

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

COUR DES COMPTES



**RAPPORT D'AUDIT DES FONDS ALLOUÉS AU
SECTEUR DE LA SANTE
2006 à 2012**

JUIN 2013

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

COUR DES COMPTES



**RAPPORT D'AUDIT DES FONDS ALLOUÉS AU
SECTEUR DE LA SANTE
2006 à 2012**

JUIN 2013

Le présent rapport comprend un extrait de délibération sur le rapport de vérification, une introduction, une représentation succincte du Secteur de la Santé, des observations et des recommandations, par domaine de vérification ciblé ainsi qu'une conclusion générale.

Extrait de délibération sur rapport de vérification des fonds alloués au secteur de la santé publique en République Démocratique du Congo.

Conformément aux dispositions de l'article 180 de la Constitution et des articles 21, 25 et 32 de l'Ordonnance-Loi n°87-005 du 06 février 1987 fixant la composition, l'organisation et le fonctionnement de la Cour des comptes, le Président de la Cour des comptes, par lettre n°PCC/JLU/034 du 26 mars 2012 et l'ordre de mission n°039/PCC/JLU/2012 du 02 avril 2012, a diligenté une mission de vérification des fonds alloués au secteur de la santé publique en République Démocratique du Congo pour la période allant de 2006 à 2012.

La vérification s'est normalement effectuée en trois phases : la planification, l'examen et la rédaction du rapport.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapport public de la Cour.

Aux termes de l'article 33 de l'Ordonnance-Loi n°87-005 du 06 février 1987 fixant la composition, l'organisation et le fonctionnement de la Cour des comptes, la Cour publie, chaque année, un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Le présent rapport sur la vérification des fonds alloués au secteur de la santé publique en République Démocratique du Congo pour la période allant de 2006 à 2012 est un rapport public thématique dont les études ont été effectuées par le conseiller rapporteur SAPWE bin SAPWE avec l'assistance des auditrices Mesdames Odile NKOY MPUTU BOOTO, Déborah Béatrice MOFAMBALA YA NZAMBI et des vérificateurs, Messieurs BUTUKA MOYO, BOMPINI BALINGA.

Les rapports publics tant annuels que thématiques s'appuient sur les contrôles et les enquêtes conduits par les différentes missions de vérifications de la Cour des

comptes. En tant que de besoin, des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés. Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Le contenu des projets de rapport public est défini, et leur élaboration est suivie, par le comité des rapports suivant l'article 15 de l'Ordonnance-Loi n°87-005 du 06 février 1987 fixant la composition, l'organisation et le fonctionnement de la Cour des comptes. Enfin, les projets de rapport public sont soumis, pour adoption, à la Cour, siégeant en sections réunies. Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site web de la Cour des comptes :

www.courdescomptes.cd.

La Cour des comptes, toutes sections réunies, a délibéré et adopté le rapport public sur la vérification des fonds alloués au secteur de la santé publique en République Démocratique du Congo pour la période allant de 2006 à 2012, en son audience du 27 février 2013, à laquelle siégeaient : Messieurs : Président ai. : Ernest IZEMENGIA NSAA-NSAA ; Conseillers KALALA Mwana BANZA, KATENGA FOLO ALEMO, MADUDU FUMA, MBOYO EMPAL EMONZOY, MUKALENGE MUTEMUNAYI, ENGWANDA ELUMBA MEKO, BAKAMBU MORA MAVIOKA, BUKASA TSHIBUYI, MUBIAYI KABANTU, MUFASONI GAPANGU, BOKAKO MULA'NYALI, BWINO MUGARUKA, DIANTESA A BELI, MIATUDILA LUBAKI ; Conseiller rapporteur : SAPWE bin SAPWE ; Ministère Public : Procureur Général NKONGOLO TSHILENGU. Secrétaire Général : Conseiller KITAMBALA N'GBEZE.

Le Secrétaire Général

KITAMBALA N'GBEZE

Le Président ai de la Cour des comptes

Ernest IZEMENGIA NSAA-NSAA

I. Introduction

Conformément aux dispositions de l'article 21 de l'Ordonnance-Loi N° 87-005 du 06 février 1987 fixant la composition, l'organisation et le fonctionnement de la Cour des Comptes et donnant à celle-ci un pouvoir général et permanent de contrôle de la gestion des finances et des biens publics ainsi que de ceux de tous les établissements publics, le Président de la Cour, par sa lettre n° PCC/JLU/034 du 26 mars 2012 et l'Ordre de mission n° 039 /PCC/JLU/2012 du 2 avril 2012 (Annexe 1), a diligencé une mission de contrôle au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP).

Ladite mission portait sur l'audit des fonds alloués au Secteur de la Santé, c'est-à-dire sur l'examen de différents financements du Secteur de la Santé pour la période allant de 2006 à ce jour.

Compte tenu de multiples activités et/ou services au sein du MSP et de la complexité du Secteur de la Santé, l'Equipe de contrôle a ciblé les structures ci-après :

- **au niveau central** : le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général en tant qu'Entité et échantillon de ses services dont liste en Annexe 2 ;
- **au niveau intermédiaire** : les Cabinets des Ministres Provinciaux et les Inspections Provinciales de Santé, les Divisions Provinciales des Finances et du Budget des Provinces du Kasaï Oriental et Nord Kivu.

Cet échantillon a permis à l'Equipe de contrôle de faire les investigations tant à la phase de planification de la mission qu'à celle relative à l'examen sur pièces et sur place.

A l'issue de la phase de planification, l'Equipe de contrôle a identifié trois domaines d'examen ou sujets de vérification qui ont retenu son attention comme cela est consigné dans le Programme de vérification. Il s'agit de:

- l'organisation générale et le système de pilotage du Secteur de la Santé ;
- le personnel de la Santé ;
- le financement du Secteur de la Santé.

Les trois domaines de vérification retenus représentent des domaines potentiels de risques du Secteur de la Santé. Compte tenu de l'objet de la mission d'audit, l'Equipe de contrôle a focalisé ses travaux de la phase d'examen sur « **le financement du secteur de la santé** » et elle a porté également une attention particulière sur l'organisation de certaines structures importantes du Secteur qui concourent à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé en République Démocratique du Congo, lesquels font partie de l'échantillon retenu par l'Equipe.

S'agissant du financement du secteur de la santé pour la période sous revue, les principales vérifications ont porté sur les différents budgets, les aides bilatérales et multilatérales ainsi que les contributions des malades dans le but de relever la hauteur de tous les fonds alloués au secteur et de vérifier sur place et sur pièces, à travers cet échantillon des services retenus, l'utilisation faite des fonds mis à leur disposition.

Dans le but d'orienter ses travaux de vérification et d'atteindre les résultats escomptés, l'Equipe de contrôle a formulé les objectifs et les critères ci-après :

Objectif 01 : S'assurer du financement efficace du secteur de la santé en République Démocratique du Congo par le Gouvernement et les partenaires au développement.

Critères

- Le Gouvernement doit participer au développement du secteur de la santé en prenant en compte le budget dudit secteur dans l'élaboration et l'exécution du budget général de la République conformément aux dispositions de la Loi N°11/011 DU 13 juillet 2011 relative aux finances publiques ;
- Le Gouvernement doit contribuer au financement du secteur de la santé conformément aux conventions internationales ratifiées par la République Démocratique du Congo, notamment, celle d'Abuja recommandant aux Etats membres d'allouer 15% de leurs ressources au budget du Secteur.
- Les partenaires au développement (bailleurs des fonds) doivent financer le secteur de la santé conformément aux accords de financement signés conjointement avec le Gouvernement.
- Les Centres de Santé et les Hôpitaux doivent reverser 5 à 10% de leurs rentrées financières aux Bureaux Centraux des Zones de Santé qui eux-mêmes doivent en faire autant pour le niveau provincial, et celui-ci pour le niveau national au titre de frais « de survie » (Source : Plan de Développement Sanitaire).
- Le Trésor Public doit rétrocéder aux différents services générateurs des recettes du secteur de la santé...

Objectif 02 : S'assurer que les différents services du Secteur de la Santé procèdent à la bonne utilisation des fonds mis à leur disposition.

Critères

- Chaque entité ou service du secteur de la santé doit mettre en place des mécanismes fiables devant servir à la bonne gestion des fonds alloués conformément aux lois et règlements (Règlement Général de la Comptabilité en République Démocratique du Congo).
- Chaque entité ou service du secteur de la santé doit utiliser les fonds reçus conformément aux lois et règlements (Instructions relatives à l'exécution du budget, Loi sur les marchés publics, clauses de différents accords de financement signés)

Composition de l'Equipe de contrôle

L'Equipe de contrôle était composée de :

- Monsieur Norbert SAPWE bin SAPWE, Magistrat, Chef de Mission ;
- Madame Odile NKOY MPUTU BOOTO, Auditeur, Membre ;
- Madame Déborah Béatrice MOFAMBALA YANZAMBI, Auditeur, Membre ;
- Monsieur Aimé BUTUKA MOYO, Vérificateur, Membre ;
- Monsieur BOMPINI BALINGA, Vérificateur, Membre.

Supervision

La supervision de la mission était assurée par le Magistrat Samuel MADUDU FUMA, Conseiller-Coordonnateur.

Durée de la Mission

Devant débiter le 26 mars 2012, la durée de la Mission n'était pas déterminée à l'avance.

Difficultés rencontrées

Compte tenu de la complexité du Secteur de la Santé et de la période couverte par la vérification (de 2006 à 2012), l'Equipe de contrôle s'est trouvée confrontée aux contraintes ci-après :

- **Contraintes liées au temps :**

a. Au niveau central, les investigations sur terrain, ont été perturbées de temps en temps par d'autres activités liées à l'exécution du Plan Stratégique de l'ISC, notamment les ateliers de formation, les travaux de certains rapports à finaliser.

b. Au niveau intermédiaire, l'examen de la gestion des fonds alloués au Secteur de

la Santé des deux Provinces ne pouvait pas s'effectuer dans un délai court de 10 jours car il fallait considérer le temps de production des documents (données) ainsi que celui de leur exploitation pertinente. C'est la raison pour laquelle, les Equipes de contrôle n'ont pas été en mesure d'entrer en possession de tous les documents demandés dans les réquisitions déposées auprès de différentes structures du Secteur de la Santé des Provinces du Nord Kivu et du Kasaï Oriental. Elles n'ont pas pu non plus exploiter sur place tous les autres documents qui étaient mis à leur disposition.

Les travaux de vérification se sont effectuées essentiellement dans les Villes de Mbuji-Mayi et de Goma. Les Missions ne se sont pas rendues dans les districts Sanitaires et dans les Zones de Santé des Provinces qui, pourtant, représentent les structures les plus appuyées par les partenaires.

- **Contraintes liées au travail**

A l'issue de la phase de planification, l'Equipe de contrôle a identifié un échantillon des Provinces qui devaient faire l'objet des vérifications sur pièces et sur places selon la cartographie des risques élaborée.

Les deux Provinces du Nord Kivu et Kasaï Oriental, pré-choisies par la hiérarchie et les Organismes, ne constituaient pas un échantillon représentatif, par rapport auxdits risques.

2. Présentation succincte du Secteur de la Santé

L'amélioration de l'état de santé des populations dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, par la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, en synergie, avec les autres objectifs nationaux de la santé, constitue à la fois un objectif économique et social de développement d'un Pays.

En République Démocratique du Congo, l'objectif spécifique du Secteur de la Santé tel que défini dans le Document Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté consiste à assurer les soins de santé primaires de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, en vue de combattre les grandes endémies telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la trypanosomiase, les maladies transmissibles etc.

2.1. Evolution historique du système de santé de la République Démocratique du Congo (RDC)

A son accession à la souveraineté nationale et internationale, la RDC hérite d'un système de santé basé essentiellement sur des hôpitaux et dispensaires appuyés par des équipes mobiles de lutte contre les grandes épidémies.

Les multiples crises politiques et l'effondrement progressif de l'économie du pays vont conduire à la diminution des hôpitaux et dispensaires en équipements et à la rupture de l'approvisionnement en médicaments entre le niveau central et les points d'utilisation.

Le Manifeste de la santé et de bien-être fut publié en 1968. Ce document soulignait le besoin de la restructuration du système de la santé. Pour ce faire, il fut créé, en 1973, le Conseil National de la Santé et du Bien-être qui était chargé de la conception, de l'orientation et du contrôle de la politique sanitaire nationale.

Les années 1970 sont caractérisées par le développement des expériences en médecine communautaire dans certaines provinces. Cette expérience donnera naissance aux premières unités décentralisées qui associaient la population à leur fonctionnement : les Zones de Santé.

En 1975, la première conférence nationale sur la médecine communautaire sera organisée sous l'impulsion des réseaux confessionnels (catholique et protestant). Le Plan d'Action Sanitaire 1982 – 1986 et le Programme de Réhabilitation Economique de 1983 – 1986 pousseront les autorités politiques à consacrer la Zone de santé comme unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre de la nouvelle politique axée sur la stratégie des soins de santé primaires.

En 1984, la RDC achève la définition de sa politique et sa stratégie dans le domaine de la santé et adhère à la Charte de développement sanitaire en Afrique, et l'année 1985, voit le pays délimité en Zones de Santé.

La Période de 1993 à 2005 se caractérise par des aides humanitaires et des opportunités manquées à cause du changement du régime politique en mai 1997. Cette situation a permis de faire une remise en question de l'ensemble de la vie nationale. On a alors connu l'organisation de plusieurs forums, tels que :

- Les états généraux de la santé, en décembre 1999 ;
- Le colloque SANRU, en 2003 ;
- La Table Ronde de la Santé, en mai 2004.

Le système de santé actuel ainsi que les structures sont désarticulés et présentent des faiblesses. Pour faire face à ce problème, le Ministère de la Santé Publique est engagé dans un processus de réforme structurelle et de planification stratégique. Dans cette optique, il a adopté la Stratégie de Renforcement du Secteur de la Santé (SRSS), première et deuxième édition, et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la mise en œuvre de cette stratégie qui se fixent comme

objectif l'amélioration de l'offre et l'utilisation des soins de santé de qualité par l'ensemble de la population congolaise.

A ce jour, le secteur de la Santé s'est doté de deux outils (PNDS & SRSS).

2.2. Cadre juridique

Pour exercer ses attributions, le Ministère de la Santé Publique dispose de plusieurs instruments juridiques, notamment :

- **Mandat**
 - Constitution de la République Démocratique du Congo, Articles 68 et 91, alinéa 5 ;
 - Ordonnance n° 07/017 du 03 mars 2007 portant Organisation, Fonctionnement du Gouvernement ainsi que les Modalités Pratiques de Collaboration entre le Président de la République, le Gouvernement ainsi qu'entre les Membres du Gouvernement ;
 - Ordonnance n° 07/018 du 16 mai 2007 fixant les attributions des Ministères.

Attributions du Ministère de la Santé Publique

- Organisation, création et contrôle des services publics médicaux et pharmaceutiques ;
- Organisation de l'Enseignement Technique Médical du niveau secondaire (Ecole d'Infirmiers A2) ;
- Agrément et contrôle technique des Etablissements privés médico-sanitaires, pharmaceutiques, laboratoires et d'enseignement médical technique ;
- Hygiène et santé publiques ;
- Inspection, prévention sanitaires et médicales et actions médicales humanitaires ;
- Police sanitaire aux frontières (quarantaine humaine internationale) ;
- Organisation, réglementation et promotion de la médecine traditionnelle y compris les domaines des plantes médicinales ;
- Avis préalable à l'agrément des ONG, ASBL du secteur de la Santé ;
- Organisation du système de Santé ;

- Gestion du personnel mis à sa disposition ;
- Elaboration du programme de formation du personnel de Santé en collaboration avec le Ministère de l'ESU ;
- Elaboration des normes relatives à la salubrité du milieu humain en collaboration avec le ministère de l'environnement ;
- Elaboration des normes relatives à la Santé ;
- Analyse et contrôle des aliments, des médicaments et des produits phytosanitaires ;
- Collaboration avec l'ordre des médecins, l'ordre des pharmaciens et les autres associations de professionnels de santé pour l'assainissement du milieu médical ;
- Contrôle des produits cosmétiques et d'hygiène corporel ;
- Collaboration avec le Ministère de l'Agriculture et de l'Environnement.

