DOI: https://doi.org/10.61841/70zccm16 Publication URL: https://jarmhs.com/index.php/mhs/article/view/619

ROLE ET RESPONSABILITES DES AUTORITES LOCALES DANS LA MISE ŒUVRE DE LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE DANS LA PROVINCE DU MANIEMA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

Baruani Zakuani Théophile[1], Lokanga Ahoka César[2], Kaozi Mihali John-Descemet[3], Kayobola Kangombe Thomas[4]

[1]Professeur des Universités, spécialiste en Santé communautaire et développement, Institut Supérieur de Développement Rural de Kindu (ISDR-KND), BP. 40 Kindu, RD Congo

[2]Docteur en Biologie animale, spécialiste en Parasitologie médicale moléculaire, Département de Zootechnie et production animale, Institut Supérieur Pédagogique de Kibombo (ISP-KBBO), BP. 11 Kibombo, RD Congo.

[3]Professeur des Universités, spécialiste en Santé Publique, Faculté de médecine, Université de Kindu, BP. 122 Kindu, RD Congo.

[4]Professeur des Universités, spécialiste des questions de santé et environnement, Institut Supérieur de Développement Rural de Kindu (ISDR-KND), BP. 40 Kindu, RD Congo

Corresponding Author:

To Cite This Article : Théophile, B. Z., César, L. A., Descemet, K. M. J.-., & Thomas, K. K. (2026). ROLE ET RESPONSABILITES DES AUTORITES LOCALES DANS LA MISE ŒUVRE DE LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE DANS LA PROVINCE DU MANIEMA EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO. Journal of Advanced Research in Medical and Health Science (ISSN 2208-2425), 12(4), 36-44. https://doi.org/10.61841/70zccm16

RESUME

L'étude a visé d'évaluer le rôle et les responsabilités des autorités locales dans la mise en œuvre de la décentralisation du système de santé dans la province du Maniema, en identifiant les principales fonctions exercées, les insuffisances rencontrées et les facteurs associés à une mise en œuvre efficace.

Une étude quantitative transversale a été menée auprès de 84 participants impliqués dans la gouvernance et le fonctionnement du système de santé dans la province du Maniema. Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives (effectifs, pourcentages, moyennes et écarts-types) et de tests statistiques (χ^2 de Pearson, Fisher, t de Student, ANOVA) avec leurs intervalles de confiance à 95 %, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

Les résultats montrent que les autorités locales sont relativement impliquées dans la planification sanitaire (86,9 %), l'élaboration des plans opérationnels (90,5 %) et la coordination avec les zones de santé (83,3 %). En revanche, leur implication demeure faible dans l'allocation des ressources (35,7 %), la mobilisation des ressources (41,7 %), la supervision des formations sanitaires (45,2 %) et le suivi-évaluation (50,0 %). Le score moyen des responsabilités exercées était de 5,65 ± 3,15 sur 9, tandis que les scores moyens relatifs à la planification/autonomie/coordination et aux ressources/capacités institutionnelles étaient respectivement de 2,45 ± 0,92 et 2,17 ± 0,90 sur 5. Seuls 21,4 % des participants présentaient une mise en œuvre classée comme efficace contre 78,6 % de mise en œuvre non efficace. Des associations statistiquement significatives ont été observées entre la mise en œuvre efficace et l'âge, le niveau d'études, l'ancienneté, la fonction et l'institution d'appartenance ($p < 0,001$).

Il nécessite un transfert effectif des compétences accompagné de ressources financières, humaines et matérielles suffisantes, ainsi qu'un renforcement des capacités des autorités locales en matière de planification, gestion, supervision et suivi-évaluation.

MOTS-CLES: *Décentralisation sanitaire, autorités locales, gouvernance, système de santé, responsabilités, Maniema.*

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the role and responsibilities of local authorities in implementing the decentralization of the health system in Maniema Province by identifying key functions performed, shortcomings encountered, and factors associated with effective implementation.

A quantitative cross-sectional study was conducted involving 84 participants engaged in the governance and operation of the health system in Maniema Province. Data were analyzed using descriptive statistics (frequencies, percentages, means, and standard deviations) and statistical tests (Pearson's chi-square, Fisher's exact test, Student's t-test, ANOVA) with 95% confidence intervals and a significance threshold set at $p < 0.05$.

