-6-17)

Recommandations non exécutées :

Que le service logistique et pédiatrie se concertent pour **remplacer les lits en mauvais état**

Que le service chirurgie donne **le nombre exact de pinces en réserve**

Urgences : **la chambre de garde continue à suinter ; manque d'eau**

Médecine interne : **4 lits cassés**

(CODI HGR Maniema, 6-7-17)

Gynécologie :

Nécessité de **revisiter le matériel** en salle d'accouchement

Besoin en masques, bottes, tenues, bonnet, etc.

Besoin en sonde naso-gastrique pour aspiration des enfants, **stérilisation du matériel, éclairage en salle d'accouchement**

Besoin d'un spot light pour éclairer l'endroit à intervenir

(CODI HP Nord-Kivu, 25-4-17)

Activité non réalisée : réhabiliter les installations sanitaires internes

(Rapport d'activités, HGR Kinshasa, 2016)

Formulation des problèmes :

a. **Vétusté du matériel** de l'hôpital

b. **Non-réhabilitation des infrastructures**

c. **Approvisionnement insuffisant en eau potable**

(Plan d'action, HGR Kinshasa, 2013)

Le HGR **fait de son mieux avec ses propres recettes pour maintenir l'état de salubrité malgré les multiples difficultés**. La communauté qui fréquente l'hôpital ignore parfois les règles d'hygiène et la conduite à tenir devant les déchets.

(Rapport d'activités, HGR Kinshasa, 2016)

Tour de table DN :

a. **Brancards sans matelas** avec cuir et toile

b. **Absence de matelas** en médecine interne et aux urgences adultes

c. **Réparer la table d'accouchement**

d. Triage fait face à une **mauvaise ventilation** ; **mauvaise aération et odeurs** ; la serrure est foutue

e. Les 2 salles des urgences peuvent **être nettoyées à fond à l'eau de javel**

(CODI HGR Kinshasa, 6-1-17)

Rendre l'asepsie et l'antisepsie rigoureuse.

(CODI HGR Maniema, 30-9-16)

Pour que le taux de fréquentation de l'hôpital soit élevé, nous devons améliorer :

a. L'accueil des malades

b. La **propreté dans les salles d'hospitalisation, les toilettes et la cour**

(CODI HGR Maniema, 2-10-17)

Problèmes dans les pavillons :

a. **Saleté** à côté de l'avocatier et des toilettes

b. **Pas de savon liquide** dans les services

c. **Pas d'oxymètre et de balance**

d. **Pas de thermomètres électroniques**

e. Rupture en cathéters G24 et G22

f. **Présence des escarres** auprès de certains malades

(CODI HGR Kwilu, 20-9-17)

La DN informe le CODI que le Comité d'hygiène doit se réunir **par rapport à l'hygiène à la pédiatrie, la médecine interne et ailleurs**. Par rapport à **la luminosité au sein du HGR**, le CODI souhaite que l'on mène une étude pour voir si la nouvelle batterie peut être utilisée.

(CODI HGR Nord-Kivu, 13-7-17)

Mauvaise qualité des tensiomètres.

Peintures détachées sur quelques lits et tablettes dans plusieurs services

Chirurgie : les murs sont sales.

Punaises dans la salle C3 et à la maternité.

(CODI HGR Kasai-Oriental, 16-8-17)

Situations similaires dans les CS (2009)

L'IT a posé la question pourquoi il y a baisse de fréquentation à la maternité ? Réponses : **La douche est mal entretenue.**

(CS Lusambo, KOR, 2-11-09)

La stérilisation du matériel. Nous courrons un grand danger quand le matériel n'est pas stérilisé. **L'asepsie à la maternité n'y est pas et la propreté de nos locaux n'est pas assurée.**

(CS, KOR, 24-2-09)

L'IT a exprimé sa désolation pour dire que depuis son affectation au CS **il n'a jamais vu les locaux torchonnés** et il recommande à deux matrones du centre de le faire deux fois par semaine. Une matrone lui a dit que vu son état de santé elle ne pourra pas faire cela. L'IT lui a demandé de lui donner la solution pour la propreté mais elle est restée sans réponse.

(CS, KOR, 20-3-09)

Les malades nous font la remarque que **la peinture du centre est devenue vieille**. Il est vrai que nous devons repeindre le centre malgré la difficulté financière que nous avons ; maman Rose **la fille de salle doit nettoyer le centre trois fois par semaine avec de l'eau**. Après chaque acte posé, **le matériel doit être nettoyé, stérilisé** et remis à sa place.

(CS Malonda, Katanga, 30-6-09)

Salle de soins. Ce service **doit améliorer la propreté**, mettre le matériel en ordre, **stériliser le matériel et le bien garder dans les boîtes appropriées avec formol**.

(CS Uzima, Sud-Kivu, 29-11-09)

d. Les flux ascendants

La majorité des HGR (70%) versent des contributions à leur hiérarchie. Pour les autres cette pratique a cessé (ou a été réduite) par l'intervention d'un partenaire externe (PDSS, etc.). Le financement de l'administration dans une ZS (BCZS, DPS, IPS) n'est pas nouveau¹; elle est apparue dès la prise en charge des soins par les usagers². Cette pratique institutionnalisée érode davantage les ressources locales déjà limitées ; leur utilisation par la hiérarchie reste de surcroît opaque et n'est pas rendu public. Le financement des structures administratives par un partenaire externe est par définition limitée dans le temps (Merlin, CTB, etc.). Dès l'arrêt des appuis, les anciennes pratiques refont surface. Leur encrage institutionnel peut par ailleurs constituer un enjeu non négligeable à un financement efficace des HGR par l'Etat. Le risque d'ingérence de la hiérarchie (*opérations retour*) est réel et la sécurisation des cadres du HGR (MD et CODI) paraîtrait alors d'une importance première. Le coût annuel des contributions varie énormément³. Estimées à 1.5% (en moyenne) du budget de fonctionnement des HGR, elles pourraient équivaloir au montant des dotations reçues par l'Etat⁴. **(2.6.)** Surtout le réseau conventionné verse des montants significatifs aux églises. **(Encadré 10)** Cette pratique n'exclut pour autant pas le recours abusif à des demandes ponctuelles. Celles-ci sont récurrentes, souvent dû pour des visites (*logement*) ou des activités de supervision (*carburant*) et dictées par des relations de pouvoir entre administrateurs et administrés. **(Encadré 11)**

¹ A titre d'exemple: **(2004) (SG) Clé de répartition des recettes provenant des produits SR et des actes d'échographie** (Circulaire N°MS.1251/MGB/SG/2230/MMB/2004) **(SD)**; **(2009) (Sud-Kivu) Participation (mensuelle) au fonctionnement du BCZS/Walungu** (N°035/BCZS-WNGU/D.I.A./09 du 25 mars 2009) HGR et CH (USD50), CSR (USD20) et CS (USD15) ; **(2008) (Bas-Congo) Contribution spéciale pour la réparation du véhicule de la ZS** (N°53.01/048/ZSR/SB/BF/2008 du 5 mars 2008) HGR (USD50), CSR (USD35), CS (USD20) et PS (USD10) ; **(2008) (Bas-Congo) Contribution spéciale ponctuelle : réparer la jeep du district, acheter des pneus pour la même jeep et réparer le kit informatique et la photocopieuse du district** (N°53.01/137/ZSR/SB/BF/2008 du 28 août 2008) toutes les structures USD25.

² Des pratiques similaires prévalent dans le secteur de l'éducation. En absence de financement public, l'administration prélève des quotas sur les frais scolaires.

³ Entre USD14, 000 et USD75 par an.

⁴ Pour les 37 HGR visités, il est estimé qu'ils ont reçu au total autour de USD230, 000 (en 2014 et 2015) mais beaucoup moins en 2016. Le flux ascendant total pour 24 HGR en 2016 est estimé à USD75, 000.

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**

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 préétablie de structures hospitalières contribuables (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 2^e 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)

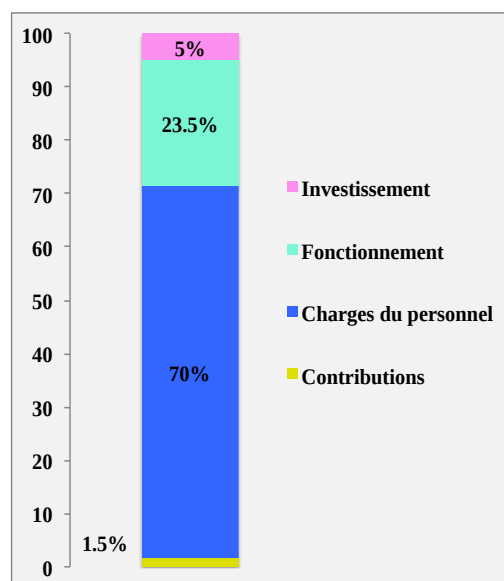
(Nord-Kivu) Participation des FOSA à la construction BCZS Karisimbi (120 sacs de ciment par an)

(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)

L'analyse de la dépense dans les budgets des HGR confirme à la fois forces et limites. Si la technicité et la routine comptable paraissent largement acquises, la lisibilité et l'utilisation efficace des ressources seraient à améliorer. Surtout la question des médicaments (dons inclus), la charge du personnel et la bataille au quotidien pour maintenir un environnement propre et sain méritent une attention spéciale et des efforts communs. Un format budgétaire standard rendrait plus facile lecture et interprétation. La plupart des clés de répartition affichées dans les HGR résistent peu à des analyses plus approfondies et révèlent des réalités différentes. Il est donc difficile d'en apprécier la proportionnalité exacte. Notamment l'estimation de la part des médicaments demeure aléatoire pour des raisons déjà évoquées (l'achat sur ressources propres, la gestion des bénéfices, la place des dons, etc.). Un budget séparé augmenterait grandement la transparence budgétaire. L'analyse permet néanmoins de se faire une idée de la structure de la dépense dans les HGR: personnel (70%), fonctionnement (23.5%), investissement au sens large (5%) et contributions (1.5%). **(G9)**