2.3. Cadre organisationnel

En République Démocratique du Congo, le secteur de la Santé est géré par le Ministère de la Santé qui est structuré en trois niveaux, à savoir :

- le niveau central ;
- le niveau intermédiaire ;
- le niveau périphérique.

2.3.1. Le niveau central

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre de la Santé Publique, du Secrétariat Général à la Santé Publique dont l'Administration compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés de lutte contre la maladie ainsi que les Hôpitaux Nationaux.

Il a une responsabilité normative et de régulation de prestation des soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives et il assure un appui conseil, de contrôle de conformité ainsi que le suivi de la mise en œuvre en Provinces.

2.3.2. Le niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire compte 11 Inspections Provinciales de la Santé, 65 Districts Sanitaire, des Hôpitaux Provinciaux.

Il assure un rôle d'encadrement technique, de suivi et de traduction des directives, des stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé. Il offre également, à travers l'Hôpital, les soins de santé de référence secondaire.

2.3.3. Le niveau périphérique ou opérationnel

Le niveau périphérique comprend théoriquement 515 Zones de Santé avec 393 Hôpitaux Généraux de Références et 8504 aires de santé planifiés dont 8266 disposent d'un Centre de Santé.

Il est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire.

Il est à noter que le Centre de Santé a pour mission d'offrir les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA) à la population, tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé.

2.4. Caractéristiques du système de Santé

Le système de Santé en République Démocratique du Congo renferme les caractéristiques suivantes :

2.4.1. L'approche sélective des problèmes de santé par des humanitaires qui accordent priorité aux interventions de lutte contre certaines maladies, dites les plus meurtrières. Ceci se traduit par la création au niveau international d'une série des Programmes sélectifs et des fonds d'appui aux problèmes spécifiques de Santé. Cela a contribué à la déstructuration du système de santé en République Démocratique du Congo.

Sur le plan interne, l'organisation actuelle du niveau central du Ministère de la Santé Publique avec 13 Directions Centrales et 52 Programmes ne permet pas une meilleure coordination par le Secrétariat Général et cet état des choses conduit aux chevauchements dans les missions et les attributions desdites Directions et Programmes Spécialisés.

2.4.2. Les Stratégies de survies individuelles et institutionnelles prévalent depuis des décennies avec un impact négatif sur le fonctionnement des institutions. Cela a conduit à la multiplication, en ce qui concerne le Ministère de la Santé, des structures de formation et de prestation des soins. A titre illustratif, le nombre des diplômés des ITM est passé d'une moyenne annuelle d'environ 1500 entre 2001 et 2005 à environ 3000, entre 2007 à 2009.

2.4.3. La tendance, au niveau intermédiaire, de multiplier le nombre de bureaux, imitant de la sorte les tâches des Directions centrales. A cela s'ajoute la création des coordinations et la désignation des points focaux des Programmes Spécialisés.

2.4.4. Au niveau opérationnel, les hôpitaux évoluent individuellement et font concurrence aux Centres de Santé.

Le système de Santé est caractérisé par la désintégration qui se traduit par la désarticulation de ses éléments, l'exercice anarchique des activités de santé, la production de services de santé de qualité douteuse, la déshumanisation des services de santé.

2.5. Problèmes du système de Santé et leurs causes éventuelles

Les problèmes du système de Santé en République Démocratique du Congo sont multiples et à la dimension de cette entité gigantesque, dont on peut, entre autres, à titre indicatif énumérer :

2.5.1. Problèmes liés à la longue période caractérisée par la situation d'urgence

Les situations d'urgence ont conduit les acteurs du secteur de la Santé à faire tout et, tout, tout de suite. Elles ont occasionnée les interventions faites de manière disparate sans suivre une démarche cohérente. Il en résulte les conséquences ci-après :

- la substitution des structures de l'Administration de la Santé chargées de la mise en œuvre des activités par les Organisations non Gouvernementales ;
- la mise en place des circuits parallèles d'approvisionnement en médicaments qui concourent à la fragilisation du système national ;
- la mise en place des plusieurs circuits d'informations sanitaires avec comme résultat que chaque Centre de Santé a désormais près de 40 canevas de rapports mensuels à remplir ;
- la multiplication des infrastructures qui ne répondent à aucune logique de rationalisation de la couverture sanitaire qui ont une influence néfaste sur la qualité des soins. Par leur inefficience, elles ont également comme conséquence, des effets à long terme sur la durabilité du système, du point de vue économique et technique.

2.5.2. Absence d'un cadre de référence correcte pour la définition des services de Zone de Santé.

- la séparation des responsabilités entre la gestion de l'hôpital et de la Zone de Santé (médecin chef de l'hôpital et médecin chef de Zone de Santé)

constitue un élément déstructurant du système de la Santé, l'hôpital devant être un élément structurant de la Zone de Santé et comme structure chargée de l'appui au développement des services de 1er échelon ;

- la mise en place, au niveau des Centres de Santé, des activités de contrôle des maladies segmentées en relation avec des Programmes prioritaires financés par des partenaires fait disparaître la notion d'intégration, de globalité et de continuité qui caractérisent les soins de santé primaire. De ce fait, la supervision est vidée de son contenu en tant que instrument de formation continue visant un renforcement global des capacités du personnel soignant ;
- les services de la Zone de Santé ne travaillent pas de manière intégrée en dépit des fonctions spécifiques et complémentaires. Il y a nécessité de développer les Zones de Santé et tous les acteurs du secteur de la Santé devraient avoir une vision commune sur la stratégie à mettre en œuvre en vue de développer les Zones de Santé. Etc.

3. Observations et recommandations

Avant d'en arriver au développement sur les moyens alloués au Secteur de la Santé Publique, il sied, au préalable, compte tenu de l'importance des problèmes et de leur impact sur l'ensemble de la structure, de déterminer et/ou analyser l'organisation et le pilotage des structures (suivant l'échantillon précité), bénéficiaires desdits fonds ainsi que l'organisation et la gestion du personnel de la Santé assujettis à la mise en œuvre des politiques arrêtées

3.1. Organisation et système de pilotage des structures du Ministère de la Santé Publique audités

La vérification, menée sur base des interviews, revues analytiques, corroborations et visites des lieux, a principalement dégagé, dans le cadre de l'organisation et le système de pilotage de nombreuses structures ci-haut énumérées, une série des problèmes liés :

- à la gouvernance du secteur ;
- aux médicaments et intrants spécifiques ;
- aux infrastructures et aux équipements ;
- aux prestations de services et soins de santé.

Comme les faiblesses et lacunes suivantes:

- **L'absence du leadership du Ministère de la Santé sur le secteur dû à la baisse quasi constante de la part du budget de l'Etat consacré à la Santé, avec pour conséquences :**
 - la perte par le Ministère de la Santé d'une bonne part de son autonomie pour décider, orienter et conduire la Politique Nationale de Santé ainsi que les Politiques sous sectorielles ;
 - l'insuffisance de la coordination des bailleurs qui interviennent dans le secteur par insuffisance des cadres nationaux compétents qui soient à mesure d'assumer cette coordination en fonction des politiques et stratégies clairement définies ;
 - un certain manque de contrôle du Ministère sur le financement du secteur mettant les responsables du secteur dans des conditions où ils ne savent

pas au début de chaque exercice budgétaire, l'importance des ressources dont ils vont disposer et leur provenance pour réaliser la Politique Nationale de Santé. Ce qui rend aléatoire tout exercice de planification à long terme ;

- le modèle conceptuel du système de Santé basé sur la Zone de Santé comme unité opérationnelle se trouve ainsi fortement perturbé par d'autres modèles à travers lesquels les bailleurs des fonds véhiculent leur financement.
- **Les faiblesses dans le domaine d'approvisionnement et de distribution de médicaments se présentant ainsi :**
 - l'absence d'appropriation du Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SNAME) mis en place en 2002 par le Ministère de la Santé et ses partenaires pour la coordination de toutes les actions liées à l'approvisionnement et la distribution des médicaments, la part la plus importante des ressources extérieures destinées aux médicaments empruntant même un circuit autre ;
 - l'inexistence de la définition des besoins du Pays en médicaments favorisant ainsi la non maîtrise du domaine par le Gouvernement ;
 - la coexistence de plusieurs circuits d'approvisionnement et de distribution des médicaments aux côtés du Système national d'approvisionnement ;
 - la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires ainsi que l'accessibilité financière des populations aux médicaments n'est pas garantie ;
 - la production locale est très faible, environ 10,00 % des médicaments consommés en RDC.
- **Quant aux infrastructures et aux équipements, les problèmes prioritaires épinglés sont :**
 - la vétusté et l'étroitesse des bâtiments abritant une plus grande partie des services administratifs et ceux de santé à tous les niveaux du Secteur de la Santé;
 - l'inadéquation entre les infrastructures existantes et les normes sanitaires ;
 - la vétusté des équipements de certains services administratifs des santés

D'où quelques observations et recommandations suivantes :

3.1.1. Plusieurs Etablissements des Sciences de Santé sont peu viables

La Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé a pour mission principale d'organiser la formation des professionnels de santé du niveau secondaire (A2) compétents en vue d'assurer à la population les soins de santé de qualité susceptibles de réduire la morbidité et la mortalité.

Pour ce faire, elle a comme attributions :

- élaborer les normes de fonctionnement et d'agrément des Etablissements d'enseignement des sciences de santé ;
- mobiliser les ressources nécessaires pour l'équipement et matériels desdits Etablissements ;
- organiser les inspections et les évaluations de tous ces Etablissements.

Des missions relatives aux états des lieux (enquêtes de viabilité) organisées en 2009 et financées par la CTB ont permis à la Direction de regrouper les Etablissements des Sciences de Santé en quatre catégories, à savoir :

- les Etablissements agréés ;
- les Etablissements autorisés ;
- les Etablissements non autorisés, c'est-à-dire ceux fonctionnant sans aucun acte juridique mais ayant entamé le processus d'agrément au niveau de la Direction ;
- les Etablissements non reconnus par la Direction et fonctionnant clandestinement et irrégulièrement.

Pour contribuer à l'amélioration de l'assainissement environnemental de ces Etablissements, le Ministre a suspendu depuis quatre ans les agréments des IEM et ITM et la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé a entrepris des actions relatives :

- à la mise en place du Jury National pour décourager les Etablissements peu viables,
- à la sensibilisation de l'autorité politique ;
- et à la dénonciation des Instituts Techniques Médicaux non viables.

Malgré cela, la Cour des comptes remarque la prolifération continuelle des Etablissements des Sciences de Santé qui ne remplissent pas les critères établis par la loi et œuvrant à ciel ouvert, en dépit du moratoire du Ministre de la Santé ainsi que des différentes mesures précitées prises par la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé. Cette situation qui est à la base de l'inflation des diplômés

dans le Secteur de la Santé, a pour conséquences le pléthore du personnel dans l'Administration et la multiplication des structures des soins de santé de moindre qualité, dans la plupart des cas. Elle risque d'hypothéquer l'atteinte des objectifs de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé qui repose sur les soins de santé primaires.

La Cour conclut que très peu d'Etablissements sont viables et cette situation est due au non-respect des lois et règlements par les promoteurs des Etablissements des Sciences de Santé ainsi que l'absence des sanctions de la part de l'autorité compétente.

Il y a donc un sérieux problème de pilotage au sein du Ministère de la Santé qui nécessite l'implication des autorités du Secteur ainsi que la prise des mesures efficaces et correctives, notamment l'application stricte des lois et règlements.

3.1.2. Les postes de contrôle au niveau du Programme d'Hygiène aux Frontières ne sont pas dotés des ressources conséquentes.

Le Programme National de l'Hygiène aux Frontières est un service du Ministère de la Santé Publique relevant directement du Secrétariat Général. Il a comme mandat de contribuer à la protection de notre Pays contre la propagation internationale des maladies et l'aider à lutter contre tout événement pouvant être une Urgence de Santé Publique de portée internationale (USPPI). De ce fait, il est le point focal de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en République Démocratique du Congo, chargé de l'application sans faille dudit règlement.

A ce titre, le Programme National de l'Hygiène aux frontières est doté de quatre-vingt points de contrôles au niveau des postes d'entrées et de sorties, à travers tout le pays, dont dix-sept seulement ont été retenus comme étant viables. Il ressort cependant des entrevues réalisées avec les personnes clés du Programme que mêmes les dix-sept points retenus ne sont pas dotés de principales capacités, en termes de ressources humaines, financières et matérielles, comme l'exige le Règlement Sanitaire International ratifié par le Pays en 2007. Elle a également constaté l'inadéquation de la réglementation nationale, aux exigences de l'application du Règlement précité, ainsi que l'absence d'une autonomie administrative et financière devant lui permettre non seulement de rendre compte à la hiérarchie mais également de coordonner efficacement toutes les actions au niveau des frontières.

L'absence d'une organisation efficace au niveau des postes aux frontières expose le Pays aux épidémies et à toute sorte des maladies.

La Cour note que la République Démocratique du Congo n'est pas suffisamment protégée sur le plan épidémiologique suite aux limites manifestées par le Programme. Elle formule les recommandations suivantes auprès du Gouvernement :

- la République Démocratique du Congo doit obtenir une adéquation de la réglementation nationale aux exigences de l'application du Règlement Sanitaire International ratifié par notre Pays en 2007 ;
- à l'instar d'autres Pays comme le Sénégal, l'Algérie, que ce Programme soit transformé « en Agence Nationale de Contrôle Sanitaire aux Frontières ». Cela lui permettra d'acquérir une autonomie administrative et financière pour lui assurer non seulement de rendre compte à la hiérarchie mais également de coordonner efficacement toutes les actions du niveau central aux différentes frontières ;
- eu égard au Règlement Sanitaire International, que tous les 17 points indiqués de contrôle sur les 80 existant sur toute l'étendue de la République Démocratique du Congo soit, d'ici 2014, dotés de principales capacités, comme exigé par ledit règlement pour la réalisation de ses missions ;
- le réajustement de l'enveloppe de la subvention accordée au Programme, au titre des frais de fonctionnement pour toutes ses structures tel que prévu par les premiers textes légaux.

3.1.3. Existence des plusieurs circuits d'approvisionnement en médicaments et des Etablissements pharmaceutiques peu viables

La mission principale de la Direction de la Pharmacie consiste à garantir la bonne qualité des médicaments aux populations. Il ressort des entrevues réalisées avec les responsables de la Direction que cette dernière est limitée devant la prolifération des Etablissements Pharmaceutiques qui opèrent, parfois, sans remplir les conditions requises et l'existence de plusieurs circuits d'approvisionnement en médicaments non conformes à toute la réglementation en la matière.

La Cour souligne ce désordre entretenu au vu et au su des autorités compétentes. A l'allure où vont les choses, l'on note que l'objectif fixé par la Stratégie des Renforcements des Structures de Santé relatif à l'amélioration de l'offre et l'utilisation des soins de santé par l'ensemble de la population ne soit atteint d'une manière effective. Elle invite par conséquent, le Ministre de la Santé en tant que responsable du Secteur ainsi que le Secrétaire Général qui est chargé de l'impulsion des services dudit Secteur, de s'investir efficacement pour assainir l'environnement lié à cette question.

3.2. Le personnel de la Santé

Les données sur les ressources humaines pour le secteur de la Santé en République Démocratique du Congo sont fragmentaires.

Seules les données du secteur public et confessionnel sont disponibles. Il n'existe pas des données relatives au secteur privé et celles des entreprises qui organisent des services de Santé.

Les principaux problèmes liés aux ressources humaines du secteur de la Santé se résument de la manière suivante :

- la surproduction des ressources humaines pour la Santé : la prolifération des établissements d'enseignements de sciences de la santé créant ainsi une inflation des diplômés, avec comme conséquences le pléthore du personnel dans l'Administration et la multiplication des structures des soins de santé de moindre qualité, dans la plupart des cas ;
- l'instabilité du personnel de santé lié à la modicité des salaires payés par la Fonction Publique. Le personnel de santé se trouve dans une recherche continue du plus offrant et c'est ce qui crée les migrations internes et externes. Cette situation menace l'offre et la qualité des soins et entretient l'inégalité dans la répartition de ces dernières entre provinces et dans une même province entre le milieu urbain et rural ;
- la gestion de carrières des ressources humaines est déficiente car les besoins en ressources humaines ne sont pas connus d'où l'inadéquation entre les postes et les profils des personnes ;
- le système de formation continue est déficitaire par manque des documents normatifs et les outils de suivi et évaluation.