© Author(s) 2026. This work is distributed under the Creative Commons BY- 4.0 license: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

The results show that local authorities are relatively involved in health planning (86.9%), the development of operational plans (90.5%), and coordination with health zones (83.3%). Conversely, their involvement remains low regarding resource allocation (35.7%), resource mobilization (41.7%), supervision of health facilities (45.2%), and monitoring and evaluation (50.0%). The mean score for responsibilities exercised was 5.65 ± 3.15 out of 9, while the mean scores for planning/autonomy/coordination and resources/institutional capacities were 2.45 ± 0.92 and 2.17 ± 0.90 out of 5, respectively. Only 21.4% of participants demonstrated implementation classified as effective, compared to 78.6% classified as ineffective. Statistically significant associations were observed between effective implementation and age, education level, length of service, position held, and the affiliated institution ($p < 0.001$).

It requires an effective transfer of competencies accompanied by sufficient financial, human, and material resources, as well as capacity building for local authorities in planning, management, supervision, and monitoring and evaluation.

KEYWORDS: *Health decentralization, local authorities, governance, health system, responsibilities, Maniema.*

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, la décentralisation est reconnue comme l'une des principales stratégies de réforme des systèmes de santé dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Elle consiste à transférer progressivement certaines responsabilités administratives, financières et décisionnelles du niveau central vers les niveaux provinciaux et locaux afin d'améliorer la réactivité des services, la participation communautaire et l'efficacité de la gouvernance sanitaire (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2021).

La littérature internationale montre que la décentralisation peut améliorer la qualité des services de santé lorsqu'elle s'accompagne d'une réelle autonomie administrative, d'un financement suffisant, de ressources humaines qualifiées et de mécanismes efficaces de reddition des comptes (Bossert & Mitchell, 2011 ; Mills *et al*., 2022). À l'inverse, lorsque les compétences sont transférées sans les ressources correspondantes, les collectivités territoriales rencontrent des difficultés importantes dans l'exercice de leurs responsabilités, compromettant ainsi la performance globale du système de santé (Saltman *et al*., 2007).

En République démocratique du Congo, la Constitution du 18 février 2006 a consacré la décentralisation comme mode d'organisation de l'État en attribuant aux provinces plusieurs compétences dans le domaine de la santé. Cette réforme a été renforcée par les Plans nationaux de développement sanitaire successifs, qui prévoient une responsabilisation accrue des autorités provinciales dans la planification, la coordination, le financement et le suivi des interventions sanitaires (Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévoyance Sociale [MSPHPS], 2024).

Malgré ces avancées institutionnelles, plusieurs évaluations nationales mettent en évidence des insuffisances persistantes, notamment une faible autonomie décisionnelle des provinces, une dépendance importante vis-à-vis des financements extérieurs, des capacités institutionnelles limitées et une coordination encore insuffisante entre les différents niveaux du système de santé (OMS, 2023). Ces difficultés sont particulièrement marquées dans les provinces à faible capacité administrative telles que le Maniema.

La province du Maniema présente des contraintes spécifiques liées à son enclavement géographique, à la faiblesse des infrastructures, aux ressources humaines limitées et à une forte dépendance envers les partenaires techniques et financiers. Dans ce contexte, les autorités sanitaires locales jouent un rôle déterminant dans la planification sanitaire, la mobilisation des ressources, la coordination des interventions et le suivi des programmes de santé. Toutefois, peu d'études empiriques ont analysé de manière systématique les responsabilités effectivement exercées par ces autorités ainsi que les obstacles auxquels elles sont confrontées.

La présente étude vise donc à évaluer le rôle et les responsabilités des autorités locales dans la mise en œuvre de la décentralisation du système de santé dans la province du Maniema afin de fournir des données probantes susceptibles d'éclairer les politiques publiques de renforcement de la gouvernance sanitaire.

METHODOLOGIE

Cette étude a adopté un devis transversal à visée descriptive et analytique selon une approche quantitative (Creswell & Creswell, 2018; Setia, 2016). Elle a été réalisée dans la province du Maniema, en République démocratique du Congo, auprès des acteurs impliqués dans la gouvernance du système de santé et la mise en œuvre de la décentralisation sanitaire. La population d'étude comprenait les responsables de la Division Provinciale de la Santé, les Médecins Chefs de Zone, les membres des Bureaux Centraux de Zone, les responsables des formations sanitaires ainsi que d'autres autorités locales intervenant dans la gouvernance sanitaire.