Graphique 9. La clé de répartition de la dépense (%)



Source : Budgets des

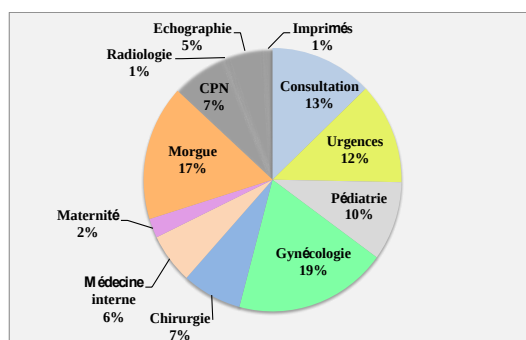
HGR (2017)

e. La production

Les ressources propres des HGR dépendent en grande partie des services organisés, de la tarification appliquée et du taux de fréquentation. Dans un contexte changeant et difficile (inflation, exigences d'un partenaire, pouvoir d'achat de la population) établir des prévisions budgétaires relève d'un exercice quasi-théorique. En réalité, les HGR (surtout de taille modeste) gèrent souvent des trésoreries aléatoires alimentées au rythme quotidien des paiements. (2.3.3.a) Les différentes lignes des recettes correspondent généralement aux services organisés à l'hôpital (*maternité, chirurgie, médecine interne, hospitalisation, laboratoire, radiologie, échographie*, etc.). Comme les dépenses, elles sont alignées en vrac sans logique apparente. (SD) Une classification standardisée utilisant des titres contribuerait à leur lisibilité (classer *attestation médicale, certificat de décès, certificat d'aptitude physique*, etc. sous *Imprimés* ; *échographie, radio Rx, E.C.G* sous *Imagerie*, etc.). Les grands HGR utilisent une échelle de tarification (*Catégories I, II*, etc.). Celle-ci regroupe les malades en classes sociales (personnel, indigents, fonctionnaires, sociétés, etc.) qui ne paient pas le même prix. Ce système ne facilite pas l'interprétation des chiffres. Pour les *conventionnées* ou *abonnés* (sociétés ou structures avec lesquelles le HGR a signé une convention de prestation des soins) les détails ne sont pas disponibles. Pourtant leur part dans les budgets est souvent substantiel (Kinshasa : *MEPS* (33%) ; Haut-Katanga : *Mamba, Lisungi, Diocèse* (19%) ; Kwilu : *sociétés conventionnées* (21%), etc.). Pour ces recettes il n'est pas possible d'identifier les services utilisés.

La visualisation des recettes réparties par service pourrait être un outil de gestion précieux. (G10) Elle permettrait de mieux identifier les revenus générés par service et d'en apprécier l'efficacité (rapport charge du personnel/production ; la remise en question de la qualité d'un service à faible rendement, la CMM des médicaments dans chaque service et la question de leur renouvellement, etc.). Elle faciliterait par ailleurs toute recherche analytique menée par le MS (politique de santé, Comptes Nationaux) et le bailleur (zones d'appui).

Graphique 10. Répartition des recettes (%)



Source : HGR Tshopo

(2017)

Le coût des soins (tarification) est un casse-tête permanent. La majorité des HGR ont dû modifier leur tarification en 2017 ; 50% des CODI (2027) affirment que l'actualisation des tarifs a été un point majeur à l'ordre du jour. Deux raisons principales sont évoquées : la dépréciation monétaire du franc congolais face au dollar et l'arrivée d'un partenaire (CTB, PDSS). En réalité, les HGR se retrouvent constamment entre marteau et enclume. L'inflation est un élément déstabilisateur pour une gestion efficace du stock des médicaments et pour éviter l'érosion de son capital. Mais elle l'est aussi pour la prime locale qui perd de son pouvoir d'achat et démotive le personnel. La marge de manœuvre des HGR est toutefois limitée ; un coût trop élevé dans un milieu généralement pauvre entraînerait une baisse de fréquentation et des recettes. Souvent les HGR trouvent tant bien que mal un équilibre de gestion ; une hausse du tarif (*pour ne pas travailler en perte*) est par définition réfléchie (Tshopo, Kinshasa)¹ et une baisse pour maximiser la fréquentation jugée acceptable (*réduction de la prime*) (Equateur). Ces équilibres sont toutefois fragiles et loin d'être parfaits mais ils sont issus de négociations locales et ont le mérite de s'inscrire dans les réalités du terrain. Celles-ci ne se limitent pas aux conditions du milieu mais elles intègrent aussi les défis institutionnels et humains que les HGR doivent gérer au quotidien. (2.4.)

L'introduction de la tarification forfaitaire porte un risque d'affaiblissement de cet équilibre précaire. Le choix entre l'accès (universel) aux soins de santé et l'enracinement d'un système fonctionnel et pérenne est avant tout un choix politique et humanitaire. Toutefois, seul un engagement à long terme de la part du partenaire et/ou de l'Etat pourrait justifier le choix de l'accès. Fondé sur le principe d'une baisse des tarifs et une prise en charge par le partenaire d'une partie du coût de l'acte médical (*tiers payant*), la tarification forfaitaire peut être un cheval de Troie. Elle fait croire à la population que le coût d'un accouchement est de USD16 (*ticket modérateur*) pendant que son coût réel est de USD32. Dans un système qui s'autofinance et s'autogère depuis des décennies, le financement d'une partie des recettes par un appui externe renferme un risque de non pérennisation². Sans ancrage institutionnel (absorption par le budget de l'Etat) de telles interventions peuvent déstabiliser les équilibres fragiles. Une fois le financement asséché, la population paiera à nouveau le coût total sans pour autant en comprendre la raison. C'est pourquoi ce choix devrait s'accompagner d'un plan de financement soutenable.

¹ Nos tarifs actuels des actes doivent être majorés sinon nous continuerons de travailler à perte, vu l'inflation monétaire (HGR Kinshasa CODI du 22/6/17)

² Corroboré par des interviews (téléphoniques) avec des MD et des AG dans les HGR qui pratiquent la tarification forfaitaire.

De même, l'introduction de la notion de financement basé sur les résultats (FBR) peut être un élément consolidant ou déstabilisant. Les multiples expériences FBR en RDC n'ont pas consolidé le système¹. Elles ont abouti à des paiements de primes diverses (*prime partenaire*) essentiellement pour obtenir des statistiques, et à la mise en place de barèmes salariaux artificiels. La fin de cycle des projets a contraint nombreux CS et HGR à revenir à leur mode de gestion autonome. Le paiement de primes de performance a plusieurs inconvénients. Elle est d'abord temporaire ; une fois disparue il y a risque de contreperformance de la part d'un personnel qui la croyait acquise. Elle est aussi irrégulière et arrive souvent en retard contrairement à la prime locale perçue chaque mois. Les HGR qui opèrent sous ce régime se plaignent de ces délais qui sont dû à l'évaluation de la performance et donc étalée dans le temps. Les retards sont à la base de démotivation du personnel qui cherche à nouer les deux bouts du mois. Enfin, elle peut conduire à l'altération des résultats pour obtenir une cotation favorable. Les équipes d'évaluation ne sont pas à l'abri d'une 'négociation' de la performance (*opérations retour*). Toutefois, utilisé à bon escient, le FBR peut renforcer la performance du système existant. Il suffirait de l'implanter d'une façon structurelle. Par exemple, le financement public des HGR pourrait être conditionné par une utilisation responsable et transparente des fonds. **(3.)** Mesurer la performance serait mesurer le changement (la tenue d'une comptabilité correcte, la lisibilité des budgets, la propreté des lieux, les réparations effectuées, etc.). D'une façon principielle, tout FBR serait alors conçu pour améliorer le système existant en intégrant son univers institutionnel et financier mais sans pour autant le bousculer.

L'univers des HGR est aussi la gestion au quotidien des dettes (créanciers, indigents, évadés) et du recouvrement. **(Encadré 11)** La perte encourue par un HGR (frais d'hospitalisation, valeur médicaments et intrants, etc.) sur une période donnée peut être considérable (HGR Kongo-Central : pour la période avril 2013-février 2016, le HGR estime la perte occasionnée par les *indigents* et les *évadés* à près de CDF55 millions ou USD60, 000)². La plupart des HGR ont un système de recouvrement (*Comité de suivi de la dette, AG chargé de recouvrement, équipe HGR de recouvrement, etc.*) ou se réfèrent au comptable. Le recouvrement se fait à l'hôpital (*recouvrement forcé, suspension des soins*) ou à domicile (parfois avec l'aide de la police). Certains HGR (30%) autorisent les patients à sortir après avoir signé une reconnaissance de dette ; d'autres demandent un objet en gage³. **(DS)** Plus de 40% des HGR recourent à la prise en otage du malade. Certains le reconnaissent au bout des lèvres (*garder le malade en observation, garder le malade jusqu'à ce qu'il paie*) ; d'autres sont plus affirmatifs (*les insolvable sont gardés dans une salle pendant plusieurs jours ; le malade est pris en otage pour le contraindre à payer ; nous retenons les malades pendant au moins 1 mois et demie*). Selon les HGR, la prise d'otage peut aller de quelques jours à 6 mois. Beaucoup de patients tentent de partir sans payer (*les évadés*). Une clôture non adaptée ou un contrôle inefficace des entrées et sorties facilite cette pratique. L'anecdote d'une mère qui cache son nouveau-né dans un gros sac à main pour sortir de l'hôpital montre à la fois sa détermination, les risques pris et sa détresse (Kinshasa).