D'où les quelques observations et recommandations ci-après :

3.2.1. Plusieurs affectations du personnel dans les différentes structures auditées du Secteur de la Santé ne le sont pas à la demande des structures

Le pléthore au Secteur de la Santé est l'une de ses faiblesses comme pour les autres administrations en République Démocratique du Congo. Cependant, il ressort, des entrevues réalisées avec les responsables des structures précitées, à tous les niveaux, et de nombreuses visites des lieux, que certaines affectations faites en faveur de leurs services respectifs ne découlent pas de besoins qu'ils ont exprimés et souvent elles le sont sans tenir compte des profils des emplois à exercer.

Par contre, certains besoins réels en personnel exprimés par les services ne sont pas satisfaits et des explications ne leur sont pas données.

La Cour fait observer cette manière de procéder qui occasionne l'accroissement inutile des effectifs ne garantit pas le rendement individuel et la réalisation des performances dans les structures qui concourent à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé. La procédure admise doit être respectée.

3.2.2. Le corps des Inspecteurs au Secrétariat Général à la Santé Publique n'est pas utilisé d'une manière efficiente

Le Corps des Inspecteurs du Secrétariat Général à la Santé a pour mission d'auditer, de contrôler et d'effectuer les inspections du Secteur de la Santé. Il doit veiller également à l'application des instructions du Ministère à tous les niveaux du Secteur.

Les principes généraux de bonne gestion exigent que l'entité se dote de structures qui soient en mesure de lui permettre d'atteindre avec efficacité les objectifs fixés. Les tâches dévolues à chaque structure doivent être clairement définies de manière à éviter le conflit des compétences entre les services.

Partant de ces principes généraux, la Cour a relevé à travers les entrevues et l'exploitation des documents mis à sa disposition l'existence de plusieurs services d'inspection au sein des structures du Secteur de la Santé, notamment, aux Directions de la Pharmacie, de l'Enseignement des Sciences de Santé, du Programme d'Hygiène aux Frontières, de la Cellule Technique au Secrétariat Général à la Santé Publique, qui sont censés faire le même travail que celui du Corps des Inspecteurs. Cette situation va à l'encontre des principes des bonnes gestions, évoquées ci-haut, qui recommandent la répartition des tâches entre les structures d'une entité qui doit se faire dans le seul but de la recherche de l'efficacité, c'est-à-dire de l'atteinte des résultats escomptés avec efficacité et économie.

En outre le Corps d'inspecteurs, équivalent d'un service d'audit interne du Secteur de la Santé de par ses attributions, n'a pas les moyens de sa politique. C'est-à-dire :

- il n'est pas doté de ressources nécessaires pour la réalisation de sa mission, en termes d'appui du Gouvernement et celui des partenaires ;
- l'inexistence des plans d'actions annuels et les quelques audits effectués pour la période sous contrôle le sont à la demande du Secrétariat Général ou des bailleurs des fonds ;
- il fonctionne sur base d'un arrêté provisoire de 2003, en l'absence d'un cadre juridique efficace ;
- son rattachement au Secrétariat Général, au même titre que la Cellule Technique précitée ne lui favorise pas son expansion.

La sous - utilisation du Corps d'Inspecteur, dont les contrôleurs ne sont pas du reste formés en cours d'emploi, a comme conséquence le dérèglement actuel du Secteur de la Santé, notamment, en ce qui concerne la prolifération des Etablissements des Sciences de Santé et Pharmaceutiques ainsi que des Structures Sanitaires peu viables, l'existence des plusieurs circuits d'approvisionnement en médicaments, la mauvaise tenue de la comptabilité des fonds reçus par les structures Etc.

La Cour fait remarquer que, bien que constitué de cadres compétents issus de différentes structures du Secteur de la Santé, le Corps des Inspecteurs paraît être, d'une part, un garage regroupant des cadres dont la hiérarchie s'est débarrassés ou, d'autre part, ce Corps serait victime du manque d'intérêt des dirigeants d'asseoir un bon système de contrôle interne efficace visant l'atteinte des résultats fixés et susceptible d'apporter la transparence dans la gestion ainsi qu'une meilleure définition des responsabilités, par un service d'audit interne réellement opérationnel au sein d'une Entité.

Par conséquent, la Cour des comptes invite la hiérarchie de rendre le Corps d'Inspecteurs opérationnel car il représente une structure importante devant aider non seulement les responsables à tous les niveaux de la pyramide du Secteur de la Santé à rendre comptes mais également de les accompagner, à travers les structures, dans la mise en œuvre effective, une fois de plus, de la Politique Nationale de la Santé.

Elle demande également à la hiérarchie de clarifier les relations techniques et les attributions entre les différentes structures afin d'éviter les chevauchements.

3.3. Financement du secteur de la Santé

Le financement du Secteur de la Santé en République Démocratique du Congo repose principalement, comme évoqué à l'introduction, sur :

- le Budget de l'Etat ;
- les recettes internes ;
- l'appui des Bailleurs des fonds.

3.3.1. Budget de l'Etat

Financement par le Gouvernement Central

La Direction de la Reddition Générale des comptes (DRGC) et le Ministère de la Santé Publique/DEP ont fourni les informations sur l'évolution des données budgétaires qui ont servi à l'élaboration des tableaux n°1, n°2, n°3, n°4, n°5 ci-après.

Tableau n°1 : Evolution du Budget de l'Etat et du MSP selon la Direction de la Reddition Générale des Comptes 2006 à 2012 (en CDF)

Année	Budget global			Budget Santé				
	Budget global	Exécution Budget global	Taux Exécution Budget global	Budget alloué à la Santé	Exécution Budget Santé	Taux Budget alloué à la Santé	Taux Exécution Budget Santé sur Budget alloué	Taux Exécution Budget Santé sur exécution Budget global
2006	1 039 561 000 000,00	1 018 428 839 535,07	97,96%	41 848 168 202,00	32 062 792 054,35	4,02%	76,61%	3,14%
2007	1 370 309 606 010,00	960 151 174 537,10	70,06%	48 187 723 186,00	35 782 967 255,88	3,51%	74,25%	3,72%
2008	1 781 415 163 097,00	1 524 684 863 711,72	85,58%	53 790 965 198,00	60 952 077 911,00	3,01%	113,31%	3,99%
2009	2 922 393 815 447,00	2 686 344 600 874,83	91,92%	154 468 941 848,00	117 654 244 225,89	5,28%	76,16%	4,37%
2010	5 607 517 614 775,00	3 945 263 819 804,93	70,35%	325 820 117 924,00	250 103 481 912,44	5,81%	76,76%	6,33%
2011	6 746 324 098 494,00	4 069 442 771 802,01	60,32%	233 810 730 231,00	60 795 994 491,26	3,46%	26%	1,49%
2012	6 609 171 209 773,00							
Total	26 076 692 507 596,00	14 204 316 070 265,70		857 926 646 589,00	557 351 557 850,82			

Source: Reddition des comptes

Tableau n° 2 : Evolution du Budget de l'Etat et du MSP selon le MSP/DEP 2006 à 2012 (en CDF)

Année	Budget global			Budget Santé				Taux/Exécution Budget Santé sur exécution Budget global
	Budget global	Exécution Budget global	Taux Exécution Budget global	Budget alloué à la Santé	Exécution Budget Santé	Taux Budget alloué à la Santé	Taux Exécution Budget Santé sur Budget alloué	
2006	1 039 561 000 000,00	1 018 428 839 535,07	97,96%	41 848 168 202,00	22 599 240 468,00	4,03%	54,00%	2,21%
2007	1 370 309 606 010,00	960 151 174 537,10	70,06%	49 609 895 796,00	45 679 194 405,00	3,62%	92,08%	4,75%
2008	1 781 415 163 097,00	1 524 684 863 711,72	85,58%	53 790 965 198,00	51 338 075 117,00	3,02	95,44%	3,36%
2009	2 922 393 815 447,00	2 686 344 600 874,83	91,92%	154 468 941 848,00	113 302 617 766,00	5,29%	73,35%	3,92%
2010	5 607 517 614 775,00	3 945 263 819 804,93	70,35%	327 858 390 664,00	81 529 807 984,00	5,85%	24,86%	2,06%
2011	6 746 324 098 494,00	3 844 227 637 161,75	56,98%	233 810 730 231,00	42 160 345 609,00	3,47%	18,03%	1,09%
2012	6 609 171 209 773,00			517 132 641 392,00	105 636 846 029,00	7,82%	20,43%	
Total	26 076 692 507 596,00							

Source: Données MSP/ DEP

La part du financement du secteur de la Santé, par rapport au Budget de l'Etat ou Budget dit global, tant en prévisions qu'en exécutions, est restée toujours inférieure aux engagements des Chefs d'Etat à ABUJA en 2011. Elle est, d'ailleurs, inférieure à 2,00 % du Budget global de l'Etat entre 1998 et 2000, elle est remontée à 3,34 % avant de retomber à moins de 1,00 % en 2002. La part la plus élevée dans le Budget de l'Etat, selon le MSP/DEP a été enregistrée en 2012, soit 7,82%, non encore confirmée à cette date, par la Reddition des comptes pour l'exercice 2012.

Suivant la revue analytique, le taux de décaissement, par rapport aux faibles prévisions, est resté en moyenne de 54,00 % sur la période allant de 1998 à 2009 et il a évolué avec le temps depuis 2001. A titre indicatif, le tableau n°3 ci – bas présente l'évolution du Budget du MSP par la nature des dépenses.

Tableau n° 3 : Evolution du budget du Ministère de la sante par nature des dépenses (en CDF)

Année	Nature/Dépense	Prévisions	Exécutions	Taux Budget alloué	Taux/ Exécution Budget sur Budget alloué
2006	Rémunérations	13 839 858 947,00	16 494 773 028,35	33,07	119,18
	Fonctionnement	250 291 221,00	46 094 238,00	1,09	18,42
	Interventions économiques, sociales, culturelles et scientifiques	510 562 390,00	-	8,99	-
	Subventions aux Organismes Auxiliaires	360 848 663,00	296 446 799,00	328,04	82,15
	Investissements sur Ressources Propres	1 504 215 977,00	1 441 698 838,00	18 802,70	95,84
	Investissements sur Ressources Extérieures	20 146 065 824,00	2 148 162 483,00	328,54	10,66
	Dépenses PPTE	5 236 325 180,00	11 635 616 668,00	47,83	222,21
	Fonctionnement Services EX BPO	-	-	-	-
	Contrepartie des projets	-	-	-	-
	Sous total		41 848 168 202,00	32 062 792 054,35	
2007	Rémunérations	22 929 040 584,00	16 517 899 236,32	47,58	72,04
	Fonctionnement	5 680 637 391,00	5 529 182 776,56	11,79	97,33
	Interventions économiques ,sociales, culturelles et scientifiques	110 000 000,00	49 122 000,00	0,23	44,66
	Subventions aux Organismes Auxiliaires	8 000 000,00	2 658 340,00	0,02	33,23
	Investissements sur Ressources Propres	6 132 039 668,00	8 522 263 127,00	12,73	138,98
	Investissements sur Ressources Extérieures	10 946 857 242,00	4 573 139 818,00	22,72	41,78

	Dépenses PPTE	878 958 000,00	209 907 750,00	2,60	23,88
	Fonctionnement Services EX BPO	75 880 757,00	378 794 208,00	0,16	499,20
	Contre partie des projets	1 426 309 544,00	-	2,96	-
	Sous total	48 187 723 186,00	35 782 967 255,88		74,26
2008	Rémunérations	33 854 429 015,00	34 595 449 334,00	62,94	102,19
	Fonctionnement	2 525 885 177,00	4 883 280 527,00	4,70	193,33
	Interventions économiques, sociales, culturelles et scientifiques	587 177 412,00	190 000 000,00	1,09	32,36
	Subventions aux Organismes Auxiliaires	61 000 000,00	5 500 000,00	0,11	9,02
	Investissements sur Ressources Propres	2 732 551 246,00	56 994 267,00	5,08	2,09
	Investissements sur Ressources Extérieures	9 503 574 664,00	15 250 723 207,00	17,67	160,47
	Dépenses PPTE	3 500 000 000,00	5 753 355 078,00	6,51	164,38
	Fonctionnement Services EX BPO	80 000 000,00	192 118 510,00	0,15	240,15
	Contrepartie des projets	946 347 684,00	24 656 988,00	1,76	2,61
	Sous total	53 790 965 198,00	60 952 077 911,00		113,31
2009	Rémunérations	44 996 470 131,00	44 542 830 972,75	29,13	98,99
	Fonctionnement	2 609 437 000,00	8 500 503 009,00	1,69	325,76
	Interventions économiques, sociales, culturelles et scientifiques	100 000 000,00	-	0,06	-
	Subventions aux Organismes Auxiliaires	297 734 757,00	-	0,19	-
	Investissements sur Ressources Propres	2 934 122 960,00	-	1,90	-

	Investissements sur Ressources Extérieures	75 247 326 000,00	63 085 658 196,14	48,71	83,84
	Dépenses PPTE	-	-	-	
	Fonctionnement Services EX BPO	1 002 573 000,00	762 654 900,00	0,65	76,07
	Contrepartie des projets	545 278 000,00	471 885 505,00	0,35	86,54
	Sous total	154 468 941 848,00	117 654 244 225,89		76,17
2010	Rémunérations	64 173 125 778,00	61 961 635 867,00	19,70	96,55
	Fonctionnement	8 103 862 800,00	2 184 389 728,64	2,49	26,95
	Interventions économiques, sociales, culturelles et scientifiques	6 835 143 559,00	946 643 444,00	2,10	13,85
	Subventions aux Organismes Auxiliaires	371 883 310,00	23 956 194,00	0,11	6,44
	Investissements sur Ressources Propres	10 779 808 141,00	1 724 481 421,57	3,31	16,00
	Investissements sur Ressources Extérieures	234 466 211 029,00	179 851 299 477,08	71,96	76,71
	Dépenses PPTE	-	-	-	
	Fonctionnement Services EX BPO	912 136 306,00	649 269 415,45	0,28	71,18
	Contrepartie des projets	177 947 000,00	2 761 806 364,70	0,05	1 552,04
	Sous total	325 820 117 923,00	250 103 481 912,44		76,76
2011	Rémunérations	100 685 243 477,00	14 661 806 881,00	43,06	14,56
	Fonctionnement	18 201 039 461,00	10 026 676 612,36	7,78	55,09
	Interventions Economiques sociales, culturelles et scientifiques	1 541 157 000,00	605 149 496,00	0,66	39,27
	Subventions aux Organismes Auxiliaires	249 424 578,00	171 519 421,00	0,11	68,77

	Investissement sur Ressources Propres	2 712 929 231,00	-	1,16	-
	Investissement sur Ressources Extérieures	109 161 979 054,00	29 219 211 752,25	46,69	26,77
	Dépenses PPTE	-	-	-	
	Fonctionnement Services EX BPO	1 168 204 460,00	1 112 847 650,80	0,50	95,26
	Contrepartie des projets	90 752 970,00	4 998 782 677,85	0,04	5 508,12
	Sous total	233 810 730 231,00	60 795 994 491,26		26,00
2012	Rémunérations				
	Fonctionnement				
	Interventions Economiques sociales, culturelles et scientifiques				
	Subventions aux Organismes Auxiliaires				
	Investissements sur Ressources Propres				
	Investissements sur Ressources Extérieures				
	Dépenses PPTE				
	Fonctionnement Services EX BPO				
	Contrepartie des projets				
	Sous total				
	Total général				

Données non disponibles

Source: Reddition des comptes

De données du tableau, il ressort notamment que :

- la rémunération a la part la plus élevée des allocations des fonds et un taux d'exécution satisfaisant, à l'exception de 2011 où ledit taux de réalisation est à peine de 14,56 % ;
- les différents taux de réalisation, concernant les investissements tant sur ressources propres que sur ressources extérieures, évoluent en dents de scie.