Un échantillonnage non probabiliste de type raisonné a été utilisé afin de recruter les participants répondant aux critères d'inclusion (Etikan et al., 2016). Au total, 84 acteurs ont été inclus dans l'étude après avoir donné leur consentement libre et éclairé.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré, élaboré à partir de la littérature scientifique sur la décentralisation des systèmes de santé et les méthodes d'enquête quantitative (Creswell & Creswell, 2018; World Health Organization, 2007). L'instrument comportait des questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques des

© Author(s) 2026. This work is distributed under the Creative Commons BY- 4.0 license:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

répondants, les rôles et responsabilités des autorités locales, la participation aux processus décisionnels, les mécanismes de coordination, la mobilisation des ressources, les contraintes rencontrées ainsi que les perspectives d'amélioration de la gouvernance sanitaire. La majorité des items étaient mesurés sur une échelle de Likert à cinq modalités (Likert, 1932). Un prétest du questionnaire a été réalisé afin d'en vérifier la clarté, la pertinence et la compréhension (Boateng *et al*., 2018).

Les données ont été saisies sous Microsoft Excel, puis analysées avec IBM SPSS Statistics version 26. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour présenter les effectifs, les pourcentages, les moyennes et les écarts-types (Field, 2018). Les associations entre les variables qualitatives ont été évaluées au moyen du test du Chi carré de Pearson ou du test exact de Fisher, tandis que les comparaisons de moyennes ont été réalisées à l'aide du test *t* de Student ou de l'analyse de variance (ANOVA), selon les cas (Field, 2018). Les résultats ont été exprimés sous forme d'Odds Ratios ajustés (ORa) avec leurs intervalles de confiance à 95 %, et le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

L'étude a été conduite dans le respect des principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki (World Medical Association, 2013). Les autorisations administratives nécessaires ont été obtenues auprès des autorités sanitaires compétentes de la province du Maniema. La participation à l'étude était volontaire, les données ont été recueillies de manière anonyme et confidentielle, et chaque participant a signé un consentement libre et éclairé avant son inclusion dans l'étude (Council for International Organizations of Medical Sciences [CIOMS], 2021).

RESULTATS

CARACTERISTIQUES GENERALES DES PARTICIPANTS

Tableau 3.1: Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants

Variable	Modalité	n	%
Groupe d'âge	30–39 ans	36	42,9
	40–49 ans	25	29,8
	≥50 ans	23	27,4
Niveau d'études	Graduat	20	23,8
	Licence	61	72,6
	Master	3	3,6
Ancienneté	<5 ans	1	1,2
	5–10 ans	35	41,7
	11–20 ans	41	48,8
	>20 ans	7	8,3
Institution	Zone de santé	35	41,7
	Centre de santé	26	31,0
	HGR	9	10,7
	DPS	6	7,1
	Administration provinciale	6	7,1
	ONG	2	2,4

Les participants étaient principalement des responsables de formations sanitaires (25 ; 29,8 %), suivis des agents de santé (15 ; 17,9 %), des médecins chefs de zone (12 ; 14,3 %) et des administrateurs généraux (12 ; 14,3 %). Les superviseurs représentaient 11 participants (13,1 %), tandis que les autorités provinciales représentaient 6 participants (7,1 %).

Concernant l'âge, aucun participant n'avait moins de 30 ans. Les personnes âgées de 30–39 ans étaient les plus représentées (36 ; 42,9 %), suivies de celles de 40–49 ans (25 ; 29,8 %) et de celles âgées de 50 ans ou plus (23 ; 27,4 %).

La majorité des participants avaient un niveau d'études de licence (61 ; 72,6 %), contre 20 (23,8 %) ayant un graduat et 3 (3,6 %) un master. En ce qui concerne l'ancienneté, 41 participants (48,8 %) avaient 11–20 années d'expérience, 35 (41,7 %) avaient 5–10 années, 7 (8,3 %) plus de 20 ans et 1 (1,2 %) moins de 5 ans.

Sur le plan institutionnel, les participants provenaient principalement des zones de santé (35 ; 41,7 %) et des centres de santé (26 ; 31,0 %), suivis des hôpitaux généraux de référence (9 ; 10,7 %), de la Division provinciale de la Santé (6 ; 7,1 %) et de l'administration provinciale (6 ; 7,1 %).

© Author(s) 2026. This work is distributed under the Creative Commons BY- 4.0 license:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

ROLE ET RESPONSABILITES DES AUTORITES LOCALES

Tableau 3.2: Responsabilités exercées dans le cadre de la décentralisation

Responsabilité	Oui		Non	
	n	%	n	%
Planification sanitaire	73	86,9	11	13,1
Élaboration des plans opérationnels	76	90,5	8	9,5
Allocation des ressources	30	35,7	54	64,3
Coordination avec les zones de santé	70	83,3	14	16,7
Gestion administrative	64	76,2	20	23,8
Supervision des formations sanitaires	38	45,2	46	54,8
Mobilisation des ressources	35	41,7	49	58,3
Coordination des partenaires	47	56,0	37	44,0
Suivi-évaluation	42	50,0	42	50,0

Le score moyen relatif aux responsabilités assumées dans le cadre de la décentralisation était de **5,65 ± 3,15 sur 9**.