¹ En 2010, PARSS, PNUD, Medicare, EUP/FASS, 9ième FED, Merlin, GTZ, CTB, Memisa, etc.

² Cf. Lettre N°5301/148/SM/HGR/B/KC/2016 du 7 juillet 2016 : *Transmission détaillée des soins médicaux administrés aux indigents et évadés*.

³ La valeur est souvent supérieure à la facture (pour anticiper l'inflation). Une reconnaissance de dette (*décharge*) fixe une échéance. Après 6 mois, les hôpitaux vendent les biens hypothéqués (vente publique avec huissier).

Encadré 12 : La question des ‘insolvables’

Dossier groupe d'indigents : identifier tous les indigents par service et dresser une correspondance à l'autorité en l'invitant de venir procéder à leur sortie.

(CODI du 4-3-17)

Présence des indigents dépassant 6 mois à l'hôpital.

(CODI du 25-4-17)

Problèmes d'insolvabilité au niveau de la gynécologie.

Les insolvables sont encore là. Le CODI demande à organiser une descente vers les domiciles des malades pour connaître chez eux et éviter les évasions non reconnues.

(CODI du 13-7-17)

Faible recouvrement des créances.

Répétition de cas des évasions (clôture non adaptée).

(HGR Nord-Kivu, CODI du 17-7-17)

Comme nous allons vers la fin du mois le service comptable doit faire un recouvrement forcé chez les deux césarisées afin que l'on arrive à payer le personnel.

(HGR Kasai-Oriental, CODI du 24-6-17)

2.3.3. Le circuit financier

a. La gestion des recettes

Tous les HGR ont mis en place un système de gestion des recettes plus au moins complexe. (Encadré 13) (G11-12) Ces circuits internes sont identifiables sur le terrain (différents services, postes clés, fonctions distinctes, etc.) et attestent d'une logique comptable et financière indiscutable. De façon schématique, deux modèles types existent, adaptés à la taille de l'hôpital et au nombre de services y organisés : la caisse unique (*caissier/caissière*) et le système à plusieurs caisses (*percepteurs*). La caisse unique suit le principe de paiement à un seul guichet; le patient passe à l'unique caisse chaque fois qu'il ait bénéficié d'un service (Modèle 1). Le circuit à plusieurs caisses place des percepteurs dans chaque service. A la fin de la journée, ils versent leurs recettes journalières à la caisse centrale (Modèle 2).

Encadré 13. Etapes détaillées de la gestion des recettes (Modèles ‘caisse unique’ et ‘caisses de perception’)

Modèle 1.

1. *Le patient se présente à la réception et paie la fiche médicale et la consultation à la caisse.*
2. *Le patient est dirigé vers le triage. Soit il est orienté vers le médecin, soit il est hospitalisé.*
3. *Le médecin examine le patient et l'oriente vers le labo (imagerie) pour examens. Le patient paie à la caisse.*
4. *Sur base des résultats des analyses, le médecin prescrit une ordonnance médicale.*
5. *Le patient paie les médicaments à la caisse, fait le retrait à la pharmacie et reçoit - selon les cas - les premiers soins.*
6. *En cas d'hospitalisation, le patient paiera la facture à la fin de son séjour à la caisse.*
7. *Le MD et l'AGT autorisent le patient à quitter l'hôpital en cosignant son billet de sortie.*
8. *A la fin de la journée, la caisse (de perception) remet le tout à la caisse centrale (comptabilité)*
9. *Le comptable répartit les recettes selon la clé de répartition (ventilation).*

Modèle 2.

1. Le patient se présente à la réception.
2. Il paie la fiche médicale et la consultation à la caisse (caisse de perception 1)
3. Le patient est dirigé vers le triage. Soit il va chez le médecin (consultation externe), soit il est hospitalisé.
4. Le patient est orienté vers différents services spécifiques, selon le cas (labo, imagerie, petite chirurgie, médecine interne, etc.)
5. Le patient paie la note dans les services concernés auprès des percepteurs respectifs
6. A la fin de la journée, les percepteurs versent les espèces à la caisse centrale (comptabilité)
7. Le comptable répartit les recettes selon la clé de répartition (ventilation).

Les HGR ont tendance à adopter une vision rétrécie de leurs budgets. Celle-ci se focalise davantage sur les ressources propres où les appuis externes sont souvent absents (salaires et primes de risque payés par l'Etat, dons en médicaments, soutien financier ou matériel de partenaires divers, etc.). Il a été démontré l'importance des ressources locales pour faire tourner un hôpital (prise en charge de la prime et avantages multiples accordés au personnel, le fonctionnement élémentaire, etc.). La clé de répartition ne concerne que les recettes générées par les actes médicaux (*production*). Il est donc logique que la gestion de celles-ci occupe une place prépondérante dans un contexte où l'appui externe est plutôt vécu comme à la fois opportun et aléatoire. Néanmoins, un hôpital public (y compris conventionné) est redevable pour tout financement qu'il reçoit, quelque soit sa provenance. Cet appui peut seconder des politiques locales, alléger la pression sur des postes de dépenses ou permettre d'affecter des ressources ailleurs. L'interaction ou complémentarité entre ressources propres et externes dans les budgets consoliderait leur cohérence. Un format budgétaire standardisé pourrait intégrer cette dimension ce qui augmenterait transparence et niveau informatif. Cela permettrait d'y inscrire, par exemple, les subventions allouées par l'Etat. *In fine*, tout financement devrait converger à réaliser les objectifs stratégiques.

b. Le circuit de la dépense

Tous les HGR ont recours à un circuit de la dépense dont les étapes sont comparables. (G13) D'une façon schématisée, celles-ci partent d'un état de besoins introduit par un service (*service demandeur*) auprès du AG/MD qui accorde (ou pas) la demande (*ordre d'émission de fonds*). L'alimentation de la trésorerie est journalière et fluctuante ; son flux et volume sont difficiles à anticiper et mesurer. Ces ressources sont par ailleurs limitées car en grande partie affectées aux charges du personnel. **(2.3.2.a.)** La plupart des hôpitaux sont contraints à une gestion journalière de la dépense ; très peu (20%) disent appliquer le principe de la dépense budgétisée et planifiée (budgets prévisionnels dans les PAO ou Plans de management). En réalité, les demandes sont examinées au jour le jour par rapport à leur priorité (l'urgence, la pertinence) et la disponibilité de liquidités (trésorerie) ; les petites dépenses sont quotidiennes, les grandes dépenses (planifiées) au fur et à mesure que l'argent entre dans la caisse. D'un point de vue comptable, la procédure est routinière et régulière. **(Encadré 14)** Tous les HGR l'appliquent ce qui conforte l'idée que les règles de gestion financière sont intériorisées et peuvent constituer le socle institutionnel pour gérer des fonds publics¹.

Encadré 14. Le circuit de la dépense

1. Le service demandeur introduit un état de besoins auprès de l'AGT/MD.

¹ Il est à noter que les partenaires imposent souvent leurs propres règles de gestion financière sans utiliser le circuit comptable des HGR.

2. On vérifie la pertinence de la dépense et la disponibilité de liquidités (trésorerie) ; la dépense est soit programmée ou accordée au jour le jour.
 3. L'AGT/MD donnent leur accord (cosignatures) et le comptable émet un ordre de paiement.
 4. La caissière/le caissier établit un bon de sortie cosigné par l'AGT/MD et décaisse l'argent
 5. Le service demandeur remet les pièces justificatives à la comptabilité pour contrôle et classement
- Source : Synthèse analyse des questionnaires administrés dans les HGR (2017)

Tous les HGR tiennent des documents comptables aux différentes étapes du circuit financier (recettes et dépenses). Il a été constaté que les documents comptables essentiels sont disponibles, parfois sous nomenclature différente (*tarification, carnet de reçus (copie patient, copie classement, reçu « souche »), quittance, reçu de caisse, livre de caisse (journal de caisse, rapport de caisse, livre de banque), pièce de recettes, (carnet de) facturier (relevé de factures), formulaire de demande fonds, bon de sortie/entrée caisse, rapports financiers mensuel et annuel (rapports, tableaux de trésorerie), compte d'exploitation, cahier de ventilation (journal ventilation des recettes), etc.*). Les documents utilisés correspondent aux outils requis par le MS¹. Il en ressort que les circuits financiers 'théoriques' en place sont documentés ; leur opérationnalité est vérifiable. Recettes et dépenses sont enregistrées et en principe traçables.