Toutefois, la Cour des comptes note de nombreuses discordances affichées par les Services dans la présentation de leurs statistiques qui enlèvent toute crédibilité aux dites données comptables.

Financement des Gouvernements Provinciaux

Le tableau n°4 ci-après présente, à titre exemplatif les données du budget alloué à la Santé pour la province du Kasai-Oriental.

Tableau n° 4 : Evolution du budget de la Province du Kasai-Oriental et du Ministère Provincial de la Santé (en CDF)

Année	Budget Global			Budget Santé				
	Budget Global	Exécution Global	Taux d'exécution	Budget Santé	Exécution Budget Santé	Taux budget alloué/Santé	Taux exécution budget Santé/ budget alloué	Taux exécution budget Santé/Exécution globale
2006	-							
2007	-							
2008	-							
2009	46.678.786.934	8.779.506.279,00	20,10%	1.240.013.586	54.591.123	2,84%	4,40%	0,62%
2010	111.647.155.801	9.937.491.381,09	8,90%	788.645.500	89.308.160	0,71%	11,32%	0,89%
2011	106.095.434.361	35.580.929.072,50	33,54%	3.784.004.860	624.471.178	3,56%	16,50%	1,75%
2012	122.039.848.461	-	-	10.944.518.759	123.121.429	8,96%	2,25%	-

Source : Cabinet du Gouverneur de la Province du Kasai Oriental

Le Gouvernement Provincial prend en compte la part du budget du Secteur de la Santé, mais le taux lui alloué est très faible comme l'indique le tableau ci-haut. Il varie de 2,84% en 2009, 0,71% en 2010 et 3,56% en 2011, par rapport au budget de la Province. Il en est de même en ce qui concerne le taux d'exécution desdits budgets, par rapport à l'exécution globale qui varie de 0,62%, 0,89%, 1,75%.

3.3.2. Recettes internes

3.3.2.1. Contribution des malades

Suite au désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de Santé, les malades contribuent de plus en plus à ce financement. Cette pratique s'est intensifiée à partir de 1990. Les formations sanitaires ont été amenées à reverser 5,00 à 10,00 % de leurs recettes aux Bureaux Centraux des Zones de Santé qui, eux-mêmes, devaient en faire autant pour le niveau provincial, et celui-ci pour le niveau central.

Au fil des années, ce système de taxation informelle et inéquitable s'est enraciné et est devenu un des moteurs du système pour la survie financière des individus et des institutions

Les populations contribuent pour près de 70,00 % au financement des charges récurrentes de fonctionnement de certaines Zones de Santé

Il ressort des entrevues réalisées avec les structures que cette pratique n'existe plus au niveau du Secteur. La Cour note la non implication du Secrétariat Général dans l'application des mécanismes de ce système et c'est la raison pour laquelle la Cour n'a pas pu obtenir l'historique de tous ces reversements.

3.3.2.2. Taxes, amendes et rétrocessions de la DGRAD

A ces contributions des malades, s'ajoutent la rétrocession de la DGRAD aux services générateurs des recettes du MSP, les produits de toutes sortes d'autorisations de fonctionnement ou d'ouverture pour les privés, des taxes et des amendes. En l'absence des mécanismes de contrôle de la qualité des soins, le développement anarchique du secteur privé à but lucratif constitue un danger pour la santé de la population et est un facteur d'explosion des coûts des soins de santé

Les services, à cause, entre autres, de la mauvaise tenue de la comptabilité, se sont trouvés incapables de présenter des statistiques fiables des recettes provenant des taxes et amendes générées à leur initiative ou à celle des autres services intervenants.

Le Secrétariat général cependant a fourni quelques données relatives à la rétrocession concernant les exercices 2008 à 2012 que nous reprenons dans les tableaux n° 4 et n° 5 ci-dessous.

Tableau n° 5: Rétrocession mensuelle du MSP (en CDF)

ANNEE	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MOIS	DONNEES NON DISPONIBLES						
JANVIER			-	1 775 840,00	1 391 494,00	4 172 879,00	4 957 948,00
FÉVRIER			-	10 616 731,00	1 199 911,00	7 561 953,00	8 473 179,00
MARS			-	2 218 102,00	3 418 951,00	5 654 388,00	8 225 593,00
AVRIL			-	8 319 467,00	3 883 815,00	6 059 904,00	6 510 930,00
MAI			-	2 393 854,00	5 627 591,50	5 392 106,00	6 749 724,00
JUIN			-	2 045 281,00	3 411 756,00	6 094 524,00	8 120 299,00
JUILLET			-	3 947 034,00	4 814 669,00	9 166 760,00	-
AOÛT			-	2 701 145,00	4 595 308,00	6 109 539,00	-
SEPTEMBRE			-	4 347 059,00	4 143 332,00	8 490 731,00	-
OCTOBRE			-	4 534 237,00	4 196 316,00	8 899 009,00	-
NOVEMBRE			-	2 026 522,00	-	8 957 201,00	-
DÉCEMBRE			1 697 482,00	-	5 400 639,00	8 265 442,00	-
BONUS 3 TRIMESTRES			-	38 977 124,96	-	-	-
3eme TRIMESTRE			5 934 571,20	-	-	-	-
4eme TRIMESTRE			7 945 859,77	-	-	-	-
BONUS 4è TRIMESTRE			-	4 046 804,00	-	-	-
TOTAL			15 577 912,97	87 949 200,96	42 083 782,50	84 824 436,00	43 037 673,00

Source: Ministère de la Santé / Secrétariat Général

Tableau n° 6 : Répartition en CDF de la rétrocession aux services générateurs des recettes du MSP (2006 à 2012)

SERCIVES	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
CAB			2 709 750,60	14 914 339,00	7 072 700,00	15 088 400,00	8 045 350,00
SG			6 606 213,00	24 918 697,00	14 205 231,00	24 509 200,00	11 181 156,00
PNHF			2 605 975,00	28 431 888,00	9 753 840,00	23 874 100,00	12 511 128,00
D2			-	236 100,00	-	1 280 900,00	1 619 906,00
D3			1 508 317,00	6 071 200,00	3 832 240,00	9 474 500,00	4 831 400,00
D8			118 500,00		92 100,00	1 214 200,00	868 000,00
CHARGES COMMUNES			2 029 157,12	8 942 317,00	6 780 671,00	8 382 346,00	4 009 928,00
FRAIS DE MISSION				4 000 000,00			
TOTAL			15 577 912,72	87 514 541,00	41 736 782,00	83 823 646,00	43 066 868,00

Source: Ministère de la Santé / Secrétariat Général

De tableaux n°s 5 et 6 ci-haut, il ressort que :

- les recettes provenant de la rétrocession, hors mises celles de 2006 et 2007 à cause de l'indisponibilité des données, évoluent en dents de scie et n'enregistrent aucun accroissement remarquable ;
- la part revenant au Cabinet du Ministre et au Secrétariat général est souvent supérieure à celles des services générateurs desdites recettes.

3.3.3. Aides extérieures bilatérales et multilatérales

L'aide extérieure sert à financer des Programmes sélectifs qui ont établi des indicateurs contre la maladie en lieu et place des services de santé centrés sur la personne. Il s'agit, notamment, des Programmes de santé relatifs au VIH/SIDA, à la lutte contre le paludisme et la tuberculose. Etc.

Quant aux statistiques relatives aux fonds reçus par les programmes et services qui traitent, pour lesdits fonds, directement avec les Partenaires au développement comme indiqué plus avant, l'Administration et sa hiérarchie ont été incapables de nous les présenter, en dépit de plusieurs réquisitions, notes d'entrevues et même malgré la convocation émanant du Procureur Général.

Le seul bénéfice obtenu de Services est la présentation des données relatives à l'évolution du financement extérieur attendu de Partenaires de 2006 à 2012, reprises dans le tableau n° 6 ci-après.

Tableau n°7 : Evolution en USD du financement extérieur attendu de Partenaires (2006 à 2012)

PARTENAIRE (INSTITUTION/PAYS)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
FONDS MONDIAL	19 532 000,00	29 582 659,00	38 899 000,00	-	-	0	-
UNICEF	49 347 442,00	56 344 694,00	50 612 000,00	8 016 602,00	-	0	5 278 074,00
PNUD	21 393 000,00	-	-	-	-	0	-
UNFPA	1 572 040,00	-	-	318 302,00	884 228,00	0	-
PNUD PNLS PNMLS	5 582 056,00	10 788 156,00	11 721 126,00	18 306 989,00	28 284 333,00	0	-
OMS	28 259 000,00	15 684 000,00	-	-	-	0	5 932 000,00
ONU	770 000,00	-	-	-	-	0	-
PNUD PAF-JUNAIDS F	-	-	-	-	-	0	-
DFID	179 736 306,00	175 791 139,00	65 893 942,00	6 750 871,00	100 963 631,00	0	-
UE	15 139 414,00	54 743 862,00	101 045 088,00	110 916 893,00	87 585 962,00	0	-
USAID	45 828 000,00	10 962 000,00	59 924 702,00	31 301 772,00	52 705 863,00	0	-
TURQUIE	-	-	590 000,00	-	-	0	-
ACTION DAMIEN/BEL	1 462 925,00	47 841,00	-	-	2 184 769,00	0	4 546 576,76
USAID/OMS	750 000,00	750 000,00	-	-	-	0	-
GIZ/Allemagne	-	8 647 153,00	11 265 154,00	20 525 907,00	15 616 019,00	0	-
AFRIQUE DU SUD	-	-	2 320 549,00	-	-	0	-
AUSTRALIE	663 030,00	-	-	-	-	0	0
BAD/PAPDDS POR	-	-	-	-	-	0	0

BELGIQUE	23 398 535,00	54 918 865,00	35 286 371,00	19 277 502,00	49 801 122,00	0	0
CANADA	31 074 683,00	23 270 337,00	14 811 963,00	28 012 103,00	5 797 171,00	0	0
CHINE	-	10 122 485,00	1 563 365,00	3 480 652,00	302 861,00	0	0
COREE DU SUD	-	-	39 509,00	-	-	0	0
DANEMARK	856 554,00	-	939 233,00	-	-	0	0
ESPAGNE	-	8 776 934,00	17 510 594,00	8 710 707,00	-	0	0
IRLANDE	1 317 760,00	-	-	-	-	0	0
ITALIE	2 849 821,00	3 151 879,00	8 581 835,00	-	1 596 594,00	0	0
JAPON	5 130 000,00	-	21 571 000,00	14 398 407,00	11 458 456,00	0	0
NORVEGE	-	180 687,00	169 368,00	-	-	0	0
PNUD VIH/SIDA	-	-	-	105 726,00	315 248,00	0	0
PAM	-	54 501 336,00	-	-	-	0	0
HGR	8 564 000,00	-	-	-	-	0	0
HAUT COMMISSARIAT	-	-	-	-	-	0	0
PAM	-	-	-	-	7 000 000,00	0	0
BM/PMURR/PARSS	5 526 171,00	13 529 559,00	23 897 244,00	35 347 120,00	43 455 206,00	0	0
FAO	8 267 000,00	-	-	-	-	0	0
UNESCO	-	-	-	-	-	0	0
OIT	300 000,00	-	-	-	-	0	0
OCHA	848 735,00	2 291 590,00	246 218,00	-	-	0	0
PAYS-BAS	59 824 376,00	61 889 674,00	14 774 146,00	14 504 924,00	13 304 949,00	0	0

POOLED FUND HUMAN	52 786,00	6 572 507,00	3 355 816,00	158 960,00	-	0	0
SUISSE	-	-	1 573 112,00	-	-	0	0
SUEDE	22 993 713,00	19 272 113,00	15 711 891,00	45 061 812,00	107 841 123,00	0	0
ACDI	-	-	-	-	-	-	248 950,00
ASSNIP3/BDD	-	-	-	-	-	-	1 407 800,00
FM R 9 RSS	-	-	-	-	-	-	43 396 853,00
FM R 10 PALU	-	-	-	-	-	-	22 597 938,00
FM SR R7 TB	-	-	-	-	-	-	4 530 647,00
FM SR R8 VIH PNUD	-	-	-	-	-	-	52 101 318,00
FM SR R9 TB	-	-	-	-	-	-	4 530 646,08
GAVI RSS	-	-	-	-	-	-	13 059 370,42
GIZ-PS	-	-	-	-	-	-	305 175,00
GOUVERNEMENT	-	-	-	-	-	-	129 989 553,83
URC/SUEDE	-	-	-	-	-	-	4 847 912,00
MDM/ Belgique	-	-	-	-	-	-	945 543,00

MEMISA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 480 752,06
MERLIN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 365 972,00
PA PNDS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 049 900,00
PARSS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29 601 094,00
ROTARY Belgique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	744 006,00
USAID/PROSANI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12 396 196,00
SANRU/FM MALARIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44 833 333,50
JICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15 133 691,00
GIZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	803 968,00
PROSANI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17 889 343,20
SANRU/FM VIH	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16 220 095,10
BELGIQUE (hormis ASSNIP KUILU& Sud Ubangi)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	401 066,80
TOTAL PAR EXERCICE	541 039 347,00	621 819 470,00	502 303 226,00	365 195 249,00	529 097 535,00	-	-	-	-	443 637 774,75

Source : Données du PAIG

De ce qui précède, il se dégage que l'Administration de la Santé publique a fait un effort en présentant ne fût ce que les données sur les intentions de partenaires au développement (mais pas tous, encore, à ce niveau).

Il lui reste l'appropriation de l'ensemble des statistiques sur les décaissements. C'est le défi de la transparence et de la bonne gestion qu'il lui faut relever.

Avant la conclusion générale sur ce rapport relatif aux fonds alloués et décaissés, il est exposé ci-après quelques observations et recommandations spécifiques suivantes..

❖ **Organisation financière et comptable de toutes les structures du Secteur auditées.**

- La mauvaise tenue de la comptabilité

La Cour a constaté des failles dans la tenue de la comptabilité relative à la gestion des fonds alloués aux différentes structures auditées. Elle a, dans ce contexte relevé des anomalies suivantes en rapport avec :

- l'absence des Comptables Publics dans la gestion des fonds alloués dans la plupart des structures. Les Administrateurs Gestionnaires sont affectés en lieu et place des Comptables Publics ou tout autre citoyen gère, sans en avoir reçu mandat par le Ministre des Finances, les biens et deniers de l'Entité. Ils sont d'office des Comptables de fait et justiciables de la Cour des Comptes ;
- la tenue des livres de caisse, différents du modèle A 75, en termes d'enregistrements des opérations comptables des dépenses relatives à l'appui des Gouvernements Central et Provincial; l'absence des périodes de comptabilisation ainsi que de la signature ou non du comptable; l'ambiguïté des libellés, la tenue de la comptabilité en monnaie étrangère; des écritures raturées et surchargées. Ce qui va en l'encontre du Règlement Général de la Comptabilité Publique en République Démocratique du Congo ;
- l'inexistence des pièces justificatives de certaines dépenses relatives à l'appui des Gouvernements Central et Provinciaux dans certains cas, en violation, notamment, de la Loi n° 76-020 du 16 juillet 1976 portant normalisation de la comptabilité en République Démocratique du Congo qui, à son article 4, alinéa 2, exige que chaque écriture comptable soit justifiée et appuyée par une pièce justificative authentique ;
- quant à la tenue des journaux de caisse des recettes internes générées par les services et les quotités des rétrocessions, l'inexistence des pièces justificatives relatives à la perception des recettes, des prises en recettes des recettes perçues localement, des prises en recettes des quotités des rétrocessions des recettes encadrées par la DGRAD par certaines structures auditées.

La Cour conclut que l'organisation comptable mise en place, dans les différentes structures, ne procure pas des garanties nécessaires de fiabilité dans les traitements des opérations et leur consolidation.

Cet état des choses peut hypothéquer la bonne utilisation des fonds ainsi reçus des partenaires, des Gouvernements Central et Provincial ainsi que les recettes générées par lesdites structures.

La Cour invite le Secrétariat Général à la Santé Publique, organe d'impulsion des services du Ministère, de faire respecter les lois et règlements qui organisent la tenue de la comptabilité en République Démocratique du Congo pour une bonne utilisation des deniers publics.