Les responsabilités les plus fréquemment rapportées étaient l'élaboration des plans opérationnels (76 ; 90,5 %), la participation à la planification sanitaire (73 ; 86,9 %) et la coordination avec les zones de santé (70 ; 83,3 %). La gestion administrative était rapportée par 64 participants (76,2 %).

En revanche, la mobilisation des ressources était moins fréquemment rapportée (35 ; 41,7 %), de même que la supervision des formations (38 ; 45,2 %) et le suivi-évaluation (42 ; 50,0 %). L'allocation des ressources constituait également une responsabilité relativement peu exercée (30 ; 35,7 %).

APPRECIATION DE LA DECENTRALISATION SANITAIRE

Tableau 3.3: Scores moyens des principales dimensions de la décentralisation

Dimension	Moyenne ± ET
Responsabilités exercées (0–9)	5,65 ± 3,15
Planification/autonomie/coordination (1–5)	2,45 ± 0,92
Ressources et capacités institutionnelles (1–5)	2,17 ± 0,90
Performance de la décentralisation (1–5)	2,21 ± 1,08

Le score moyen de la dimension relative à la planification, à l'autonomie et à la coordination était de **2,45 ± 0,92 sur 5**. La dimension relative aux ressources et aux capacités institutionnelles présentait un score moyen de **2,17 ± 0,90 sur 5**. L'élément le mieux apprécié concernait la disponibilité du personnel qualifié, avec une moyenne de **3,58 ± 1,32**, alors que le transfert des compétences (1,68 ± 0,68), les équipements (1,63 ± 0,60) et l'implication des autorités (1,24 ± 0,43) étaient faiblement appréciés.

L'analyse de la performance de la décentralisation montre que le score moyen global était de **2,21 ± 1,08 sur 5**, traduisant une appréciation globalement faible à modérée de la performance du processus de décentralisation. Parmi les dimensions de performance, la participation des collectivités constituait le domaine le moins bien évalué, avec une moyenne de **1,40 ± 0,51**, tandis que l'accès aux services de santé obtenait une moyenne de **2,52 ± 1,18**.

MISE EN ŒUVRE EFFICACE DE LA DECENTRALISATION

Tableau 3.4: Niveau de mise en œuvre de la décentralisation sanitaire

Niveau de mise en œuvre	n	%
Efficace	18	21,4
Non efficace	66	78,6
Total	84	100,0

Sur les 84 participants, 18 (21,4 %) étaient classés dans la catégorie de mise en œuvre efficace, contre 66 (78,6 %) dans la catégorie de mise en œuvre non efficace.

La proportion de mise en œuvre efficace était donc relativement faible dans l'échantillon étudié.

© Author(s) 2026. This work is distributed under the Creative Commons BY- 4.0 license:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

ANALYSE BIVARIEE

L'analyse bivariée a montré des différences statistiquement significatives entre le niveau de mise en œuvre de la décentralisation et plusieurs caractéristiques des participants.

Tableau 3.5: Association entre les caractéristiques des participants et la mise en œuvre efficace

Variable	χ^2	p
Fonction	64,20	<0,001
Groupe d'âge	60,76	<0,001
Niveau d'études	15,69	<0,001
Ancienneté	36,20	<0,001
Institution	47,45	<0,001

Le groupe d'âge était fortement associé à la mise en œuvre efficace ($\chi^2 = 60,76$; $p < 0,001$). Aucun participant âgé de 30–39 ans ou de 40–49 ans n'était classé dans la catégorie « efficace », alors que 18 des 23 participants âgés de 50 ans ou plus (78,3 %) étaient classés comme présentant une mise en œuvre efficace.

Le niveau d'études était également associé à la mise en œuvre de la décentralisation ($\chi^2 = 15,69$; $p < 0,001$). La proportion de mise en œuvre efficace atteignait 100 % chez les participants ayant un master, contre 35,0 % chez ceux ayant un graduat et 13,1 % chez ceux ayant une licence.

L'ancienneté professionnelle était significativement associée à la mise en œuvre ($\chi^2 = 36,20$; $p < 0,001$). La mise en œuvre efficace concernait notamment 100 % des participants ayant plus de 20 ans d'ancienneté, contre aucun participant ayant 5–10 ans d'ancienneté.