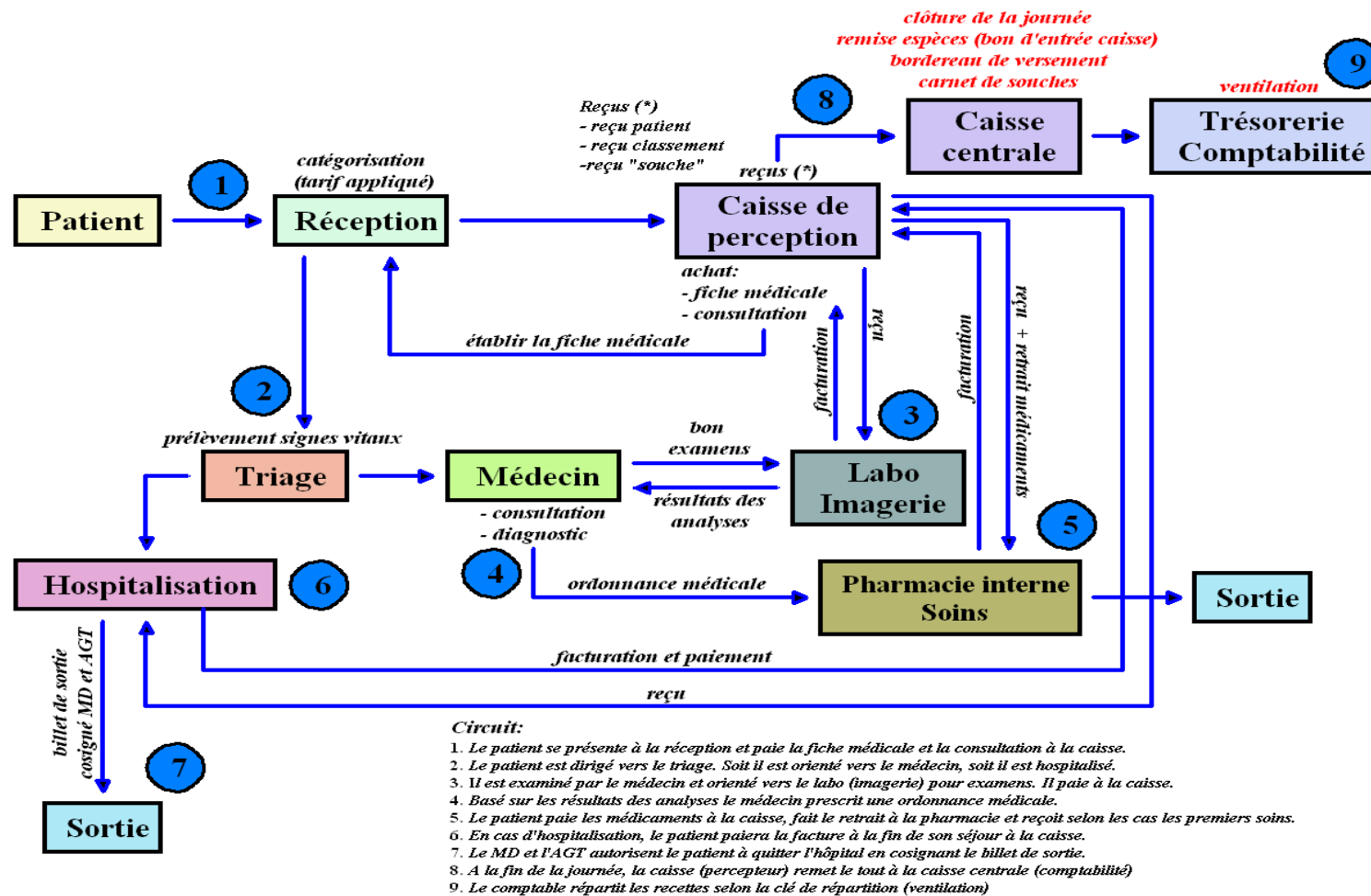
c. Le budget contrôle

Peu de HGR ont un système d'audit indépendant. La plupart organisent des contrôles internes dont la fréquence (journalier, hebdomadaire) et le mode opératoire différent. 25% disent avoir recours au service *budget contrôle* appelé aussi *l'œil de la direction*. Ce service opère sous son contrôle et n'est donc pas indépendant. Il est aussi interprété comme le visa de la direction pour autoriser la dépense (Kinshasa). La plupart des contrôles internes se concentrent sur les recettes sous la conduite du MD et/ou l'AGT (*Comité de suivi des recettes, sous-commissions, contrôle interne journalier, rapports réguliers au CODI, etc.*). Les commissions de suivi (parfois présentes dans chaque service) calculent à la fin de la journée (*clôture de la caisse*) la part réservée à la prime locale et en assurent la transparence. **(2.3.2.a.)** Les HGR conventionnés sont aussi audités par leurs départements respectifs (DKS, BDOM, CBCA, etc.). D'une façon générale, ces contrôles paraissent plutôt motivés par la sécurisation des fonds (empêcher le détournement) que par la qualité de la dépense (pertinence, amélioration des soins, etc.). Quelques HGR font appel à des auditeurs externes financés sur ressources propres (Bukavu, Kisantu). La problématique de l'audit indépendant est délicate. Elle nécessite toutefois un regard particulier car elle est essentielle pour attester efficacité et conformité de l'utilisation des ressources. Le climat institutionnel dans le secteur (relations de pouvoir entre administrateur et administré, pratiques de contributions obligatoires et ponctuelles) paraît aujourd'hui peu propice pour y mener des audits sous la seule conduite de l'Etat. Il serait opportun d'explorer aussi la piste de l'audit externe par une grande firme de vérificateurs chevronnés, contractualisée par l'Etat (et financée par les bailleurs). **(3.)**

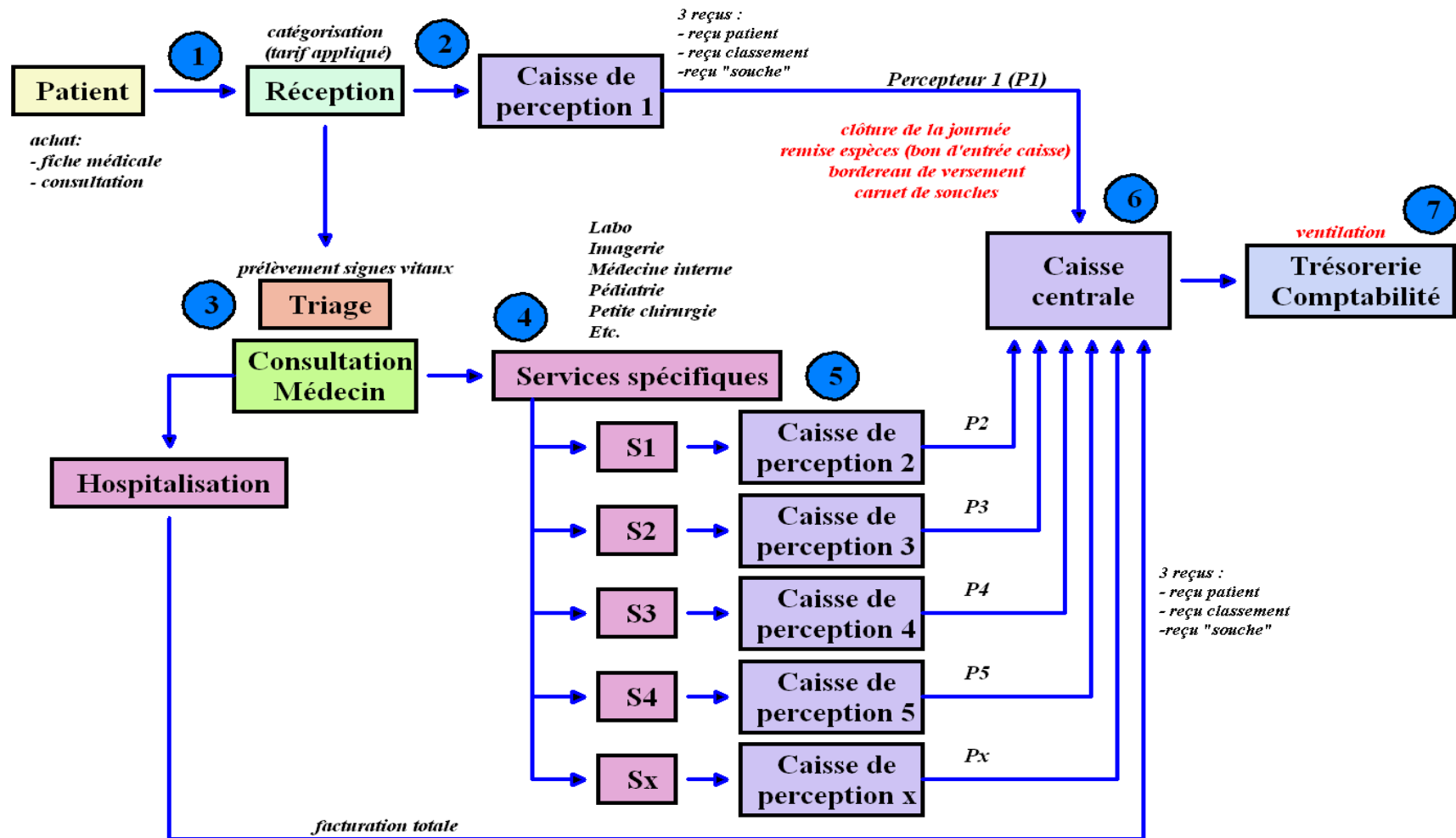
¹ MS (2009), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de zones de santé 2006*, Kinshasa, p.53.