- Inexistence des mécanismes internes d'exécution des dépenses au Cabinet du Ministre de la Santé

A l'instar de la rémunération du personnel, le Cabinet du Ministère de la Santé est l'une des Entités appuyées par le Gouvernement. De ce fait, il bénéficie régulièrement des frais de fonctionnement, des frais de missions et des quotités venant du Secrétariat Général au titre de Fonds Spéciaux d'Intervention.

De l'examen fait sur base des documents comptables, il ressort les constats suivants :

- la majorité des dépenses sont exécutées sans plan de décaissement, ni plan de trésorerie. Elles le sont sur instructions verbales du Ministre ou du Conseiller Financier, comme l'indique, à titre illustratif, le tableau en Annexe III;
- lesdites dépenses sont effectuées, sur base des bons de sortie des fonds qui sont signés, dans la plupart des cas, par Mr Dominique KITAMBO, Mr ABEDI WA KALONDELA et Mr KANKELA MWANZA, respectivement l'Intendant, le Conseiller Financier et le Secrétaire Particulier du Ministre de la Santé Publique et elles ne sont jamais justifiées, en général.

La Cour stigmatise cette situation qui est à la base de la non prise en compte de différentes dépenses dans le livre de caisse du comptable public Code 0859, faute des pièces justificatives. C'est ce qui occasionne la tenue d'un registre appelé « rapport de caisse » en lieu et place du livre de caisse modèle A 75, comme exigé par le Règlement Général de la Comptabilité en République Démocratique du Congo, stipulant que les écritures appuyées par les pièces justificatives suffisantes sont émargées dans ledit livre de caisse.

La Cour se trouve dans l'obligation de ne pas certifier tous ces décaissements qui constituent pour elle des sommes à justifier par tous les acteurs précités et invite le Cabinet du Ministre de mettre en place les procédures efficaces pour un meilleur traitement de toutes les opérations comptables et financières. Des améliorations en cette matière contribueront à apporter un plus dans la qualité de la gestion du Cabinet du Ministre.

Il en sera de même, mutatis mutandis au sein des autres structures de l'Entité au niveau central qu'en Province.

- **La non justification des fonds relatifs aux interventions ponctuelles**

La mission principale du Programme National des Urgences et Actions Humanitaires est de préparer la réponse et la riposte médico-sanitaire aux situations d'urgences sur toute l'étendue de la République Démocratique du Congo. Des entrevues réalisées avec les responsables du Programme ainsi que ceux du Cabinet du Ministre de la Santé Publique, la Cour a relevé qu' en la survenance d'une catastrophe ou en cas d'urgence, le Programme élabore un plan spécifique d'intervention (les termes des références) pour une prise en charge correcte et effectue également le suivi et l'évaluation de l'activité. Par contre, la gestion financière desdites interventions s'effectue soit par le Gouvernement, soit par la Présidence de la République à travers le Ministère de la Santé Publique qui centralise les fonds, les matériels, les médicaments. Etc. Ce dernier collabore avec les différentes structures locales pour l'effectivité de l'intervention.

De l'exploitation des documents comptables, au Cabinet du Ministre de la Santé censé coordonner toutes les interventions, la Cour des comptes a constaté que toutes les dépenses se rapportant à un échantillon d'interventions ci-après, mis à sa disposition, ne sont pas appuyées par des pièces justificatives. Il s'agit du :

- Crash d'avion du 09/11/2011 : 160.000,00 USD ;
- Crash d'avion HEWA BORA (à Kisangani) du 15/07/2011 : 535.000,00.USD ;
- Crash d'avion d'ANKORO du 20/12/2011 : 50.000,00USD

L'intervention ponctuelle, la plus récente, a concerné la Fièvre EBOLA dans la Province Orientale. La Mission d'audit a demandé auprès du Ministère de la Santé Publiques les données et précisions à ce sujet. Aucune réponse, à cette date, n'est parvenue à la Cour. La convocation du Secrétaire Général et de ses collaborateurs par le Procureur Général n'a rien produit.

La Cour fait remarquer cette mauvaise gestion des montants aussi importants qui va en l'encontre de la Loi sur la Normalisation comptable citée au point 3.2.1 ainsi qu'aux instructions relatives à l'exécution du budget. Elle souligne le fait qu'elle ne soit pas en possession de la situation des interventions, notamment celles de l'année en cours, telles que, les cas de l'incendie de SANGE au Sud-Kivu et de la fièvre EBOLA en Province Orientale.

Elle pourrait être amenée à conclure que cette catégorie d'interventions a fait l'objet **d'obstruction** de la part des membres du Cabinet du Ministre de la Santé Publique, malgré les différentes réquisitions des documents introduites à ce sujet.

La Cour, usant de sa compétence générale et permanente sur le contrôle des Finances Publiques, pourra à tout moment revenir sur ces cas et en déterminer les diverses responsabilités.

Par ailleurs, le Programme National des Urgences et Actions Humanitaires a, entre autres, comme attribution, l'implantation et l'organisation des coordinations provinciales des urgences et actions humanitaires aux fins de doter en stocks d'urgence des médicaments, vaccins, réactifs et autres matériels de prélèvement.

La Cour des comptes fait observer également sa non implication dans la coordination financière des interventions. La Cour invite, par conséquent, le Ministre à mettre de l'ordre dans les différents services impliqués dans le circuit de l'exécution de ce genre des dépenses, notamment en veillant à la stricte application des lois et règlements dans la tenue de la comptabilité, la bonne gestion et la transparence.

Le Gouvernement, pour sa part, devra mettre en place les mécanismes efficaces relatifs à la gestion des dites interventions en impliquant également un leadership clair et responsable ainsi que le Programme National des Urgences et Actions Humanitaires dans l'exécution de ce genre de dépenses.

❖ **Appui des Gouvernements Central et Provinciaux au Secteur de la Santé**

- Non-respect des accords Internationaux et Régionaux en matière de financement du Secteur de la Santé par le Gouvernement.

La part du financement du Secteur de la Santé, par rapport au Budget de l'Etat ou Budget dit global, tant en prévisions qu'en exécutions, même en y ajoutant la part de financement des budgets des Provinces, est restée toujours inférieure aux engagements des Chefs d'Etat à ABUJA en 2011. De l'exploitation faite des budgets du Gouvernement Central et des Edits budgétaires des Provinces du Kasaï Oriental et du Nord Kivu pour la période allant de 2009 à 2012, la Cour a relevé que pour les différentes structures du secteur qui concourent à la mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé au niveau central et Provincial, les apports ne sont pas significatifs.

Par ailleurs, en ce qui concerne la Province du Kasaï-Oriental, seul le budget du Ministère de la Santé et des Droits Humains, comme entité, est exécuté, à l'instar de l'exercice 2011 où le Gouvernement Provincial a financé les constructions des ITM et les Centres de Santé de quelques Zones de Santé, pour un montant équivalant à CDF 117.400.000, 00, soit 18,34% de CDF 640.000.000,00 prévus (en Annexe V) et 3,10% du budget de la Santé.

La Cour souligne cette insuffisance de l'appui des Gouvernements Central et Provincial qui est non-conforme aux différentes Conventions Internationales et Régionales ratifiées par la République Démocratique du Congo en matière

de financement du Secteur, notamment, celle d'Abuja recommandant aux Etats membres d'allouer 15,00 % de leurs ressources au budget de la Santé.

La Cour des comptes invite, par conséquent, les Gouvernements Central et Provincial de se conformer à l'esprit de la disposition de la réglementation précitée dans l'élaboration du budget de la Santé. Une attention particulière doit être portée à son exécution pour permettre aux différentes structures du Secteur de s'impliquer efficacement pour l'amélioration de la Santé pour tous en République Démocratique du Congo par la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé en vue de l'atteinte des objectifs du Millénaire.

Il en est de même du Gouvernement de la Province du Nord-Kivu et de ses différentes structures où aucune donnée chiffrée fiable et exploitable n'a pu être fournie.

- **Le budget affecté au Secteur de la Santé n'est pas significatif**

Des entrevues réalisées avec les responsables de toutes les structures auditées, il a été démontré que toutes les structures, à tous les niveaux du Secteur de la Santé, élaborent annuellement des Plans d'Actions Opérationnelles relatifs aux frais de fonctionnement au titre des prévisions budgétaires qui sont consolidées au niveau central.

Des analyses faites des budgets de la période sous examen, la Cour a constaté que hormis la rémunération qui comprend les salaires et primes du personnel de Santé, la quasi-totalité de ses structures ne sont pas appuyées en termes de frais de fonctionnement et d'équipement. Plusieurs d'entre eux n'émargent même pas aux différents budgets.

Cette insuffisance de financement du Gouvernement Central à travers toutes les structures du Secteur, surtout celles du niveau Provincial qui jouent un rôle important dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé à travers les Zones de Santé constitue un handicap majeur dans l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé. Cet état des choses risque d'hypothéquer également l'atteinte des objectifs du millénaire qui influent sur la Santé, s'il n'y est apporté un correctif, en termes de frais de fonctionnement et d'équipement.

- **Non effectivité de paiement des salaires et primes à tout le personnel du Secteur de la Santé**

L'appui du Gouvernement Central concerne principalement la rémunération du personnel de la Santé comme évoqué au point 3.3.1/b. Il ressort, cependant, des entrevues réalisées tant au niveau Central que Provincial et de l'examen des documents des comptables de fait relatifs à la paie du personnel de Santé, que cette enveloppe ne couvre pas la totalité de l'effectif du personnel mécanisé, en termes de salaires et/ ou primes. Ceci entraîne la négligence au niveau des

tâches à effectuer par le personnel et occasionne souvent les départs même dans le chef de certains agents formés par le Ministère, notamment, au niveau des Programmes spécialisés pour les maladies. Cette situation rend parfois inefficace le fonctionnement des structures du Secteur.

La Cour signale l'absence des données exhaustives des tous les Comptables Publics du niveau Central pour les rapprocher à celles des comptables de fait des services, d'une part, celles des Ordonnateurs des Dépenses du Gouvernement Central Délégué aux deux Provinces (OD) précitées ainsi que celles des Comptables Publics affectés à chacune des Divisions Provinciales de la Santé pour les rapprocher à celles des Divisions Provinciales, d'autre part, afin de déterminer avec certitude l'enveloppe globale payée pour la période sous examen, par rapport aux différents budgets de la période et des éventuels écarts.

La Cour des comptes invite les Division des Finances de chacune des Provinces à s'engager dans la mise en place des mécanismes efficaces d'organisation des services des OD et des Comptables Publics affectés aux Divisions Provinciales de la Santé. Etant des justiciables de la Cour des Comptes, ils doivent s'engager à la bonne tenue de la comptabilité des deniers publics pour assurer une traçabilité et une transparence de toutes les opérations.

- **Les autres interventions du Gouvernement Central ne sont pas maitrisables par les Directions Provinciales de la Santé du Nord-Kivu et Kasai-Oriental.**

Les interventions du Gouvernement Central, en termes d'investissement aux Districts Sanitaires et aux Zones de Santé, ne passent pas par les Divisions Provinciales de la Santé des deux Provinces précitées. Toutes ses interventions sont coordonnées au niveau central. Mais le Secrétariat Général n'a pas mis à la disposition de la Cour toutes les données financières ainsi que les dossiers correspondants.

L'absence des données relatives à ce type de financement, qui devaient servir comme des éléments probants n'a pas permis à la Cour d'effectuer les rapprochements avec ceux contenus dans les budgets de l'Etat, en vue de relever d'éventuels écarts,

- **Le Laboratoire Pharmaceutique de Kinshasa n'a pas bénéficié d'un lot de matériel important du fournisseur « KIMTRACO »**

Le Laboratoire Pharmaceutique de Kinshasa (LAPHAKI) a comme mission principale de produire, fabriquer, analyser, reconditionner et mettre à la disposition de la population les médicaments. A sa création, il était sous la gestion conjointe Congo-Belge ; actuellement, il est régulièrement confronté à de multiples difficultés liées à son fonctionnement pour la réalisation de ses activités, notamment, à l'absence de l'autonomie financière, à la vétusté du matériel et au vieillissement de son personnel.

Il ressort des entrevues réalisées avec les responsables de l'Entité qu'il ne bénéficie pas d'un appui efficace comme les autres services du Secteur. Par contre en 2012, il a bénéficié exceptionnellement d'un appui budgétaire, au titre des frais de fonctionnement, des montants de l'ordre de CDF 12.550.732,00 pour le 1er trimestre et CDF 9.798.951,00 pour le 2ème trimestre.

Quant aux investissements, la Direction de LAPHAKI a élaboré en 2009 un Projet pour l'Acquisition des matières premières, intrants et emballages pour le fonctionnement du laboratoire. Il a bénéficié en 2011, par les fonds de contrepartie du Ministère du Plan, d'un financement de l'ordre de dollars américains 621.958,00, comme renseigné dans le dossier de marché mis à la disposition des auditeurs. Ce montant a été versé directement dans le compte du fournisseur « KIMTRACO » qui jusqu'à ce jour n'a jamais livré tout le matériel, bloqué à la douane, faute d'une décision d'exonération, dans le délai.

La Cour fait observer le non-respect des clauses du marché par le fournisseur qui a causé préjudice à LAPHAKI, quant à la péremption imminente des matières premières retenues dans les entrepôts de l'ONATRA depuis plusieurs mois et interpelle les autorités du Ministère de la Santé Publique sur la négligence dont ont fait montre ses services dans le traitement de ce dossier car aucune action n'est entreprise jusque-là.

Une réaction rapide doit être menée pour pallier ces défaillances et faire rentrer LAPHAKI dans ses droits. La Cour des comptes, quant à elle, continuera ses investigations dans le but de déterminer les responsabilités.

- **Absence de cadre de concertation entre la DGRAD et les services d'assiettes du Ministère**

Il ressort des entrevues réalisées avec les responsables des services générateurs des recettes ainsi que de l'examen des documents comptables mis à la disposition des auditeurs que toutes les rétrocessions desdits services (par la DGRAD) arrivent au Secrétariat Général à la Santé Public dans une enveloppe globale.

Les services générateurs des recettes, quant à eux, déplorent le fait qu'ils ne maîtrisent pas le montant global des réalisations, la clé de répartition appliquée par le Secrétariat Général pour chaque service et le caractère irrégulier de la rétrocession.

En dépit des toutes les réquisitions adressées au Secrétariat Général et plusieurs tentatives des rencontres, ce dernier n'a pas mis à la disposition de la Cour l'historique de toutes les rétrocessions de la période sous contrôle.

C'est la raison pour laquelle la Cour des comptes n'a pu évaluer la hauteur de

l'ensemble de la rétrocession pour la période sous examen, ni retracé les quotités transférées auprès des services générateurs des recettes, en vue de les rapprocher à celles desdits services pour établir des probables écarts ou confirmer la véracité des transferts.

Dans ce contexte, la Cour fait remarquer l'absence d'un cadre de concertation entre la DGRAD et les différents services d'assiettes du Ministère pour la conciliation des comptes, en vue de la détermination du montant global des recettes mobilisées de chaque service afin de dégager les quotités y relatives des rétrocessions. Elle signale également le caractère aléatoire des fonds rétrocédés à tous les services par le Secrétariat Général à la Santé dû à l'absence des mécanismes de gestion et de répartition de l'enveloppe globale de rétrocessions de tous les services générateurs des recettes.

Les efforts restent à faire au niveau du Secrétariat Général pour l'établissement d'un système de gestion et de répartition transparente, solide et fiable.

- **La rétrocession des quotités au Cabinet du Ministre et au Secrétariat Général à la Santé Publique**

Les Directions de la Pharmacie, de l'Enseignement des Sciences de Santé, de l'Institut National de Recherche Biomédical rétrocèdent au Cabinet du Ministre ainsi qu'au Secrétariat Général une quotité de leurs recettes perçues localement, au titre « de Fonds Spécial d'Intervention, comme l'indique la clé de répartition de la note circulaire du Secrétaire Général à la Santé.