L'institution d'appartenance était également significativement associée au niveau de mise en œuvre ($\chi^2 = 47,45$; $p < 0,001$). La mise en œuvre efficace était particulièrement observée au niveau de l'administration provinciale et des ONG, tandis qu'aucun participant provenant de la zone de santé, de la DPS ou des HGR n'était classé dans la catégorie efficace.

COMPARAISON DES SCORES SELON L'EFFICACITE DE LA MISE EN ŒUVRE

Tableau 6: Comparaison des scores selon la mise en œuvre de la décentralisation

Score	Mise en œuvre non efficace Moyenne ± ET	Mise en œuvre efficace Moyenne ± ET	p
Responsabilités B	6,88 ± 2,26	1,17 ± 1,25	<0,001
Planification/autonomie C	2,11 ± 0,70	3,69 ± 0,34	<0,001
Ressources/capacités D	1,81 ± 0,62	3,50 ± 0,29	<0,001
Performance E	1,75 ± 0,67	3,88 ± 0,44	<0,001

Le score moyen des responsabilités exercées était de **1,17 ± 1,25** chez les participants classés dans la catégorie efficace, contre **6,88 ± 2,26** chez ceux classés dans la catégorie non efficace (test *t* de Welch = -14,10 ; $p < 0,001$).

À l'inverse, le score moyen de planification/autonomie/coordination était significativement plus élevé chez les participants présentant une mise en œuvre efficace (**3,69 ± 0,34**) que chez ceux présentant une mise en œuvre non efficace (**2,11 ± 0,70** ; test *t* de Welch = 13,37 ; $p < 0,001$).

Le score relatif aux ressources et capacités institutionnelles était également significativement supérieur dans le groupe efficace (**3,50 ± 0,29**) comparativement au groupe non efficace (**1,81 ± 0,62** ; test *t* de Welch = 16,52 ; $p < 0,001$).

DISCUSSION

La présente étude avait pour objectif d'évaluer le rôle et les responsabilités des autorités locales dans la mise en œuvre de la décentralisation du système de santé dans la province du Maniema. Les résultats montrent une situation contrastée : certaines fonctions liées à la planification et à la coordination sont relativement bien assumées, alors que les dimensions concernant l'autonomie décisionnelle, le transfert des compétences, la mobilisation et l'allocation des ressources ainsi que la supervision restent insuffisamment développées. Globalement, seuls **21,4 %** des participants ont été classés dans la catégorie correspondant à une mise en œuvre efficace de la décentralisation, contre **78,6 %** dans la catégorie non efficace.

La faible proportion de participants classés dans la catégorie de mise en œuvre efficace constitue le principal résultat de cette étude. Elle suggère que, malgré l'existence de responsabilités formellement attribuées aux différents niveaux de l'administration sanitaire, le transfert effectif des pouvoirs, des ressources et des capacités demeure incomplet dans la province du Maniema.

Ce constat est cohérent avec les données de la littérature internationale. Une revue systématique consacrée aux pays d'Afrique subsaharienne montre que les réformes de décentralisation ont souvent davantage porté sur l'adoption de politiques, de règlements et de normes que sur le transfert effectif des ressources et des compétences nécessaires à l'amélioration des services de santé (Zon *et al*., 2017). De même, une revue systématique des pays à revenu faible et intermédiaire conclut que les données empiriques concernant l'impact de la décentralisation sur la performance des systèmes de santé restent limitées et que les résultats sont hétérogènes selon les contextes (Dwicaksono *et al*., 2018).

© Author(s) 2026. This work is distributed under the Creative Commons BY- 4.0 license:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Dans le contexte du Maniema, cette situation pourrait traduire un écart entre la **décentralisation de jure**, c'est-à-dire celle prévue dans les textes et les politiques publiques, et la **décentralisation de facto**, correspondant à l'exercice réel des compétences par les autorités locales. Une décentralisation effective ne se limite donc pas à l'attribution de responsabilités administratives ; elle suppose que les autorités disposent également d'un espace réel de décision, de ressources financières, de personnel qualifié, d'informations et de mécanismes de reddition des comptes.

L'Organisation mondiale de la Santé souligne d'ailleurs que l'autonomie locale n'est pas une fin en soi : elle doit permettre une meilleure responsabilisation, une gestion axée sur les résultats, une plus grande réactivité des services et une amélioration de l'équité et de la qualité des soins (World Health Organization, 2012).

Les résultats montrent que les responsabilités les plus fréquemment exercées concernent **l'élaboration des plans opérationnels (90,5 %)**, **la planification sanitaire (86,9 %)** et **la coordination avec les zones de santé (83,3 %)**. Ces résultats peuvent être considérés comme positifs dans la mesure où la planification et la coordination constituent des fonctions essentielles de la gouvernance sanitaire.