Graphiques 11-12. La gestion des recettes

Modèle 1: la caisse unique



Modèle 2: système de percepteurs/caisses de perception

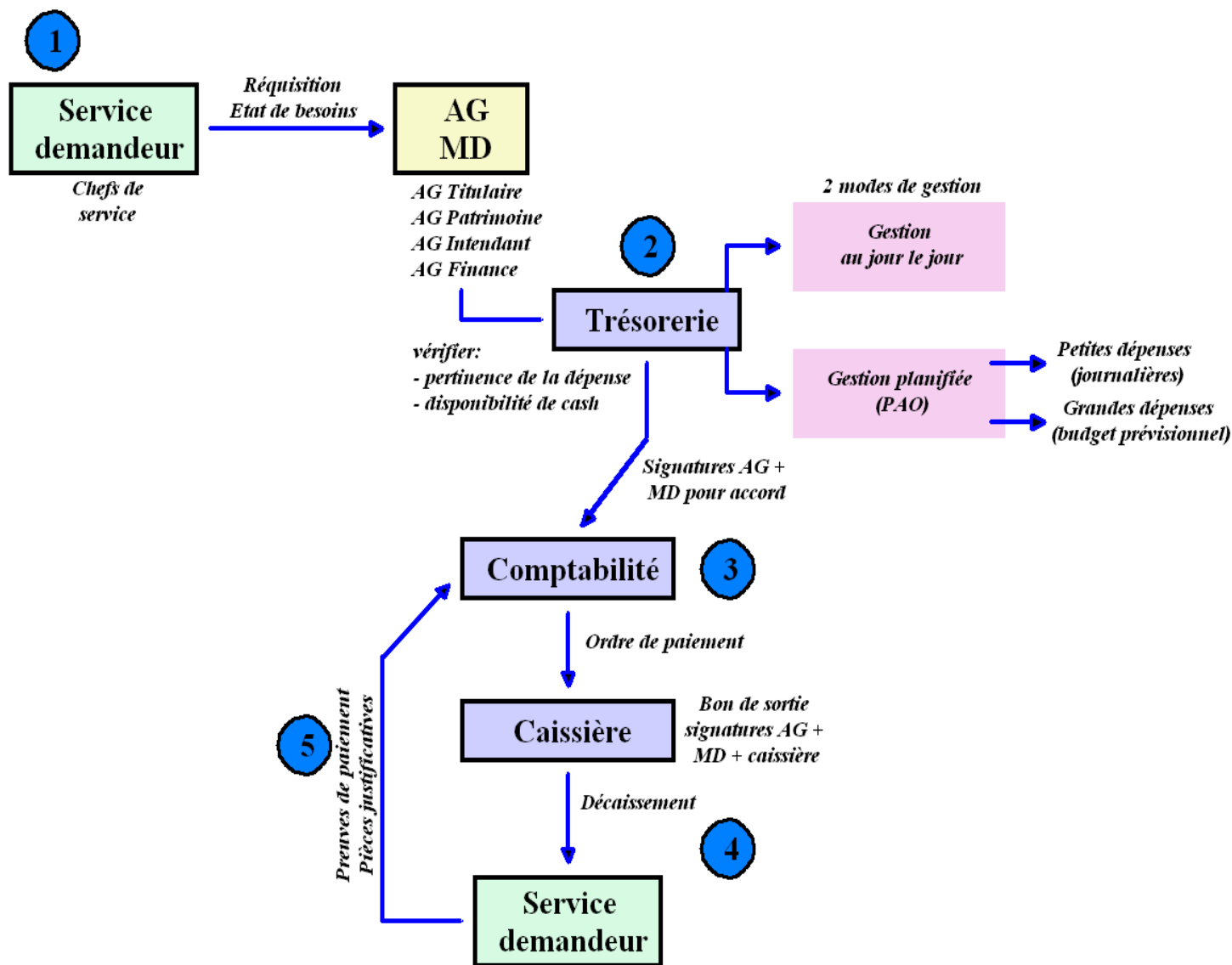


Circuit:

1. Le patient se présente à la réception.
2. Il paie la fiche médicale et la consultation à la caisse (caisse de perception 1).
3. Le patient est dirigé vers le triage. Soit il est orienté vers le médecin consultation externe, soit il est hospitalisé.
4. Le patient est orienté vers différents services spécifiques, selon le cas (labo, imagerie, petite chirurgie, médecine interne, etc.).
5. Le patient paie la note dans les services concernés auprès de leurs caisses de perception respectives (percepteur).
6. A la fin de la journée, les percepteurs remettent les espèces à la caisse centrale (comptabilité).
7. Le comptable répartit les recettes selon la clé de répartition (ventilation).

Graphique 13. Le circuit de la dépense

Circuit de la dépense



Circuit:

1. Le service utilisateur (à travers les Chefs de service) introduit un état de besoins auprès de l'AGT et le MD
2. Au niveau de la trésorerie, on vérifie la pertinence de la dépense et la disponibilité; celle-ci est soit programmée soit gérée au jour le jour
3. L'AGT et le MD donnent leur accord (signatures) et le comptable émet un ordre de paiement
4. La caissière établit un bon de sortie cosigné par l'AGT et le MD et décaisse l'argent
5. Le service demandeur remet les pièces justificatives à la comptabilité

2.4. 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 15)** 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 récurrence¹. **(Encadré 16)** 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*², *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 15. 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)

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)

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)

¹ *Détournement de recettes*: les ROI de **HGR Kenge** (Kwilu), Art.35; **HGR Roi Baudouin** (Kinshasa), Art.20B; **HGR Kenya** (Haut-Katanga), Art. 27 et 29; **HGR Mosango** (Kwilu), Art.19; **ROI BDOM**, Art.23; **HGR Kiamvu** (Kongo-Central), Art.15; **HGR Kituba** (Haut-Katanga), Art 29; **HGR Goma** (Nord-Kivu), Art. 117. *Vente illicite de médicaments*: Dans les ROI de **HGR Kenge** (Kwilu), Art.41; **HGR Kenya** (Haut-Katanga), Art.28; **HGR Roi Baudouin** (Kinshasa), Art.20A; **HGR Katuba** (Haut-Katanga), Art.30; **HGR Goma** (Nord-Kivu); **ROI BDOM**, Art.23, **HGR Goma** (Nord-Kivu), A.6, p.18.

² Nom d'une boisson alcoolisée.

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)

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)

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)

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 16. 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

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

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

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 propos injurieux envers ses chefs*
10. *Les vols ou détournements*
11. *L'escroquerie*
12. *Le refus de service caractérisé par des actes de subordination*
13. *Les faux en écriture*
14. *Fausse déclaration lors de l'engagement*
15. *La rixe (bataille) avec d'autres membres du personnel*
16. *Le détournement des malades*
17. *Les actes obscènes au lieu de travail*
18. *Le harcèlement sexuel*
19. *L'ivresse au lieu du travail*
20. *Le nudisme et le striptease*
21. *La séquestration de mineurs et invalides*
22. *La vente de médicaments aux malades par le personnel*

2.5. Pratiques organisationnelles

Malgré les défis, les HGR se sont organisés. Tous se conforment aux normes du MS pour la gestion des ressources humaines¹ (présence de *la liste nominative du personnel, l'organigramme, le registre de présences, l'horaire et le planning (roulement) du travail, les descriptions de postes, les dossiers des agents*). Les CODI sont opérationnels. Leurs réunions sont hebdomadaires et sanctionnées par des P.V. Celles-ci témoignent généralement d'agendas remplis et informatifs (finances, pharmacie, rapports du DN et du Médecin Chef de staff (MCS), recommandations et plan d'action, suivi de l'exécution des recommandations, etc.). La tenue régulière des CODI est fondamentale pour la bonne marche de l'hôpital ; elle donne un aperçu de la vie qui s'y déroule au quotidien et permet de remédier aux problèmes constatés. Les registres de présences sont centralisés ou répartis dans les différents services. Quelques HGR ont un système de pointage informatisé (Kisantu, Bukavu, Goma). Les jours absents non justifiés ne sont pas payés (privation de prime au prorata des jours non prestés). Tous les HGR appliquent les dispositions de la Fonction publique relatives à la discipline² ; celles-ci sont par ailleurs reprises dans leurs *Règlements d'ordre intérieur* (R.O.I.) respectifs³. (2.5.) Sur le plan administratif, tous les HGR transmettent des rapports d'activités (mensuelles, trimestrielles, annuelles) à la hiérarchie (DPS, IPS, BCZS et églises). Cette activité est routinière et contraignante.

¹ MS (2009), *Recueil des normes d'organisation et de fonctionnement de zones de santé 2006*, Kinshasa, p.52.

² Voir *Statuts du Personnel de Carrière des Services Publics*.

³ Par exemple, les ROI de **HGR Kenge** (Kwilu), Art.44-45; **HGR Kindu** (Maniema), Art. 20; **HGR Roi Baudouin** (Kinshasa), Art. 22; **HGR Kenya** (Haut-Katanga), Art. 43; **HGR Mosango** (Kwilu), Art. 41; **HGR Goma** (Nord-Kivu), 1.1, p.17; **HGR Kiamvu** (Kongo-Central), Art.5-6; **HGR Kituba** (Haut-Katanga), Art. 45.

La plupart des HGR ont élaboré leur ROI, les uns plus détaillés que les autres. Les R.O.I. règlementent le fonctionnement des HGR. Ils définissent le rôle des organes, gèrent la question du personnel (notamment *procédures de recrutement/engagement et affectation, obligations et droits du personnel et de l'employeur, descriptions de tâches, l'horaire de service, la rémunération, les avantages sociaux, les sanctions et l'action disciplinaire*) et précisent le circuit financier adopté. Certains ROI sont soumis au visa de l'Inspection de Travail ce qui conforte leur caractère juridique (Kwilu). L'analyse des ROI démontre l'anticipation des défis en capitalisant des années d'expérience. En général, les ROI délimitent un cadre de travail pour le personnel et l'employeur, et servent de repère.

Les règles mises en place pour la gestion des ressources, du personnel et des questions administratives sont des facteurs stabilisants. Dans un environnement difficile (effectifs pléthoriques, érosion des ressources, maintenance et investissement minimum, faible pouvoir d'achat de la population, inflation et tarification sous pression, ingérences hiérarchiques, pratiques illicites au sein de l'hôpital, etc.) l'application au quotidien des règles permet tant bien que mal de structurer et d'organiser. Cette routine est bénéfique pour la stabilité institutionnelle des hôpitaux. Grâce à elle, les HGR réussissent à préserver un équilibre d'opérationnalité, certes fragile, mais réel.