Le Programme de l'Hygiène aux Frontières, quant à lui, est un grand service générateur des recettes à plus ou moins 80,00 % de l'ensemble des recettes mobilisées par le Ministère de la Santé Public. De ce fait, il reçoit mensuellement une subvention au titre des frais de fonctionnement de la Direction ainsi que des différentes Coordinations Provinciales.

Il ressort de l'exploitation des documents comptables mis à la disposition que le Programme rétrocède également au Cabinet du Ministre et au Secrétariat Général des quotités mensuelles respectivement de l'ordre des CDF 1.500.000,00 et CDF 1.000.000,00 sur la subvention reçue. Ces quotités importantes sont payées sans aucune base juridique et dépassent parfois celles de certaines Coordinations Provinciales du Programme.

La Cour des comptes fait observer que cette manière de faire porte préjudice à la répartition des fonds à travers les Entités du Programme et va à l'encontre des dispositions des instructions sur l'exécution du budget et relatives à la procédure des affectations des mises à la disposition des fonds.

❖ Appui bilatéral et multilatéral

- Absence de coordination des aides bilatérales et multilatérales

La Politique Nationale de la Santé repose essentiellement sur la stratégie des soins de santé primaires, l'unité opérationnelle de sa mise en œuvre étant la Zone de Santé. L'approche sélective des problèmes de santé par les Partenaires accorde souvent la priorité uniquement aux interventions de lutte contre certaines maladies en finançant directement les activités des Zones de Santé et certains services des Divisions Provinciales (Source : PNDS). Il s'agit des Programmes qui ont établi des indicateurs contre la maladie, notamment, les Programmes de santé relatifs au VIH/SIDA, à la lutte contre le paludisme et la tuberculose....etc. en lieu et place des services de santé centrés sur la personne.

A travers les entrevues réalisées avec les responsables de l'échantillon des structures évoquées ci-haut, il se dégage effectivement que la quasi-totalité des structures du Secteur de la Santé est financée par les partenaires et ceci en termes d'appui institutionnel, d'activités au niveau périphériques, d'équipements et de logistique. Il se fait, malheureusement par contre, que, toutes ces aides ne sont pas coordonnées au niveau du Ministère de la Santé. D'ailleurs les structures bénéficiaires transmettent les pièces justificatives directement aux bailleurs des fonds sans pour autant en réserver copie, ni informations au Secrétariat Général.

Cette forte dépendance du secteur de Santé au financement extérieur à comme conséquence la perte par le Ministère de la Santé d'une grande partie de son autonomie pour décider, orienter et conduire la politique nationale de santé et les politiques sous sectorielles. Et le manque de coordination et de canalisation, de traçabilité des moyens mobilisés auprès des partenaires par le Gouvernement pour appuyer le système de santé, en dépit des plusieurs structures supposées avoir des implications dans le circuit des financements des partenaires, entre autres, les Direction de Partenariat, des Etudes et Planifications, la Cellule d'appuis et de gestion créée récemment, constitue la source de nombreux dérèglements, des frustrations dans la gestion du secteur de la Santé et des duplications, des chevauchements ainsi que de manque d'équité géographique.

La Cour signale l'absence des mécanismes de collecte des données statistiques devant permettre d'obtenir l'information financière et l'inexistence d'une banque des données y relatives au niveau du Ministère de la Santé. De ce fait, elle n'est pas en mesure de certifier avec exactitude si toutes les aides bilatérales et multilatérales sont émargées aux budgets, ni de déterminer la hauteur pour la période sous examen. Par conséquent elle continuera les investigations au niveau du Ministère du Plan et de la PGAI pour déterminer la prise en compte ou non des dites aides aux budgets de l'Etat. La Cour invite la hiérarchie à rendre opérationnelle la Cellule d'appui et de Gestion afin de mettre fin à cet état des choses.

Conclusion générale et recommandations générales

La Cour note qu'un financement efficace du Secteur de la Santé, en République Démocratique du Congo, n'est pas assuré, ni par les Gouvernements tant central que provinciaux, ni par les Partenaires au développement.

La Cour observe, par ailleurs, que les différents services du MSP ne procèdent pas à la bonne utilisation des fonds mis à leur disposition et sont incapables d'en rendre compte, en n'en tenant pas, prioritairement, une bonne comptabilité.

La Cour recommande :

- la participation du Gouvernement au développement du Secteur de la Santé, en prenant en compte la totalité du Budget du Secteur de la Santé dans l'élaboration et l'exécution du budget général de la République conformément aux dispositions de la Loi N°11/011 DU 13 juillet 2011 relative aux finances publiques ;
- la contribution du Gouvernement au financement du Secteur de la Santé, conformément au prescrit de l'arrêté interministériel n° 324/CAB/MINFIN/2011, 040/CAB/MINBUD/2011 et 216/CAB/MINPLAN/2011 du 17/12/2011 portant règlement du circuit d'informations sur les ressources extérieures qui permettrait dorénavant d'obtenir des données exhaustives sur les ressources extérieures tant en matière de prévisions que de réalisations, d'enregistrer les ressources extérieures au budget de l'Etat et d'en suivre l'exécution, de même que de rétablir les responsabilités dans la gestion des ressources extérieures et conformément aux conventions internationales ratifiées par la République Démocratique du Congo, notamment, celle d'Abuja recommandant aux Etats membres d'allouer 15% de leurs ressources au budget du Secteur ;
- le financement du Secteur de la Santé par les partenaires au développement (bailleurs des fonds) suivant les accords de financement signés conjointement avec le Gouvernement ;
- le versement par les Centres de Santé et les Hôpitaux des 5 à 10% de leurs rentrées financières aux Bureaux Centraux des Zones de Santé qui eux-mêmes doivent en faire autant pour le niveau provincial, et celui-ci pour le niveau national, au titre de frais « de survie » (Source : Plan de Développement Sanitaire) ;

- la mise en place, au profit de chaque entité ou service de la MSP, des mécanismes fiables devant servir à la bonne gestion des fonds alloués, conformément aux lois et règlements (Règlement Général de la Comptabilité en République Démocratique du Congo) ;
- l'utilisation, par chaque entité ou service du Secteur de la Santé, des fonds reçus, conformément aux lois et règlements (Instructions relatives à l'exécution du budget, Loi sur les marchés publics, clauses des différents accords de financement signés)
- le préalable à tout ce qui précède est de restaurer l'ordre dans tous les secteurs de l'entité.

Un référé sera envoyé au Ministre de tutelle pour faire connaître les mesures mises en oeuvre pour remédier à ces irrégularités, lacunes dans la réglementation et des insuffisances dans l'organisation administrative et comptable de l'entité contrôlée.

RÉFÉRÉ N° 01/2013 DU PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES

A l'attention du Ministre de la Santé Publique

Concerne : Observations et recommandations de la Cour, sur l'audit des fonds alloués au Secteur de la Santé de 2006 à 2012

L'extrait de délibération sur le rapport de vérification des fonds alloués au Secteur de la Santé Publique en République Démocratique du Congo contient des observations et recommandations, ci-après, que la Cour des comptes porte à la connaissance du Ministre de la Santé Publique.

Ces observations et recommandations sont relatives aux domaines ci – après :

- organisation et système de pilotage des structures du Ministère de la Santé Publique auditées ;
- personnel des structures auditées ;
- financement du Secteur de la Santé :

❖ Observations et recommandations de la Cour des comptes

1. Organisation et système de pilotage des structures du Ministère de la Santé Publique auditées.

1.1. Plusieurs Etablissements des Sciences de Santé sont peu viables

La Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé a pour mission principale d'organiser la formation des professionnels de santé du niveau secondaire (A2) compétents en vue d'assurer à la population les soins de santé de qualité susceptibles de réduire la morbidité et la mortalité.

Pour ce faire, elle a comme attributions :

- élaborer les normes de fonctionnement et d'agrément des Etablissements d'enseignement des sciences de santé.
- mobiliser les ressources nécessaires pour l'équipement et matériels desdits Etablissements ;
- organiser les inspections et les évaluations de tous ces Etablissements.

Des missions relatives aux états des lieux (enquêtes de viabilité) organisées en 2009

et financées par la CTB ont permis à la Direction de regrouper les Etablissements des Sciences de Santé en quatre catégories, à savoir :

- les Etablissements agréés ;
- les Etablissements autorisés ;
- les Etablissements non autorisés c'est-à-dire ceux fonctionnant sans aucun acte juridique mais ayant entamé le processus au niveau de la Direction ;
- les Etablissements non reconnus par la Direction et fonctionnant clandestinement et irrégulièrement.

Pour contribuer à l'amélioration de l'assainissement environnemental de ces Etablissements, le Ministre a suspendu depuis quatre ans les agréments des IEM et ITM et la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé a entrepris des actions relatives :

- à la mise en place du Jury National pour décourager les Etablissements peu viables,
- à la sensibilisation de l'autorité politique ;
- et à la dénonciation des Instituts Techniques Médicaux non viables.

Malgré cela, la Cour des comptes remarque la prolifération continue des Etablissements des Sciences de Santé qui ne remplissent pas les critères établis par la loi et œuvrant à ciel ouvert en dépit du moratoire du Ministre de la Santé ainsi que des différentes mesures précitées prises par la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé. Cette situation qui est à la base de l'inflation des diplômés dans le Secteur de la Santé, a pour conséquences le pléthore du personnel dans l'Administration et la multiplication des structures des soins de santé de moindre qualité, dans la plupart des cas. Elle risque d'hypothéquer l'atteinte des objectifs de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé qui repose sur les soins de santé primaire.

La Cour conclue que très peu d'Etablissements sont viables et cette situation est due au non-respect des lois et règlements par les promoteurs des Etablissements des Sciences de Santé ainsi que l'absence des sanctions de la part de l'autorité compétente.

Il y a donc un sérieux problème de pilotage au sein du Ministère de la Santé qui nécessite l'implication des autorités du Secteur ainsi que la prise des mesures efficaces et correctives, notamment l'application stricte des lois et règlements.

1.2. Les postes de contrôle au niveau du Programme d'Hygiène aux Frontières ne sont pas dotés des ressources conséquentes.

Le Programme National de l'Hygiène aux Frontières est un service du Ministère de la Santé Publique relevant directement du Secrétariat Général. Il a comme mandat de contribuer à la protection de notre Pays contre la propagation internationale des maladies et l'aider à lutter contre tout événement pouvant être une Urgence de Santé Publique de portée internationale (USPPI). De ce fait, il est le point focal de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en République Démocratique du Congo chargé de l'application sans faille dudit règlement.

A ce titre, le Programme National de l'Hygiène aux frontières est doté de quatre-vingt points de contrôles au niveau des postes d'entrées et de sorties, à travers tout le pays, dont dix-sept seulement ont été retenus comme étant viables. Il ressort cependant des entrevues réalisées avec les personnes clés du Programme que mêmes les dix-sept points retenus ne sont pas dotés des principales capacités, en termes de ressources humaines, financières et matérielles, comme l'exige le Règlement Sanitaire International ratifié par le Pays en 2007. Elle a également constaté l'inadéquation de la réglementation nationale aux exigences de l'application du Règlement précité ainsi que l'absence d'une autonomie administrative et financière devant lui permettre non seulement de rendre compte à la hiérarchie mais également de coordonner efficacement toutes les actions au niveau des frontières.

L'absence d'une organisation efficace au niveau des postes aux frontières expose le Pays aux épidémies et à toute sorte des maladies.

La Cour note que la République Démocratique du Congo n'est pas suffisamment protégée sur le plan épidémiologique suite aux limites manifestées par le Programme. Elle formule les recommandations suivantes auprès du Gouvernement :

- la République Démocratique du Congo doit obtenir une adéquation de la réglementation nationale aux exigences de l'application du Règlement Sanitaire International ratifié par notre Pays en 2007 ;
- à l'instar d'autres Pays comme le Sénégal, l'Algérie, que ce Programme soit transformé « en Agence Nationale de Contrôle Sanitaire aux Frontières » ce qui lui permettra d'obtenir une autonomie administrative et financière pouvant lui permettre non seulement de rendre compte à la hiérarchie mais également de coordonner efficacement toutes les actions du niveau central aux différentes frontières ;
- eu égard au Règlement Sanitaire International d'ici 2014, que tous les 17 points indiqués de contrôle sur les 80 existant sur toute l'étendue de la

République Démocratique du Congo soit dotés des principales capacités comme exigé par ledit règlement pour la réalisation de ses missions ;

- le réajustement de l'enveloppe de la subvention accordée au Programme au titre des frais de fonctionnement pour toutes ses structures tel que prévu par les premiers textes légaux.

1.3. Existence de Plusieurs circuits d'approvisionnement en médicaments et les Etablissements pharmaceutiques peu viables

La mission principale de la Direction de la Pharmacie consiste à garantir la bonne qualité des médicaments aux populations. Il ressort des entrevues réalisées avec les responsables de la Direction que cette dernière est limitée devant la prolifération des Etablissements Pharmaceutiques qui opèrent, parfois, sans remplir les conditions requises et l'existence de plusieurs circuits d'approvisionnement en médicaments non conforme à toute la réglementation en la matière.

La Cour souligne ce désordre entretenu au vu et au su des autorités compétentes. A l'allure où vont les choses, l'on note que l'objectif fixé par la Stratégie des Renforcements des Structures de Santé relatif à l'amélioration de l'offre et l'utilisation de soins de santé par l'ensemble de la population ne soit pas atteint d'une manière effective. Elle invite par conséquent, le Ministre de la Santé en tant que responsable du Secteur ainsi que le Secrétaire Général qui est chargé de l'impulsion des services dudit Secteur, de s'investir efficacement pour l'assainissement de l'environnement lié à la question.

2. Personnel de la Santé

2.1. Plusieurs affectations du personnel dans les différentes structures auditées du Secteur de la Santé ne le sont pas à la demande des structures

Le pléthore au Secteur de la Santé est l'une de ses faiblesses comme les autres administrations en République Démocratique du Congo. Cependant, il ressort des entrevues réalisées avec les responsables des structures auditées à tous les niveaux et des nombreuses visites des lieux que certaines affectations faites en faveur de leurs services respectifs ne découlent pas des besoins qu'ils ont exprimés et souvent sans tenir comptes des profils des emplois à exercer.

Par contre, certains besoins réels en personnel exprimés par les services ne sont pas satisfaits et des explications ne leur sont pas données.

La Cour fait observer cette manière de procéder qui occasionne l'accroissement inutile des effectifs ne garantit nullement le rendement individuel et la réalisation des performances dans les structures qui concourent à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé.

2.2. Corps des inspecteurs au Secrétariat Général à la Santé Publique n'est pas utilisé d'une manière efficiente

Le Corps des Inspecteurs du Secrétariat Général à la Santé a pour mission d'auditer, de contrôler et d'effectuer les inspections du Secteur de la Santé. Il doit veiller également à l'application des instructions du Ministère à tous les niveaux du Secteur.

Les principes généraux de bonne gestion exigent que l'entité se dote de structures qui soient en mesure de lui permettre d'atteindre avec efficacité les objectifs fixés. Les tâches dévolues à chaque structure doivent être clairement définies de manière à éviter le conflit des compétences entre les services.

Partant de ces principes généraux, la Cour a relevé à travers les entrevues et l'exploitation des documents mis à sa disposition l'existence de plusieurs services d'inspection au sein des structures du Secteur de la Santé, notamment, aux Directions de la Pharmacie et de l'Enseignement des Sciences de Santé, le Programme d'Hygiène aux Frontières, la Cellule Technique au Secrétariat Général à la Santé Public, qui sont censés faire le même travail que celui du Corps des Inspecteurs.

Cette situation va à l'encontre des principes des bonnes gestions, évoquées ci-haut, qui recommande la répartition des tâches entre les structures d'une entité qui doit se faire dans le seul but de la recherche de l'efficacité, c'est-à-dire de l'atteinte des résultats escomptés avec efficacité et économie.

En outre le Corps d'inspecteurs, équivalent d'un service d'audit interne du Secteur de la Santé de par ses attributions, n'a pas les moyens de sa politique c'est-à-dire :

- il n'est pas doté des ressources nécessaires pour la réalisation de sa mission en termes d'appui du Gouvernement et celui des partenaires ;
- l'inexistence des plans d'actions annuels et les quelques audits effectués pour la période sous contrôle les sont à la demande du Secrétariat Général ou les bailleurs des fonds ;
- il fonctionne sur base d'un arrêté provisoire de 2003 en l'absence d'un cadre juridique efficace ;
- Son rattachement au Secrétariat Général au même titre que la Cellule Technique précitée ne lui favorise pas son expansion.