La planification au niveau local permet théoriquement de rapprocher les décisions des réalités de la population et d'adapter les interventions aux besoins spécifiques des communautés. Selon l'OMS, la gouvernance des soins de santé primaires repose notamment sur l'autonomie dans la prise de décision au niveau local, les mécanismes de planification conjointe et un leadership capable de garantir l'équité et la qualité des services (World Health Organization, 2024). Cependant, la forte implication des autorités dans la planification ne signifie pas nécessairement qu'elles disposent d'une autonomie suffisante pour mettre en œuvre les décisions prises. La planification peut rester essentiellement administrative lorsque les autorités locales ne contrôlent pas les ressources nécessaires à l'exécution des plans. C'est précisément l'un des problèmes relevés dans plusieurs expériences africaines de décentralisation : les fonctions de planification peuvent être transférées alors que les fonctions financières, les ressources humaines ou certaines décisions stratégiques restent largement centralisées (Zon *et al.,* 2017). Ainsi, dans le Maniema, la décentralisation semble davantage avancée sur le plan de la **participation à la planification** que sur celui de l'**autonomie réelle d'action**.

L'un des résultats les plus préoccupants concerne l'**allocation des ressources**, rapportée par seulement **35,7 %** des participants, et la **mobilisation des ressources**, rapportée par **41,7 %**. La supervision des formations sanitaires (45,2 %) et le suivi-évaluation (50,0 %) présentent également des niveaux relativement faibles.

Ces résultats sont particulièrement importants parce qu'une décentralisation sans ressources suffisantes risque de rester essentiellement administrative. Les autorités locales peuvent être responsables de certaines activités sans disposer des moyens financiers, matériels et humains nécessaires pour les réaliser.

L'OMS souligne que la décentralisation des responsabilités doit être accompagnée de mécanismes adaptés de financement et de gestion des finances publiques. Les difficultés apparaissent notamment lorsque les responsabilités sont transférées sans alignement avec les mécanismes de financement et les ressources disponibles (World Health Organization, 2022).

La revue de Zon et al. (2017) arrive à une conclusion similaire pour l'Afrique subsaharienne : le transfert incomplet des ressources et des compétences constitue l'un des principaux obstacles à l'efficacité des réformes de décentralisation. Dans le contexte du Maniema, cette faiblesse pourrait limiter considérablement la capacité des autorités locales à répondre rapidement aux problèmes sanitaires, à financer les priorités locales, à superviser les structures de santé et à soutenir les activités communautaires. Elle peut également expliquer pourquoi la décentralisation apparaît relativement bien structurée dans ses aspects administratifs mais moins performante dans ses dimensions opérationnelles.

Le score moyen relatif aux **ressources et capacités institutionnelles était de 2,17 ± 0,90 sur 5**, ce qui traduit une appréciation plutôt faible. Les scores particulièrement faibles observés pour le transfert des compétences, les équipements et l'implication des autorités indiquent que les conditions institutionnelles nécessaires à une décentralisation effective ne semblent pas encore réunies.

Cette observation est importante car la décentralisation ne produit pas automatiquement de meilleurs résultats simplement parce que les responsabilités sont transférées au niveau local. Elle nécessite des capacités administratives et techniques suffisantes. Une revue systématique des effets de la décentralisation sur les comités de gestion des établissements de santé montre d'ailleurs que les résultats dépendent fortement des mécanismes institutionnels, du soutien organisationnel et des capacités des acteurs locaux (Mollel *et al*., 2022).

L'OMS considère également que la gouvernance sanitaire efficace repose sur des institutions capables d'assurer la coordination, la transparence, la responsabilité et la participation des communautés. Ces capacités doivent être développées à tous les niveaux, y compris aux niveaux infranational et local (World Health Organization, 2025).

Dans cette perspective, le renforcement des capacités des autorités locales du Maniema devrait notamment porter sur la gestion financière, la planification sanitaire, le suivi-évaluation, l'analyse des données sanitaires, la mobilisation des ressources et la gestion axée sur les résultats.

Le score particulièrement faible obtenu pour la **participation des collectivités (1,40 ± 0,51)** mérite une attention particulière. Ce résultat suggère que les collectivités locales ne sont pas encore suffisamment intégrées dans les mécanismes de décision et de gouvernance du système sanitaire.

© Author(s) 2026. This work is distributed under the Creative Commons BY- 4.0 license:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Or, la participation sociale constitue une composante essentielle des soins de santé primaires. L'OMS considère que l'implication des individus, des familles, des communautés et de la société civile dans les décisions qui affectent leur santé contribue à rendre les politiques sanitaires plus adaptées, plus équitables et plus réactives (World Health Organization, 2023).