2.6. Les dotations budgétaires

En théorie, les dotations annuelles servent à compléter les budgets de fonctionnement des HGR. Chaque année, ils sont censés envoyer à la DEP (MS) au mois de juillet leurs prévisions (avant la tenue des travaux budgétaires) mais ne le font pas pour des raisons diverses (manque d'information, déception, désintérêt, etc.). (1.) Un tel dispositif se heurterait néanmoins au défi technique majeur de la réception, de l'analyse et du traitement de plus de 400 dossiers (budgets et demandes de subvention). Il nécessiterait la mise en place d'une cellule technique à temps plein et exigerait le recours à des critères d'évaluation draconiens et transparents.

Peu d'hôpitaux (34%) bénéficient d'une dotation dans les Budgets Annexes de la Loi financière (2016). La liste des HGR dans le budget de l'Etat n'a guère évolué depuis 2014; elle est reproduite mécaniquement¹. Le choix initial avait été déterminé, entre autres, par des ZS prioritaires et des programmes d'appui aux hôpitaux (PESS). Certains hôpitaux y figurent pour des raisons politiques. Le calcul des montants alloués aux HGR subit les mêmes pressions. L'enveloppe disponible est limitée² et sert d'abord à servir les privilégiés; le solde est ensuite distribué (*rééquilibré*) tant bien que mal aux HGR restants. Ceci explique la diversité des montants dont la logique de calcul est un simple exercice de rééquilibrage. Le recours à des critères objectifs (nombre de lits, population desservie) ne semble pas la norme de sélection. Cette première liste (arrêtée par la DEP/MS dans les conférences budgétaires internes) est ensuite utilisée dans les conférences sectorielles pour des réajustements (*arbitrages*) en fonction de l'enveloppe

¹ *Interventions économiques*: 61 (2014), 88 (2015) et 81 HGR (2016); *Subventions au fonctionnement*: 96 (2014), 96 (2015) et 99 HGR (2016). En 2016, il est estimé que 144 hôpitaux étaient alignés dans les Budgets Annexes (sur 417 HGR recensés).

² La question de la répartition interne du budget du MS n'est pas abordée. Toute politique de priorisation des allocations aux structures de santé et auprès des malades (CS, HGR) nécessiterait des arbitrages et mènera à une remise en question de la part réservée aux services centraux.

communiquée par la Direction de préparation et du suivi du budget (DPSB). **(G14)** Sans d'autres ingérences (*hiérarchie, députés*), cette liste définitive sera retenue pour publication dans la Loi financière. La procédure actuelle ne paraît pas équitable. Deux tiers des hôpitaux de la RDC sont écartés. La liste publiée n'est pas non plus le résultat de critères de sélection objectifs, ce qui la rend davantage injuste. Une approche plus équitable serait d'arriver à des choix/arbitrages plus transparents et motivés. Toutefois, la reprise de tous les HGR dans le budget de l'Etat devrait être la norme.

La plupart des HGR visités (90%) ont des comptes bancaires opérationnels. Beaucoup (50%) en ont plusieurs (en CDF et USD) ; d'autres pas encore (*opération en cours*) (Equateur). Plusieurs HGR affirment avoir ouvert leur compte à la demande du MS ; non alimentés depuis des années ceux-ci ne sont plus opérationnels (Haut-Katanga). L'ouverture d'un compte bancaire à l'initiative d'un HGR dépend largement de ses capacités de trésorerie. Les hôpitaux qui font des recettes plus substantielles avaient ouvert leur propre compte bien avant. Le transfert de fonds publics dans les comptes bancaires des HGR assure la traçabilité et la redevabilité. Ceci est compatible avec le principe de l'autonomie de gestion financière des HGR qui sont les seuls comptables de la gestion de leurs recettes (*entrées*). L'utilisation de comptes bancaires institutionnalise davantage ce processus de l'autonomisation.

Le compte bancaire élimine aussi le passage par des tiers et réduit le risque de fuites. Plusieurs hôpitaux font état de dotations détournées par la hiérarchie avant l'ouverture de leurs comptes bancaires (2013-14). Toutefois, le compte n'est pas la panacée contre des pressions exercées par la hiérarchie (*opérations retour*). *Quand vous recevez de l'argent, on vous dit : on ne vous voit pas* (Kinshasa). Il est utile et important de réfléchir comment sécuriser les HGR (MD, AGT) contre les abus de pouvoir et comment les protéger contre des mesures de représailles de la part de leurs administrations respectives. **(Encadré 16)**

Encadré 16. Détournement de fonds publics

En 2013

L'argent a transité par la province. Le ministre provincial est arrivé avec l'argent déjà utilisé. Au lieu de CDF44, 000, 000 nous avons reçu CDF10, 000, 000.

En 2014

Le gouverneur de province a visité l'hôpital et a remis CDF3, 000, 000, 2 futs de carburant (essence et mazout), 1 carton de médicaments et des matelas. Le gouverneur a demandé à l'hôpital de justifier une dépense de CDF 9,000, 000. Il est venu avec la presse. Après avoir filmé, il est reparti avec les dons en nature. Des inspecteurs de Kinshasa sont venus vérifier la dépense de notre dotation. Selon eux, cette dotation était de CDF35, 000, 000 (premier trimestre). Nous n'avons pas pu justifier cette somme en n'ont plus reçu d'autres financements.

En 2014

La DPS nous a remis CDF8, 000, 000. A ce moment nous ne savions pas que l'hôpital avait une dotation. Nous avons appris plus tard qu'elle était de CDF 80, 000, 000.

Source : Questionnaires administrés aux HGR (Kwilu et Kongo-Central)

Sur 37 HGR, 25 sont budgétisés mais seulement deux sur cinq le savent; un sur cinq ont reçu des paiements (période 2014-17)¹. Aucun HGR ne se dit satisfait du

¹ 25 (67%) sont budgétisés; 14 (38%) ne le savent pas et 7 (19%) ont reçu des paiements.

rôle assumé par l'Etat, jugé grandement responsable de l'inaction. Paiements chimériques ou aléatoires, absence d'information, ignorance des procédures, des montants, de l'existence même de la dotation, etc. sont autant de facteurs de déception. Cette ignorance s'étend à l'interprétation même de la dotation. Beaucoup citent le PAO transmis à la hiérarchie chaque année considéré comme une requête tacite (*l'Etat est au courant*); d'autres confondent dotation de l'Etat et appui d'un partenaire (subvention PDSS); d'autres encore répondent que la procédure pour obtenir un financement est de contacter un partenaire (l'Etat a disparu). Les hôpitaux parlent souvent de temps meilleurs et ne comprennent pas pourquoi les subventions annuelles ont cessé. Certains HGR pensent qu'ils n'ont pas droit aux subventions parce qu'ils produisent des recettes propres. La réponse appropriée à ce désarroi serait une stratégie de communication qui informe les HGR sur la philosophie de la dotation, ses montants et son utilisation. **(Encadré 17)**

Encadré 17. Sources de déception

Absence d'information

- *Nous ne connaissons rien : pas d'information au téléphone, à la radio, par circulaire; nous ne savons rien du tout.*
- *Nous ne connaissons pas les raisons. Nous manquons quelqu'un pour faire un plaidoyer auprès des autorités compétentes tant au niveau provincial que national.*
- *L'hôpital ne dispose d'aucune information s'il est repris ou pas dans le budget de l'Etat. Nous ne connaissons pas les étapes à suivre.*
- *Selon la Division provinciale du Budget, c'est seulement la DPS qui reçoit des frais de fonctionnement ; les HGR trouvent leur frais de fonctionnement dans leurs recettes propres.*
- *On nous dit : vous êtes une institution génératrice de recettes.*

Déception

- *Notre lobbying n'a pas été efficace. Les autorités ne donnent pas de réponse.*
- *Nous avons déposé le dossier mais depuis l'ouverture de notre compte, celui-ci n'a jamais été alimenté.*
- *Nous n'avons rien reçu. Selon le S/G des Crédits notre dossier est arrivé en retard (c'est-à-dire à la fin de l'exercice budgétaire 2015 et 2016).*
- *Les états de besoins ont été déposés. Nous n'avons rien reçu, faute de trésorerie.*