La sous-utilisations du Corps d'Inspecteurs, dont les contrôleurs ne sont pas du reste formés en cours d'emploi, a comme conséquence le dérèglement actuel du Secteur de la Santé, notamment, en ce qui concerne la prolifération des Etablissements des Sciences de Santé et Pharmaceutiques ainsi que des Structures Sanitaires peu viables, l'existence de plusieurs circuits d'approvisionnement en médi-

cements, la mauvaise tenue de la comptabilité des fonds reçus par les différentes structures etc.

La Cour fait remarquer que, bien que constitué des cadres compétents issus des différentes structures du Secteur de la Santé, le Corps des Inspecteurs paraît être, d'une part, un garage regroupant des cadres dont la hiérarchie s'est débarrassé ou, d'autre part, ce Corps serait victime du manque d'intérêt des dirigeants d'asseoir un bon système de contrôle interne efficace visant l'atteinte des résultats fixés et susceptible d'apporter la transparence dans la gestion ainsi qu'une meilleure définition des responsabilités, par un service d'audit interne réellement opérationnel au sein d'une Entité.

Par conséquent, la Cour des comptes invite la hiérarchie de rendre le Corps d'Inspecteurs opérationnel car il représente une structure importante devant aider non seulement les responsables à tous les niveaux de la pyramide du Secteur de la Santé à rendre comptes mais également de les accompagner, à travers leurs structures, dans la mise en œuvre effective une fois de plus de la Politique Nationale de Santé.

Elle demande également à la hiérarchie à clarifier les relations techniques et les attributions entre les différentes structures afin d'éviter les chevauchements.

3. Financement du Secteur de la Santé.

3.1. Organisation financière et comptable de toutes les structures du Secteur auditées

3.1.1. Mauvaise tenue de la comptabilité

La Cour a constaté des failles dans la tenue de la comptabilité relative à la gestion des fonds alloués aux différentes structures auditées. Elle a, dans ce contexte relevé des anomalies suivantes en rapport avec :

- l'absence des Comptables Publics dans la gestion des fonds alloués dans la plupart des structures, notamment, l'appui des Gouvernements Central et Provincial. Les Administrateurs Gestionnaires sont affectés en lieu et place des Comptables Publics ou tout autre citoyen gère, sans en avoir reçu mandat par le Ministre des Finances, les biens et deniers de l'Entité. Ils sont d'office des Comptables de fait et justiciables de la Cour des comptes ;
- la tenue des livres de caisse, différents du modèle A 75, en termes d'enregistrements des opérations comptables des dépenses relatives à l'appui des Gouvernement Central et Provincial, de l'absence des périodes de comptabilisation ainsi que de la signature du comptable, de l'ambiguïté des libellés, de la tenue de la comptabilité en monnaie étrangère, des écritures

raturées et surchargées ; ce qui va en l'encontre du Règlement Général de la Comptabilité Publique en République Démocratique du Congo ;

- l'inexistence des pièces justificatives de certaines dépenses relatives à l'appui des Gouvernements Central et Provincial dans certains cas, en violation, notamment, de la Loi n° 76-020 du 16 juillet 1976 portant normalisation de la comptabilité en République Démocratique du Congo qui, à son article 4, alinéa 2, exige que chaque écriture comptable soit justifiée et appuyée par une pièce justificative authentique ;
- la tenue des journaux de caisse des recettes internes générées par les services et les quotités des rétrocessions : l'inexistence des pièces justificatives relatives à la perception des recettes, des prises en recettes des recettes perçues localement, des prises en recettes des quotités des rétrocessions des recettes encadrées par la DGRAD par certaines structures auditées.

La Cour conclut que l'organisation comptable mise en place, dans ces différentes structures, ne procure pas des garanties nécessaires de fiabilité dans les traitements des opérations et leur consolidation.

Cet état des choses peut hypothéquer la bonne utilisation des fonds ainsi reçus des partenaires, des Gouvernements Central et Provincial ainsi que les recettes générées par lesdites structures.

La Cour invite le Secrétariat Général à la Santé Publique, organe d'impulsion des services du Ministère, de faire respecter les lois et règlements qui organisent la tenue de la comptabilité en République Démocratique du Congo pour une bonne utilisation des deniers publics.

3.1.2. Inexistence des mécanismes internes d'exécution des dépenses au Cabinet du Ministre de la Santé Publique

A l'instar de la rémunération du personnel, le Cabinet du Ministère de la Santé est l'une des Entités appuyées par le Gouvernement. De ce fait, il bénéficie régulièrement des frais de fonctionnement, des frais de missions et des quotités venant du Secrétariat Général au titre de fonds spéciaux d'intervention.

De l'examen fait sur base des documents comptables, il ressort les constats suivants :

- la majorité des dépenses sont exécutées sans plan de décaissement, ni plan de trésorerie. Elles le sont par les instructions verbales du Ministre ou du Conseiller Financier comme l'indique, à titre illustratif, le tableau ci-après :

		I. Missions de service	Montants	Bénéficiaires
1.	27/12/11	Frais de mission et titre de voyage relatifs à la cérémonie de réception et à la remise de matériels et équipements médicaux à la Province du KATANGA par l'UNICEF (OPI 257233 et 257232. Attestations 354/0063 et 354/0062).	3.597.600 FC	Mr ABEDI Conseiller Financier.
2.	03/08/11	Frais de mission et titre de voyage en faveur de Mr NDJOLOKO TAMBWE.	3.947\$	
3.	17/02/11	Frais de mission et titre de voyage Mr Jimmy LOKONGO MBONGO/ Reporteur Caméraman (OPI 217615 et 217616, Code 0536 Finances) Relatif à l'achat des matériels de travail à SEOUL.	4.879\$	
4.	12/02/11	MAD relative aux travaux en ateliers d'élaboration et de validation du plan de mise en œuvre d'institutionnalisation des comptes de la Santé Publique (OPI 217408, Code 0536)	6.072.000 FC	Mr NTUMBA MUTOMBO Maguy CDAF. Des hôpitaux 2 ^{ème} échelon, Matricule 521283, Clinique Kinnoise/0813504858
II. Frais de fonctionnement				
1.	25/02/11	Frais de fonctionnement Mois de Janvier	10.000.000FC	Aucune pièce justificative Toutes les dépenses sont soutenues par les bons provisoires de caisse
2.	25/02/2011	Frais de fonctionnement Mois de Février	10.000.000FC	
3.	19/05/11	Frais de fonctionnement Mois de Mars	10.000.000FC	
4.	08/08/2011	Frais de fonctionnement Mois d'Avril	10.000.000FC	
5.	08/08/2011	Frais de fonctionnement Mois de Mai	10.000.000FC	
6.	03/11/2011	Frais de fonctionnement Mois de juin	10.000.000FC	
7.	03/11/201	Frais de fonctionnement Mois de Juillet suivant OPI N° 249804, Attestation 354/7954	10.000.000FC	

- ces dépenses sont effectuées sur base des bons de sortie des fonds qui sont signés, dans la plupart des cas, par Mr Dominique KITAMBO, Mr ABEDI WA KALONDELA et Mr KANKELA MWANZA, respectivement l'Intendant, le Conseiller Financier et le Secrétaire Particulier du Ministre de la Santé Publique et elles ne sont jamais justifiées, en général.

La Cour stigmatise cette situation qui est à la base de la non prise en compte des différentes dépenses dans le livres de caisse du comptable publique Code 0859 faute des pièces justificatives, comme cela est recommandé par la Loi n° 76-020 du 16 juillet 1976 précitée.

C'est ce qui occasionne la tenue d'un registre appelé « rapport de caisse » en lieu et place du livre de caisse modèle A 75 comme exigé par le Règlement Général de la Comptabilité en République Démocratique du Congo, stipulant que celles les écritures appuyées par les pièces justificatives suffisantes sont émargées dans ledit livre de caisse.

La Cour se trouve dans l'obligation de ne pas certifier tous ces décaissements qui constituent pour elle des sommes à justifier par tous les acteurs précités et invite le Cabinet du Ministre de mettre en place les procédures efficaces pour un meilleur traitement de toutes les opérations comptables et financières. Des améliorations en cette matière contribueront à apporter un plus dans la qualité de la gestion du Cabinet du Ministre.

Il en sera de même, mutatis mutandis au sein des autres structures du Ministère de la Santé au niveau central qu'en Province.

3.1.3. La non justification des fonds relatifs aux interventions ponctuelles

La mission principale du Programme National des Urgences et Actions Humanitaires est de préparer la réponse et la riposte médico-sanitaire aux situations d'urgences sur toute l'étendue de la République Démocratique du Congo. Des entrevues réalisées avec les responsables du Programme ainsi que ceux du Cabinet du Ministre de la Santé Publique, la Cour a relevé qu' en la survenance d'une catastrophe ou en cas d'urgence, le Programme élabore un plan spécifique d'intervention (les termes des références) pour une prise en charge correcte et effectuée également le suivi et l'évaluation de l'activité. Par contre, la gestion financière desdites interventions s'effectue soit par le Gouvernement, soit par la Présidence de la République à travers le Ministère de la Santé Publique qui centralise les fonds, les matériels, les médicaments etc.... Ce dernier collabore avec les différentes structures locales pour l'effectivité de l'intervention.

De l'exploitation des documents comptables au Cabinet du Ministre de la Santé sensé coordonner toutes les interventions, la Cour des comptes a constaté que toutes les dépenses se rapportant à un échantillon d'interventions suivant le tableau ci-après, mis à sa disposition, ne sont pas appuyées par des pièces justificatives. Il s'agit des opérations suivantes :

N°	DATE	NATURE DE L'OPERATION	MONTANT	BÉNÉFICIAIRES
1	09/04/2011	Crash d'avion : location d'avion médicalisé et provision hospitalisation du journaliste rescapé.	160.000\$	Conseiller Financier BOKUMWANA MAPOSO
2.	15/07/11	<p>Crash d'avion HEWA BORA à Kisangani</p> <p>- Montant retiré à la Banque Centrale du Congo</p> <p>Dépenses effectuées</p> <ul style="list-style-type: none"> - (09/07/11) Frais de mission des médecins et interventions diverses - (11/07/11) Achat médicaments - (15/07/11) Achat médicaments 	<p>535.000\$</p> <p>150.000\$</p> <p>300.000\$</p> <p>85.000\$</p>	<p>Intendant/ Mr. Dominique KITAMBA</p> <p>Mr. Valeri TSHISIKA/ Pharmacien.</p> <p>Fournisseur : société IMPORTEX-CONGO</p>
3.	20/12/11	<p>Crash d'avion à ANKORO</p> <p>Frais relatifs à la prise en charge médicale et évacuation sanitaire des accidentés d'ANKORO (acompte) (OPI 257235, code : 0859)</p>	50.000\$	Mr Valery TSHISIKA/Pharmacien Pour achat médicaments

Les interventions ponctuelles, les plus récentes en 2012, ont concerné la Fièvre EBOLA dans la Province Orientale et l'incendie de SANGE au Sud- Kivu. La Mission d'audit a demandé auprès du Ministère de la Santé Publique les données et préci-

sions à ce sujet. Aucune réponse, à ce jour, n'est parvenue à la Cour. La convocation du Secrétaire Général à la Santé Publique et de ses collaborateurs par le Procureur Général près la Cour des comptes n'a rien produit.

La Cour fait remarquer cette mauvaise gestion des montants aussi importants qui va en l'encontre de la Loi sur la Normalisation comptable précitée ainsi qu'aux instructions relatives à l'exécution du budget. Elle souligne le fait qu'elle ne soit pas en possession de la situation des interventions les plus récentes en 2012, telles que, les cas de l'incendie de SANGE au Sud-Kivu et de la fièvre EBOLA en Province Orientale.

Elle pourrait être amenée à conclure que cette catégorie d'interventions a fait l'objet **d'obstruction** de la part des membres du Cabinet du Ministre de la Santé Publique malgré les différentes réquisitions des documents introduits à ce sujet.

La Cour, usant de sa compétence générale et permanente sur le contrôle des Finances Publiques, pourra à tout moment revenir sur ces cas et en déterminer les diverses responsabilités.

Par ailleurs, le Programme National des Urgences et Actions Humanitaires a entre autre comme attribution, l'implantation et l'organisation des coordinations provinciales des urgences et actions humanitaires en fin de doter en stocks d'urgence des médicaments, vaccins, réactifs et autres matériels de prélèvement.

La Cour des comptes fait observer également sa non implication dans la coordination financière des interventions. Elle invite, par conséquent, le Ministre de la Santé Publique à mettre de l'ordre dans les différents services impliqués dans le circuit de l'exécution de ce genre des dépenses, notamment en veillant à la stricte application des lois et règlements dans la tenue de la comptabilité, la bonne gestion et la transparence.

Le Gouvernement, pour sa part, devra mettre en place les mécanismes efficaces relatifs à la gestion desdites interventions en impliquant également un leadership clair et responsable ainsi que le Programme National des Urgences et Actions Humanitaires dans l'exécution de ce genre de dépenses.

3.2. Appui des Gouvernements Central et Provinciaux au Secteur de la Santé

3.2.1. Non-respect des accords Internationaux et Régionaux en matière de financement du Secteur de la Santé

La part du financement du Secteur de la Santé, par rapport au Budget de l'Etat ou Budget dit global, tant en prévisions qu'en exécutions, même en y ajoutant la part de financement des budgets des Provinces, est restée toujours inférieure aux

accords Internationaux et Régionaux en matière de financement du Secteur, notamment, les engagements des chefs d'Etat à ABOUJA en 2011 recommandant aux Etats membres d'allouer 15,00% de leurs ressources au budget de la Santé.

De l'exploitation faite des budgets du Gouvernement Central et des Edits budgétaires des Provinces du Kasai Oriental et du Nord Kivu pour la période allant de 2009 à 2012, la Cour a relevé que pour les différentes structures du Secteur qui concourent à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé au niveau Central et Provincial, les apports ne sont pas significatifs.

Par ailleurs, en ce qui concerne la Province du Kasai Oriental, seul le budget du Ministère de la Santé et des Droits Humains, comme entité, est exécuté, à l'instar de l'exercice 2011 où le Gouvernement Provincial a financé les constructions des ITM et les Centres de Santé de quelques Zones de Santé, pour un montant équivalant à CDF 117.400.000,00, soit 18% de CDF 640.000.000,00 prévus et 3,10% du budget de la Santé.

La Cour souligne cette insuffisance de l'appui des Gouvernement Central et Provincial qui est non-conforme aux différentes Conventions Internationales et Régionales ratifiées par la République Démocratique du Congo en matière de financement du Secteur de la Santé.

La Cour des comptes invite, par conséquent, les Gouvernements Central et Provincial de se conformer à l'esprit de la disposition de la réglementation précitée dans l'élaboration du budget de la Santé. Une attention particulière doit être à son exécution pour permettre aux différentes structures du Secteur de s'impliquer efficacement pour l'amélioration de la Santé pour tous en République Démocratique du Congo par la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé en vue de l'atteinte des objectifs du Millénaire.

Il en est de même pour le Gouvernement de la Province du Nord Kivu et de ses différentes structures où aucune donnée chiffrée fiable et exploitable n'a pu être fournie.

3.2.2. Le budget affecté au Secteur de la Santé n'est pas significatif.

Des entrevues réalisées avec les responsables de toutes les structures auditées, il a été démontré que toutes les structures à tous les niveaux du Secteur de la Santé élaborent annuellement des Plans d'Actions Opérationnelles relatifs aux frais de fonctionnement au titre des prévisions budgétaires qui sont consolidées au niveau central.

Des analyses faites des budgets de la période sous examen, l'Equipe de contrôle a constaté qu'hormis de la rémunération qui comprend les salaires et primes du

personnel de Santé, la quasi-totalité de ses structures ne sont pas appuyées en termes de frais de fonctionnement et d'équipement, plusieurs d'entre eux n'émergent même pas aux différents budgets.