Une implication limitée des collectivités peut donc réduire la capacité du système de santé à identifier correctement les priorités locales. Elle peut également limiter l'appropriation communautaire des interventions et affaiblir la responsabilisation des acteurs.

Dans le Maniema, l'amélioration de la décentralisation devrait ainsi dépasser la seule relation entre les autorités administratives et les services de santé pour intégrer davantage les communautés, les organisations de la société civile et les autres acteurs locaux.

L'analyse bivariée montre une association statistiquement significative entre la mise en œuvre efficace de la décentralisation et **l'âge, le niveau d'études, l'ancienneté, la fonction et l'institution d'appartenance** ($p < 0{,}001$).

La proportion particulièrement élevée de mise en œuvre efficace chez les participants âgés de 50 ans ou plus et chez ceux ayant une longue ancienneté peut suggérer que l'expérience professionnelle et la connaissance du fonctionnement administratif et sanitaire favorisent la compréhension des mécanismes de décentralisation.

Cependant, cette interprétation doit être prudente. L'âge et l'ancienneté peuvent être fortement corrélés entre eux et peuvent également être liés à la fonction occupée. Il n'est donc pas possible, sur la seule base de l'analyse bivariée, d'affirmer qu'ils constituent des facteurs indépendants de la performance de la décentralisation.

De même, l'association observée avec le niveau d'études peut refléter une meilleure capacité à comprendre les textes réglementaires, les mécanismes de gouvernance, les procédures administratives et les outils de planification. Mais elle peut aussi être confondue par la fonction occupée et le niveau hiérarchique.

L'association entre l'institution d'appartenance et la mise en œuvre efficace est également statistiquement significative. Ce résultat souligne que la perception et l'exercice de la décentralisation ne sont pas nécessairement homogènes selon le niveau du système sanitaire auquel appartiennent les acteurs.

Les autorités provinciales, les responsables des zones de santé, les responsables des formations sanitaires et les autres acteurs peuvent avoir des responsabilités, des marges de décision et des ressources différentes. La décentralisation doit donc être analysée comme un processus institutionnel multiniveaux plutôt que comme un simple transfert uniforme de compétences.

La littérature montre justement que le degré de décentralisation varie selon les fonctions : financement, organisation des services, ressources humaines, réglementation et gouvernance peuvent rester à des niveaux différents du système (Zon *et al*., 2017). Cette situation renforce l'importance de clarifier, dans le contexte du Maniema, **qui décide, qui finance, qui exécute, qui supervise et qui rend compte** pour chacune des fonctions essentielles du système de santé.

Les résultats montrent des différences statistiquement significatives entre les groupes concernant les scores de planification/autonomie/coordination, de ressources/capacités institutionnelles et de performance ($p < 0{,}001$).

Le score de planification/autonomie/coordination était plus élevé chez les participants classés dans la catégorie efficace (**3,69 ± 0,34**) que chez ceux de la catégorie non efficace (**2,11 ± 0,70**). De même, le score relatif aux ressources et capacités institutionnelles était nettement supérieur dans le groupe efficace (**3,50 ± 0,29** contre **1,81 ± 0,62**). Ces résultats renforcent l'idée selon laquelle une décentralisation efficace dépend non seulement du transfert de responsabilités, mais aussi de la capacité des autorités locales à exercer effectivement leur pouvoir de décision et à disposer des ressources nécessaires.

L'OMS rappelle que l'autonomie locale peut améliorer la réactivité, l'efficacité et la responsabilisation, mais seulement lorsque les acteurs locaux disposent de capacités, de ressources et de responsabilités clairement définies (World Health Organization, 2024).

CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif d'évaluer le rôle et les responsabilités des autorités locales dans la mise en œuvre de la décentralisation du système de santé dans la province du Maniema. Les résultats obtenus auprès de 84 participants montrent que, malgré l'existence d'une implication des autorités locales dans certaines fonctions de gouvernance sanitaire, la mise en œuvre effective de la décentralisation demeure encore insuffisante.

L'étude révèle que les autorités locales participent relativement activement à la **planification sanitaire, à l'élaboration des plans opérationnels et à la coordination avec les zones de santé**. Cependant, leur implication apparaît plus limitée dans des domaines essentiels tels que **l'allocation et la mobilisation des ressources, la supervision des formations sanitaires, le suivi-évaluation, le transfert des compétences et la participation effective des collectivités**. Cette situation traduit un décalage entre les responsabilités qui sont théoriquement attribuées aux acteurs locaux et les moyens institutionnels, financiers et techniques effectivement disponibles pour leur permettre de les exercer.