Interprétation de la dotation

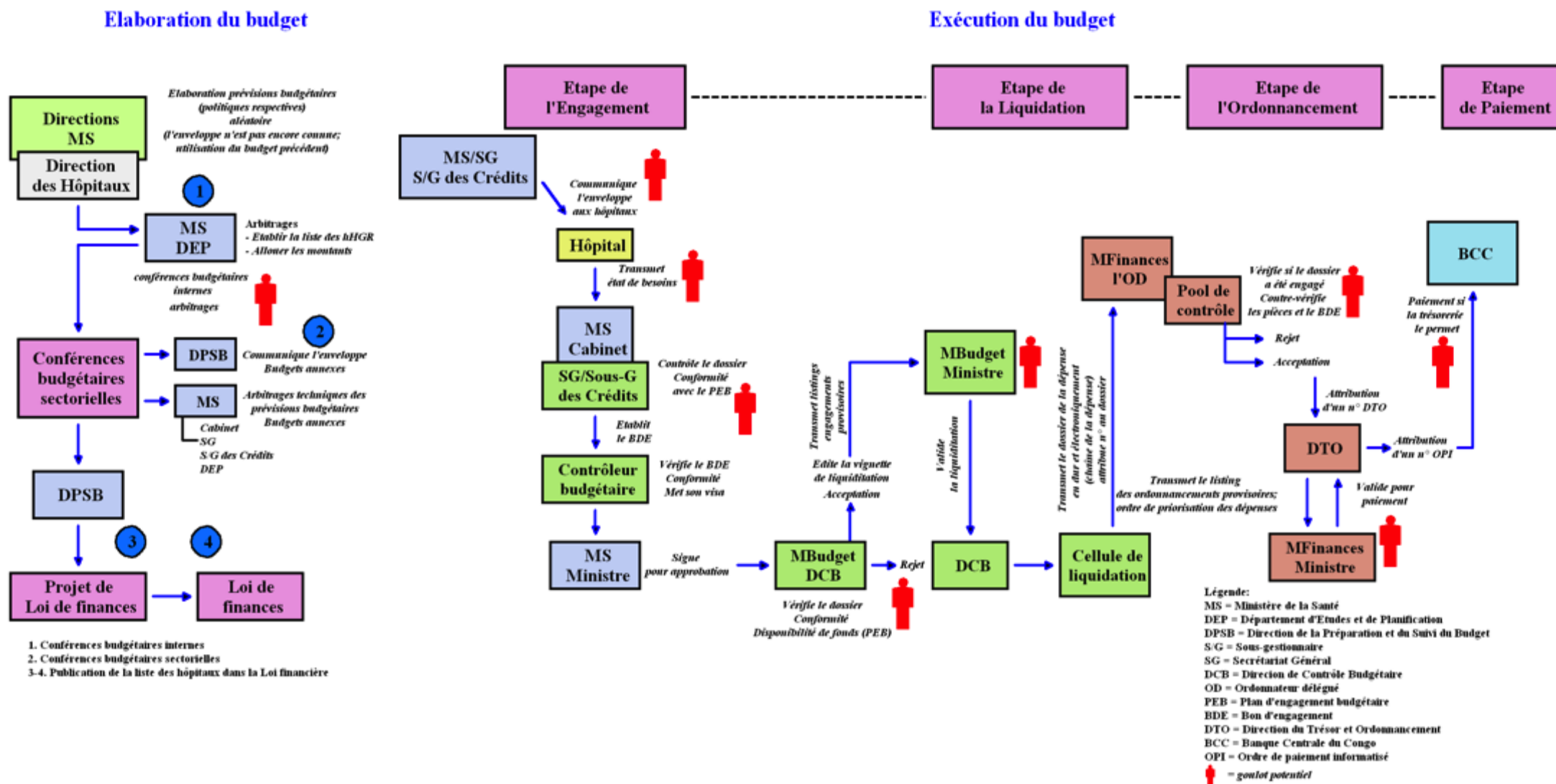
- *On soumet un PAO aux décideurs pour décision ; si celle-ci ne tombe pas, on se tait et on attend l'exercice suivant pour recommencer la même chose.*
- *Les problèmes de l'hôpital sont dans le PAO qui est déposé chaque année au BCZS. Ce dernier centralise et synthétise pour envoyer au ministère central (via la DPS). C'est dans le PAO que l'hôpital sollicite un financement du gouvernement central.*
- *Nous ne sommes pas dans le budget de l'Etat et n'avons jamais reçu un signe dans ce sens. Pourtant on nous avait demandé d'envoyer le numéro de compte de l'hôpital par le canal de la DPS.*

- Procédure à suivre pour obtenir un financement :
 1. *Elaboration du projet en besoins et objectifs précis.*
 2. *Trouver un partenaire (après avoir identifier l'appui)*
 3. *Expédition du projet au partenaire*
 4. *Attendre le feedback*
 5. *Si c'est positif, il y a financement*
 6. *Justification des dépenses*
 - *On dit que les allocations relèvent de la compétence du niveau national.*
 - *Depuis l'époque coloniale notre hôpital appartient à l'Etat ; il devrait donc être repris dans le budget de l'Etat. C'est clair.*
 - *Dans notre hôpital il n'y a pas de demande de financement. Tout se fait au niveau de la hiérarchie. Oui, l'hôpital est repris dans le budget de l'Etat car vers les années 1980 il y avait les frais alloués pour le fonctionnement de l'hôpital mais à présent il n'y en a plus.*
- Source : Questionnaires administrés aux MD et AGT (Maniema, Tshopo, Kasai-Oriental, Kongo-Central, Kwilu, Equateur, Bandundu, Nord-Kivu, Kinshasa et Sud-Ubangi)**

Entre 2014-16, les HGR qui ont pu bénéficier de paiements se trouvaient principalement à Kinshasa et au Kongo-Central. Toutefois, ils n'ont touché en moyenne qu'un tiers de leurs dotations. La proximité avec Kinshasa et le SG (MS) facilite le suivi et le contact avec le Sous-Gestionnaire (S/G) des Crédits. La plupart disent avoir été appelé par ce dernier pour les informer de la disponibilité des fonds dans le Plan d'engagement budgétaire (PEB); ils s'appuient aussi sur lui pour suivre leur dossier au niveau de la chaîne de la dépense (*être en contact permanent avec le S/G des Crédits pour l'évolution du dossier jusqu'à l'OPI*). Le recours systématique à des personnes interposées pour se faire une idée de l'avancement d'un dossier ou pour avoir accès à l'information n'est pas efficace. Cela confirme le dysfonctionnement du dispositif. Seulement 10% des HGR se trouvent dans le cercle périphérique de Kinshasa; les autres doivent se livrer à un véritable parcours du combattant.

Le circuit de la chaîne de la dépense ne garantit pas le décaissement automatique de la dotation. Les acteurs (MS, Ministère du Budget) évoquent de nombreux goulots d'étranglement qui rendent la dépense *de facto* incertaine (*la dépense est enchaînée*). Cette situation n'est pas une condition idéale pour subventionner les HGR d'une manière récurrente et constante. Le défi premier de la sélection équitable des HGR a été commenté. **(2.6.)** Au niveau de la chaîne de la dépense (engagement, liquidation, ordonnancement et paiement) les points de blocage potentiels sont nombreux et généralement imprévisibles. **(Encadré 18) (G14)**

Graphique 14. Goulots potentiels au niveau de la préparation et de l'exécution du budget (chaîne de la dépense)



Encadré 18. Goulots d'étranglement au niveau de la chaîne de la dépense

Au niveau de l'engagement (Ministère de la Santé)

1. *Le dispositif de communication et d'information (HGR ne sont pas informés, ignorent les procédures, etc.)*
2. *La transmission des états de besoin au SG (non informés, retards, dépassement, non conformité avec le PEB, etc.)*
3. *Le contrôle du dossier et sa conformité avec le PEB*

Au niveau de la liquidation (Ministère du Budget)

1. *La contre-vérification au niveau de la DCB (rejet pour dépassement, non-conformité, etc.)*
2. *Un blocage au niveau du Ministre du Budget (priorisation de la dépense, y compris ingérences politiques)*

Au niveau de l'ordonnancement (Ministère des Finances)

1. *Contre-vérification par le Pool de contrôle (OD) (rejet possible pour non conformité)*
2. *Un blocage au niveau du Ministre des Finances (problème de trésorerie, priorisation de la dépense, y compris ingérences politiques)*

Au niveau du paiement (Banque Centrale du Congo)

1. *Non exécution pour défaut de trésorerie ou priorisation de la dépense (ingérences politiques)*

La dépense contraignante, transférée dans les comptes des HGR est une piste à explorer. La simplification de la dépense serait un moyen plus efficace pour faire parvenir aux HGR leur dotation (en entier, à temps et régulier). Un transfert mécanique (comme les salaires), décaissé trimestriellement serait une alternative logique et sensée. Elle permettrait de surmonter les différents dysfonctionnements constatés (envoi laborieux des états de besoins, conformité avec le PEB, suivi des dossiers, interaction avec le SG, goulots dans la chaîne de la dépense, etc.). Un précédent dans le secteur de l'éducation (transfert mensuel de CDF45, 000 de frais de fonctionnement dans les écoles primaires envoyé avec les salaires) pourrait servir de modèle.

3. Pistes d'amélioration

3.1. Observations préliminaires

Portée de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'analyser la capacité de gestion financière des hôpitaux. Celle-ci apparaît routinière, documentée et intériorisée malgré les faiblesses. Elle pourrait donc servir d'assise institutionnelle à un financement public plus soutenu et permettrait d'introduire à l'intérieur même du système les conditions pour améliorer la transparence et la redevabilité dans la gestion des fonds. Cette approche ne peut que rendre plus efficace les pratiques financières en place; l'encadrement et la conditionnalité, l'adoption de procédures et formats budgétaires plus uniformes et donc plus traçables ainsi que le regard plus présent de l'Etat sont autant de facteurs qui consolideraient le cheminement vers un système de santé (plus) universel. Tout en gardant l'autonomie financière locale des HGR, l'Etat assumerait davantage son rôle régalien pour conduire sa politique de santé.

Encadrement et conditionnalité restent à préciser. Les pistes d'amélioration apportent quelques réponses à explorer (seuil minimal d'éligibilité pour recevoir des fonds publics, la conditionnalité de la dépense, etc.); un manuel de procédures devrait en définir les modalités d'utilisation allant de la priorisation, à la pertinence et à la justification.

Rôle des partenaires

Le gouvernement et le MS portent l'ultime responsabilité de l'action étatique. Les pistes d'action recommandées sont donc en premier lieu du ressort de l'Etat congolais. Toutefois, le paysage institutionnel complexe et ses défis endogènes majeurs nécessiteraient de la part des bailleurs des interventions plus stratégiques. Celles-ci accompagneraient les choix déjà faits pour en garantir la soutenabilité et le sens. Le financement public structurel des HGR en est une car il contribue à la mise en place d'une gestion financière responsable.