Cette insuffisance de financement du Gouvernement Central à travers toutes les structures du Secteur, surtout celles du niveau Provincial qui jouent un rôle important dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé à travers les Zones de Santé constitue un handicap majeur dans l'atteinte des objectifs de la Politique Nationale de Santé. Cet état des choses risque d'hypothéquer également l'atteinte des objectifs du millénaire qui influent tous sur la Santé, s'il n'est apporté un correctif, en termes de frais de fonctionnement et d'équipement.

3.2.3. Non effectivité de paiement des salaires et primes à tout le personnel du Secteur de la Santé.

L'appui du Gouvernement Central concerne principalement la rémunération du personnel de la Santé comme évoqué au rapport de l'audit. Il ressort, cependant, des entrevues réalisées tant au niveau Central que Provincial et de l'examen des documents des comptables de faits relatifs à la paie du personnel de Santé, que cette enveloppe ne couvre pas la totalité de l'effectif du personnel mécanisé en termes de salaires et/ ou primes.

Ceci entraîne la négligence au niveau des tâches à effectuer par le personnel et occasionne souvent les départs même dans le chef de certains agents formés par le Ministère, notamment, au niveau des Programmes spécialisés pour les maladies. Cette situation rend parfois inefficace le fonctionnement des structures du Secteur.

La Cour signale l'absence des données exhaustives des tous les Comptables Publics du niveau Central pour les rapprocher à celles des comptables de fait des services, d'une part, celles des Ordonnateurs des Dépenses du Gouvernement Central Délégué aux deux Provinces (OD) précitées ainsi que celles des Comptables Publics affectés à chacune des Divisions Provinciales de la Santé pour les rapprocher à celles des Divisions Provinciales, d'autre part, afin de déterminer avec certitude l'enveloppe globale payée pour la période sous examen par rapport aux différents budgets de la période et des éventuels écarts.

La Cour des comptes invite les Division des Finances de chacune des Provinces à s'engager dans la mise en place des mécanismes efficaces d'organisation des services des OD et des Comptables Publics affectés aux Divisions Provinciales de la Santé. Etant des justiciables de la Cour des Comptes, ils doivent s'engager à la bonne tenue de la comptabilité des deniers publics pour assurer une traçabilité et une transparence de toutes les opérations.

3.2.4. Autres interventions du Gouvernement Central ne sont pas maîtrisables par les Directions Provinciales de la Santé du Nord- Kivu et du Kasai- Oriental.

Les interventions du Gouvernement Central, en termes d'investissement aux Districts Sanitaires et aux Zones de Santé, ne passent pas par les Divisions Provinciales de la Santé des deux Provinces précitées. Toutes ses interventions sont coordonnées au niveau central. Mais le Secrétariat Général à la Santé Publique n'a pas mis à la disposition de la Cour toutes les données financières ainsi que les dossiers correspondants.

L'absence des données relatives à ce type de financement, qui devaient servir comme des éléments probants n'a pas permis à la Cour d'effectuer les rapprochements avec ceux contenus dans les budgets de l'Etat en vue de relever d'éventuels écarts.

3.2.5. Le laboratoire Pharmaceutique de Kinshasa (LAPHAKI) n'a pas bénéficié d'un lot de matériel important du fournisseur « KIMTRACO ».

Le Laboratoire Pharmaceutique de Kinshasa a comme mission principale de produire, fabriquer, analyser, reconditionner et mettre à la disposition de la population les médicaments. A sa création, il était sous la gestion conjointe Congo- Belge, actuellement, il est régulièrement confronté à des multiples difficultés liées à son fonctionnement pour la réalisation de ses activités, notamment, à l'absence de l'autonomie financière, à la vétusté du matériel et au vieillissement de son personnel.

Il ressort des entrevues réalisées avec les responsables de l'Entité qu'il ne bénéficie pas d'un appui efficace comme les autres services du Secteur. Par contre en 2012, il a bénéficié exceptionnellement d'un appui budgétaire au titre des frais de fonctionnement des montants de l'ordre de CDF 12.550.732 pour le 1^{er} trimestre et CDF 9.798.951 pour le 2^{ème} trimestre.

Quant aux investissements, la Direction de LAPHAKI a élaboré en 2009 un Projet sur l'Acquisition des matières premières, intrants et emballages pour le fonctionnement du laboratoire. Il a bénéficié en 2011, par les fonds de contrepartie du Ministère du Plan, d'un financement de l'ordre de dollars américains 621.958 comme renseigné dans le dossier de marché mis à la disposition des auditeurs. Ce montant a été versé directement dans le compte du fournisseur « KIMTRACO » qui jusqu'à ce jour n'a jamais livré tout le matériel, bloqué à la douane faute d'une décision d'exonération, dans le délai.

L'Equipe de contrôle déplore le non-respect des clauses du marché par le fournisseur qui a causé préjudice à LAPHAKI, quant à la péremption imminente des matières premières retenues dans les entrepôts de l'ONATRA depuis plusieurs mois et

interpelle les autorités du Ministère de la Santé Publique sur la négligence dont ont fait montre ses services dans le traitement de ce dossier car aucune action n'est entreprise jusque-là.

Une réaction rapide doit être menée pour pallier ces défaillances et faire rentrer LAPHAKI dans ces droits. La Cour des Comptes quant à elle, continuera ses investigations dans le but de déterminer les responsabilités.

4. Recettes générées par des structures du Ministère de la Santé Publique auditées

4.1. Absence de cadre de concertation entre la DGRAD et les services d'assiettes du Ministère.

Il ressort des entrevues réalisées avec les responsables des services générateurs des recettes ainsi que de l'examen des documents comptables mis à la disposition des auditeurs que toutes les rétrocessions desdits services (par la DGRA) arrivent au Secrétariat Général à la Santé Publique dans une enveloppe globale.

Les services générateurs des recettes, quant à eux, déplorent le fait qu'ils ne maîtrisent pas le montant global des réalisations, la clé de répartition appliquée par le Secrétariat Général pour chaque service et le caractère irrégulier de la rétrocession.

En dépit des toutes les réquisitions adressées au Secrétariat Général et plusieurs tentatives des rencontres, ce dernier n'a pas mis à la disposition des auditeurs l'historique de toutes les rétrocessions de la période sous contrôle.

C'est la raison pour laquelle la Cour des Comptes n'a pu évaluer la hauteur de l'ensemble de la rétrocession pour la période sous examen, ni retracer les quotités transférées auprès des services générateurs des recettes en vue de les rapprocher à celles desdits services pour établir des probables écarts ou confirmer la véracité des transferts.

Dans ce contexte, la Cour fait remarquer l'absence d'un cadre de concertation entre la DGRAD et les différents services d'assiettes du Ministère pour la conciliation des comptes, en vue de la détermination du montant global des recettes mobilisées de chaque service afin de dégager les quotités y relatives des rétrocessions. Elle signale également le caractère aléatoire des fonds rétrocédés à tous les services par le Secrétariat Général à la Santé dû à l'absence des mécanismes de gestion et de répartition de l'enveloppe globale de rétrocessions de tous les services générateurs des recettes.

Les efforts restent à faire au niveau du Secrétariat Général pour l'établissement d'un système de gestion et de répartition transparente, solide et fiable.

4.2. La rétrocession des quotités au Cabinet du Ministre et au Secrétariat Général à la Santé Publique.

Les Directions de la Pharmacie, de l'Enseignement des Sciences de Santé, de l'Institut National de Recherche Biomédicale rétrocèdent au cabinet du Ministre de la Santé Publique ainsi qu'au Secrétariat Général une quotité de leurs recettes perçues localement au titre « de fonds spécial d'intervention » comme l'indique la clé de répartition de la note circulaire du Secrétaire Général à la Santé.

Le Programme de l'Hygiène aux Frontières, quant à lui, est un grand service générateur des recettes à plus ou moins 80% de l'ensemble des recettes mobilisées par le Ministère de la Santé Public. De ce fait, il reçoit mensuellement une subvention au titre des frais de fonctionnement de la Direction ainsi que les différentes Coordinations Provinciales.

Il ressort de l'exploitation des documents comptables mis à la disposition des auditeurs que le Programme rétrocède également au Cabinet du Ministre et au Secrétariat Général des quotités mensuelles respectivement de l'ordre des CDF 1.500.000 et 1.000.000 sur la subvention reçue. Ces quotités importantes sont payées sans aucune base juridique et dépassent parfois celles de certaines Coordinations Provinciales du Programme.

La Cour des comptes fait observer que cette manière de faire porte préjudice à la répartition des fonds à travers les Entités du Programme et va à l'encontre des dispositions des instructions sur l'exécution du budget relatives à la procédure des affectations des mises à la disposition des fonds.

5. Contribution des malades

Suite au désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de Santé en République Démocratique du Congo, les malades contribuent de plus en plus à ce financement.

Cette pratique s'est intensifiée à partir de 1990 où les formations sanitaires ont été amenées à reverser 5 à 10% de leurs entrées financières aux Bureaux Centraux des Zones de Santé qui, eux-mêmes, devraient en faire autant pour le niveau provincial, et celui-ci pour le niveau national.

Au fil des années, ce système de taxation informelle et inéquitable s'est enraciné et est devenu un des moteurs du système pour la survie financière des individus et des institutions.

Les populations contribuent pour près de 70,00 % au financement des charges récurrentes de fonctionnement de certaines Zones de Santé.

Il ressort des entrevues réalisées avec les structures que cette pratique n'existe plus au niveau du Secteur. La Cour note la non implication du Secrétariat Général à la Santé dans la mise en place et l'application des mécanismes efficaces pour la gestion de ce système et c'est la raison pour laquelle elle n'a pas pu obtenir l'historique de tous ces reversements.

6. Appui bilatéral et multilatéral

Absence de coordination des aides bilatérales et multilatérales

La Politique Nationale de la Santé repose essentiellement sur la stratégie des soins de santé primaire, l'unité opérationnelle de sa mise en œuvre étant la Zone de Santé.

L'approche sélective des problèmes de santé par les Partenaires accorde souvent la priorité uniquement aux interventions de lutte contre certaines maladies en finançant directement les activités des Zones de Santé et certains services des Divisions Provinciales (Source : PNDS). Il s'agit des Programmes qui ont établi des indicateurs contre la maladie, notamment, les Programmes de santé relatifs au VIH/SIDA, à la lutte contre le paludisme et la tuberculose etc. en lieu et place des services de santé centrés sur la personne.

A travers les entrevues réalisées avec les responsables de l'échantillon des structures évoquées ci-haut, il se dégage effectivement que la quasi-totalité des structures du Secteur de la Santé est financée par les partenaires et ceci en termes d'appui institutionnel, d'activités au niveau périphériques, d'équipements et de logistique. Il se fait, malheureusement par contre, que, toutes ces aides ne sont pas coordonnées au niveau du Ministère de la Santé. D'ailleurs les structures bénéficiaires transmettent les pièces justificatives directement aux bailleurs des fonds sans pour autant réserver copie au Secrétariat Général.

Cette forte dépendance du secteur de santé au financement extérieur à comme conséquence la perte par le Ministère de la santé d'une grande partie de son autonomie pour décider, orienter et conduire la politique nationale de santé et les politiques sous-sectorielles. Et le manque de coordination et de canalisation, de traçabilité des moyens mobilisés auprès des partenaires par le Gouvernement pour appuyer le système de santé, en dépit des plusieurs structures supposées avoir des implications dans le circuit des financements des partenaires, entre autre, les Direction de Partenariat et des Etudes et Planifications, la Cellule d'appuis et de gestion créée récemment, constitue la source de nombreux dérèglements, des frustrations dans la gestion du secteur de la santé et des duplications, des chevauchements ainsi que de manque d'équité géographique.

La Cour signale l'absence des mécanismes des collectes des données statistiques devant permettre d'obtenir l'information financière et de l'inexistence d'une banque des données y relatives au niveau du Ministère de la Santé.

De ce fait, elle n'est pas en mesure de certifier avec exactitude si toutes les aides bi-latérales et multilatérales sont émargées aux budgets, ni de déterminer la hauteur pour la période sous examen. Par conséquent elle continuera les investigations au niveau du Ministère du Plan et de la PGAI pour déterminer la prise en compte ou non des dites aides aux budgets de l'Etat.

La Cour invite la hiérarchie à rendre opérationnelle la Cellule d'appui et de Gestion afin de mettre fin à cet état des choses.

Conclusion

Ce référé est conforme à l'Ordonnance – Loi n° 87- 031 du 22 juillet 1987 relative à la procédure devant la Cour des comptes en ses articles 39 et 40 qui stipulent :

Article 39 :

Lorsque, au cours de l'examen des comptes de l'Etat et des entités décentralisées, la Cour des comptes relève des irrégularités, des lacunes dans la réglementation ou des insuffisances dans l'organisation administrative et comptable, le Président les porte par voie de référé à la connaissance des Ministres intéressés. Il leur demande de lui faire connaître les mesures mises en œuvre pour y remédier.

Article 40 :

Les Ministres sont tenus de répondre aux référés dans les deux mois de leur réception.

C'est en se conformant à ces dispositions de la Loi précitée que le Président de la Cour des comptes demande au Ministère de la Santé Publique de lui communiquer les mesures qu'ils comptent prendre pour remédier aux irrégularités relevées et pour mettre en application les recommandations faites par la Cour des Comptes.

Fait à Kinshasa, le 17 juin 2013

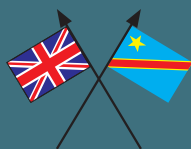
IZEMENGIA NSAA-NSAA
Président de la Cour des comptes

Table des matières

I. Introduction	5
2. Présentation succincte du secteur de la Santé	8
2.1. Evolution historique du système de santé de la République Démocratique du Congo (RDC) ..	9
2.2. Cadre juridique.....	10
2.3. Cadre organisationnel	11
2.3.1. Le niveau central	11
2.3.2. Le niveau intermédiaire	11
2.3.3. Le niveau périphérique ou opérationnel.....	12
2.4. Caractéristiques du système de Santé.....	12
2.5. Problèmes du système de Santé et leurs causes éventuelles.....	13
2.5.1. Problèmes liés à la longue période caractérisée par la situation d'urgence. ...	13
2.5.2. Absence d'un cadre de référence correcte pour la définition des services de Zone de Santé. ...	13
3. Observations et recommandations	15
3.1. Organisation et système de pilotage des structures du Ministère de la Santé Publique auditées.....	15
3.1.1. Plusieurs Etablissements des Sciences de Santé sont peu viables	16
3.1.2. Les postes de contrôle au niveau du Programme d'Hygiène aux Frontières ne sont pas dotés des ressources conséquentes.	18
3.1.3. Existence des plusieurs circuits d'approvisionnement en médicaments et des Etablissements pharmaceutiques peu viables	19
3.2. Le Personnel de santé.....	20
3.2.1. Plusieurs affectations du personnel dans les différentes structures auditées du Secteur de la Santé ne le sont pas à la demande des structures	20
3.2.2. Le Corps des Inspecteurs au Secrétariat Général à la Santé Publique n'est pas utilisé d'une manière efficiente	21
3.3. Financement du Secteur de la Santé	22
3.3.1. Budget de l'Etat.....	22
3.3.2. Recettes Internes.....	31
3.3.2.1. Contribution des malades	31
3.3.2.2. Taxes, amendes et rétrocessions de la DGRAD	31
3.3.3. Aides extérieures bilatérales et multilatérales	34
• <i>Organisation financière et comptable de toutes les structures du Secteur auditées....</i>	<i>39</i>
• La mauvaise tenue de la comptabilité.....	39

- Inexistence des mécanismes internes d'exécution des dépenses au Cabinet du Ministre de la Santé..... 40
- La non justification des fonds relatifs aux interventions ponctuelles..... 41
- *Appui des Gouvernements Central et Provinciaux au Secteur de la Santé* 42
- *Absence de cadre de concertation entre la DGRAD et les services d'assiettes du Ministère* 45
- La rétrocession des quotités au Cabinet du Ministre et au Secrétariat Général à la Santé Publique 46
- Appui bilatéral et multilatéral 47

Conclusion Générale et recommandations Générales 49



Publié avec l'appui de la
Coopération Britannique et du PNUD