© Author(s) 2026. This work is distributed under the Creative Commons BY- 4.0 license:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Sur les 84 participants, seuls **21,4 %** ont été classés dans la catégorie correspondant à une mise en œuvre efficace de la décentralisation, contre **78,6 %** dans la catégorie non efficace. Le score global de performance de la décentralisation était relativement faible, tandis que les dimensions relatives à la participation des collectivités, au transfert des compétences, aux ressources et aux capacités institutionnelles demeuraient particulièrement faibles. Ces résultats suggèrent que la décentralisation sanitaire dans le Maniema reste encore **partiellement opérationnelle** et qu'elle nécessite un renforcement de ses mécanismes institutionnels et fonctionnels.

L'analyse bivariée a mis en évidence des associations statistiquement significatives entre la mise en œuvre de la décentralisation et plusieurs caractéristiques des participants, notamment **l'âge, le niveau d'études, l'ancienneté professionnelle, la fonction et l'institution d'appartenance**. Les scores de planification, d'autonomie, de coordination, de ressources et de capacités institutionnelles étaient également significativement différents selon le niveau de mise en œuvre. Toutefois, ces associations doivent être interprétées avec prudence en raison de la taille relativement limitée de l'échantillon et de la séparation quasi complète observée pour certaines variables.

La réussite de la décentralisation du système de santé dans le Maniema dépendra de la capacité des pouvoirs publics à transformer le transfert formel des responsabilités en une autonomie locale réelle, soutenue par des ressources suffisantes, des capacités institutionnelles renforcées, une coordination efficace et des mécanismes transparents de redevabilité. Une telle approche pourrait contribuer à améliorer la gouvernance du système de santé, à renforcer la responsabilisation des acteurs locaux et, à terme, à favoriser une meilleure réponse aux besoins sanitaires des populations de la province du Maniema.

REFERENCES

1. Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health, 6*, Article 149. https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149
2. Bossert, T. J., & Mitchell, A. D. (2011). Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan. *Social Science & Medicine, 72*(1), 39–48. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.10.019
3. Council for International Organizations of Medical Sciences. (2021). *International ethical guidelines for health-related research involving humans*. CIOMS.
4. Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
5. Dwicaksono, A., Fox, A. M., & Pisani, E. (2018). Does decentralization improve health system performance and outcomes in low- and middle-income countries? A systematic review of evidence from quantitative studies. *The Milbank Quarterly, 96*(2), 232–278. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12327 (Wiley Online Library)
6. Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics, 5*(1), 1–4. https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11
7. Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE Publications.
8. Hosmer, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
9. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology, 140*, 1–55.
10. Mollel, H., & others. (2022). Effects of decentralization on the functionality of health facility governing committees in lower and middle-income countries: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*. (PubMed Central (PMC))
11. Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Global strategy on people-centred and integrated health services*. OMS.
12. République démocratique du Congo. (2006). *Constitution de la République démocratique du Congo*. Journal officiel.
13. République démocratique du Congo. (2018). *Plan national de développement sanitaire 2019–2022*. Ministère de la Santé.
14. Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. Open University Press.
15. Setia, M. S. (2016). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian Journal of Dermatology, 61*(3), 261–264. https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410
16. WHO. (2007). *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. World Health Organization.
17. WHO. (2012). *Effective management of decentralized health systems*. World Health Organization. (PMNCH)
18. WHO. (2022, July 12). *Health financing and public financial management in decentralized settings*. World Health Organization. (Organisation mondiale de la santé)
19. WHO. (2023). *Social participation for universal health coverage: Technical paper*. World Health Organization. (Organisation mondiale de la santé)
20. WHO. (2024). *Implementing the primary health care approach: A primer*. World Health Organization. (Organisation mondiale de la santé)

© Author(s) 2026. This work is distributed under the Creative Commons BY- 4.0 license:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

21. WHO. (2025). *Governance for public health across the health and allied sectors: A report to guide country-level institutional capacity for essential public health functions underpinning multisectoral approaches*. World Health Organization. (Organisation mondiale de la santé)
22. World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA, 310*(20), 2191–2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053
23. Zon, H., Pavlova, M., Drabo, K. M., & Groot, W. (2017). Municipal health services provision by local governments: A systematic review of experiences in decentralized Sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning, 32*(9), 1327–1336. https://doi.org/10.1093/heapol/czx082 (OUP Academic)

© Author(s) 2026. This work is distributed under the Creative Commons BY- 4.0 license:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/