3.2. Sur le plan structurel

Constats

Sans une gestion maîtrisée des RHS toute stratégie de santé pourrait s'avérer une bataille perdue d'avance. La pléthore d'effectifs est un facteur déstabilisant pour les HGR. Elle installe et accentue l'inégalité au sein du personnel (*payés vs. non-payés*), érode les ressources propres (fonctionnement et investissement), constitue un défi opérationnel au quotidien (utilisation optimale des agents) et génère un gaspillage considérable de fonds publics (sous-utilisation systémique du personnel). La politique actuelle n'est pas tenable. Sur le plan financier, plus de 60% du personnel ne reçoit ni salaire ni prime de risque. Tôt ou tard leur régularisation se posera. La remise à la retraite (sans remplacement) pourrait en partie atténuer le choc.

Piste à explorer

Mettre en place une politique nationale de formation, de recrutement, d'engagement, de déploiement et de départ du personnel de santé, motivée par des besoins ressentis (réels et anticipés). Le seul moyen pour renverser la situation est

- d'adopter un plan national *opérationnel* décliné et harmonisé au niveau provincial
- de rationaliser, en amont, les formations médicales en conformité avec les besoins ressentis d'une province (et favoriser les formations qui répondent aux carences systémiques du secteur)
- d'établir des cartes sanitaires provinciales (qui recensent les besoins en formation, recrutement et déploiement pouvant mener à l'ouverture/fermeture de FOSA, là où c'est nécessaire)

3.3. Sur le plan technique

3.3.1. Gestion financière

Raisonnement

Les HGR gèrent à la fois des fonds publics (salaires, primes de risque et subventions de l'Etat) et des fonds propres (usagers). En vérité, les recettes venant des patients sont des fonds publics ; ils servent à financer un service de santé public et complètent l'action de l'Etat. A ce titre, les HGR leur doivent le même niveau de redevabilité. Par conséquent, les procédures de gestion financière, les documents administratifs et comptables devraient permettre à tout observateur/intervenant externe (appui, contrôle, recherche, collecte de données, etc.) d'avoir un accès facile et transparent à l'information.

Constats

L'analyse des circuits des recettes/dépenses, les budgets annuels et les pratiques de gestion comptable permet d'affirmer que les HGR ont acquis une technicité de gestion financière certaine. Ceci est le résultat d'années d'autofinancement et d'autogestion. L'étude a pu documenter les pratiques de gestion financière (circuits des recettes et de la dépense, calculs complexes de la clé de répartition/prime locale, disponibilité de pièces comptables, rapports financiers, etc.). Au moins 70% de la dépense (pour la prime locale) est transparente, elle est systématiquement justifiée par des fiches de paie signées. Généralement, les HGR ont intériorisé les règles et pratiques de gestion financière ; elles peuvent donc constituer le socle institutionnel pour gérer des fonds publics. Toutefois, la lisibilité et la transparence des documents administratifs et comptables peuvent être améliorées¹.

La gestion de la prime locale accentue l'inégalité salariale. Son calcul obéit plutôt à des critères de hiérarchisation sans tenir compte de la situation salariale des agents dont la plupart ne sont pas payés par l'Etat (*payés* vs. *non payés*). La réglementation ou l'uniformisation de la clé de répartition serait difficile à imposer. Les HGR n'ont pas les mêmes conditions opérationnelles et leur environnement est très varié. Toutefois, une gestion plus juste et équitable de la prime locale est une piste à envisager.

Pistes à explorer

- **Elaborer et disséminer un manuel simple qui réglemente et uniformise la gestion financière.** Ceci s'applique principalement à la standardisation des *listes déclaratives du personnel* et les *formats budgétaires*. Il revient des discussions menées avec le MS et les bailleurs que des modèles existent et circulent. Toutefois, les analyses des formats budgétaires et des rapports financiers des HGR confirment encore leur grande diversité. Il serait donc utile de collecter, revoir, simplifier et surtout adapter à l'environnement de l'hôpital les modèles existants afin de produire un modèle uniforme. Une des raisons que les modèles ne sont pas utilisés pourrait être leur éloignement des réalités locales.
- **Tenir une comptabilité séparée pour la gestion du stock des médicaments.** Ceci permettrait l'utilisation transparente de la pharmacie (bénéfice de la vente, dons et pérennisation du capital). Cette gestion devrait aussi inclure les intrants (labo, radio).
- **Incorporer toutes les ressources dans les budgets** (ressources propres et externes – notamment salaires et primes de risque, dons financiers et matériels, dons en médicaments)
- **Introduire et réglementer une gestion plus juste et équitable de la prime locale.** Une telle politique pourrait réduire l'écart salarial entre le personnel et atténuer l'injustice sociale.

3.3.2. Gestion de la dotation budgétaire

¹ Par exemple, utiliser des titres budgétaires (au lieu de lignes alignées pêle-mêle) ; avoir une nomenclature uniforme et clair; faire une juste répartition de la dépense (inclure les avantages accordés au personnel dans la rubrique 'charge du personnel'); éviter les abréviations (et utiliser une légende) ; détailler les recettes des abonnés (services utilisés), etc.

Constats

Du côté du MS

- **Seul un tiers des HGR est repris dans le budget de l'Etat.** L'analyse des listes dans les Budgets Annexes (2014-16) révèle surtout l'absence d'équité. Listes et montants alloués pour les dotations ne sont pas équitables. Le recours à des critères objectifs de sélection ne semble pas la norme.
- **Le dispositif de communication et d'information est dysfonctionnel.** L'accès à l'information est un parcours du combattant surtout pour les HGR éloignés de Kinshasa. Procédures, montants, etc. sont généralement inconnus.

Du côté des HGR

- **La plupart des HGR ont des comptes bancaires.**
- **Les ressources allouées aux dépenses d'investissement, de maintenance, d'entretien, d'hygiène, etc. est insignifiant (5%).** Tous les HGR signalent le défi de la vétusté des infrastructures, la difficulté pour maintenir/ remplacer le matériel. En général, les hôpitaux sont mal entretenus et les normes de propreté et d'hygiène ne sont pas respectées. Les hôpitaux sont des endroits très fréquentés; la pression sur leurs installations est constante.

Pistes à explorer

Du côté du MS

- **Appliquer les principes d'égalité et de proportionnalité.** Tous les HGR sont inscrits dans le budget de l'Etat. Les montants alloués sont calculés en fonction du nombre de lits et de la population desservie. Seuls les HGR qui ont un compte bancaire opérationnel sont éligibles. Ceci demande au préalable l'actualisation de la liste.
- **Informen en temps utile les HGR du montant de leurs dotations.** Les HGR seront contactés directement (par exemple, les circulaires sont adressées aux HGR en mettant en copie la DPS, le MIPS, etc. ; pas l'inverse).
- **Elaborer et disséminer un manuel de procédures simple sur l'utilisation de la dotation.** Ce manuel explique la procédure, la redevabilité (justifications), la pertinence et l'éligibilité de la dépense (priorisation, utilité, etc.)
- **Transférer les dotations directement dans les comptes bancaires des HGR.**

Du côté des HGR

- **Utilisation efficace de la dotation.** La subvention sert à compléter la partie maintenance/investissement du budget des HGR. A ce titre, l'éligibilité de la dépense sera limitée et bien définie. Elle devra répondre aux besoins réels et améliorer l'hygiène et la propreté dans les HGR.
- **Gestion responsable.** L'argent est transféré dans le compte du HGR et le rend redevable de son utilisation. Le HGR utilise son système comptable pour décider et justifier de la dépense. Le HGR suit le manuel de procédures. Le seuil minimal d'éligibilité pour recevoir des fonds publics inclut un compte bancaire opérationnel et, par la suite, l'application stricte du manuel de procédures.

3.3.3. La chaine de la dépense

Constats

Le circuit de la chaîne de la dépense ne garantit pas le décaissement automatique de la dotation. La dépense est donc *de facto* incertaine. Ceci n'est pas une condition idéale pour subventionner les hôpitaux d'une manière récurrente et constante

Piste à explorer

La simplification de la dépense serait un moyen plus efficace pour faire parvenir aux HGR leurs dotations. Une dépense contraignante (comme les salaires), décaissée trimestriellement, serait une alternative logique et sensée.

3.3.4. La performance et l'audit

Raisonnement et constat

L'efficacité et la conformité de la dépense publique sont un devoir citoyen. Toute utilisation de fonds publics mérite d'être évaluée. Toutefois, une politique de contractualisation de la performance doit être précautionneuse et s'inscrire dans l'environnement institutionnel local. Mesurer la performance n'est pas simple. Celle-ci doit être mesurable, objective et protéger les deux parties (évaluateur et évalué) contre toute tentative de manipulation.

Le climat institutionnel paraît peu propice pour mener des audits sous la seule conduite de l'Etat. La forte hiérarchisation du secteur (relations de pouvoir entre administrateur/administrés) nécessiterait des pistes alternatives d'évaluation/d'audit indépendant.

Pistes à explorer

- **Revoir/repenser la contractualisation de la performance.** L'évaluation pourrait porter sur des résultats visibles (et plus compliqués à biaiser). Par exemple, la propreté, l'hygiène, la maintenance, etc. au sein du HGR, la qualité de sa dépense, la conformité de sa gestion financière (avec le manuel de procédures), etc. Dans l'hypothèse où l'utilisation de la dotation est dédiée/limitée, une telle approche pourrait inclure des enquêtes de satisfaction auprès de la population bénéficiaire.
- **Le droit régalien de l'Etat d'évaluer l'utilisation des fonds publics pourrait être complété par des audits externes.** La piste de l'audit externe par des grandes firmes contractualisées par l'Etat serait à approfondir.