

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL



**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
DES RESSOURCES HUMAINES
POUR LA SANTE
2011 - 2015**



MARS 2011

TABLE DES MATIERES

Table des matières -----	2
Acronymes-----	3
Préface -----	6
Résumé du Plan National de Développement des Ressources Humaines -----	7
Introduction -----	10
Chapitre I : Contexte général du pays -----	12
1.1. Situation géographique -----	12
1.2. Situation démographique -----	12
1.3. Situation politique et administrative -----	13
1.4. Situation socio-économique et culturelle -----	14
1.5. Situation sanitaire -----	16
Chapitre II : Situation des Ressources Humaines en RDC -----	21
2.1. Résumé de la politique de développement des Ressources Humaines en Santé-----	21
2.2. Planification des Ressources Humaines en Santé-----	22
2.2.1. Brève historique de la planification des Ressources Humaines en Santé-----	22
2.2.2. Diagnostic sur les Ressources Humaines en Santé-----	23
Chapitre III : Enjeux et Défis en matière des Ressources Humaines en Santé -----	34
3.1. Enjeux-----	34
3.1.1. Forces-----	34
3.1.2. Faiblesses -----	34
3.1.3. Opportunités-----	35
3.1.4. Menaces-----	35
3.2. Défis-----	35
Chapitre IV : Cadre stratégique-----	36
4.1. Vision stratégique -----	36
4.2. Objectifs -----	36
4.2.1. Objectif général-----	36
4.2.2. Objectifs spécifiques -----	36
4.3. Axes stratégiques -----	36
4.4. Cadre programmatique -----	38
Chapitre V : Financement du plan -----	71
Chapitre VI : Mise en œuvre du plan -----	72
Chapitre VII : Suivi et Evaluation -----	75
Conclusion-----	76
Bibliographie -----	77
Annexes -----	78

ACRONYMES

AGIS	: Association des Gestionnaires des Institutions de Santé
AMPS	: Alliance Mondiale des personnels de santé
ANCD	: Association Nationale des Chirugiens Dentistes
ANIC	: Association National des Infirmiers du Congo
APEFE	: Association pour la Promotion de l'Education et de la Formation à l'Etranger
AS	: Aires de Santé
BCZS	: Bureau Central Zone de Santé
BM	: Banque Mondiale
CIDEP	: Centre Interdisciplinaire pour le Développement et l'Education Permanente
CMC	: Centre Médical Chirurgical
CPN	: Consultation Périnatale
CS	: Centre de Santé
CTB	: Coopération Technique Belge
DYSICO	: Dynamique Syndicale des Infirmiers et Infirmières du Congo
EDS	: Enquête Démographique et la Santé
ELS	: Etats des Lieux de la Santé
ESU	: Enseignement Supérieur et Universitaire
FP	: Fonction Publique
GAVI	: Global Alliance for Vaccines and Immunization
GTZ	: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agence de Coopération Technique Allemande pour le Développement)

HGR	: Hôpital Général de Référence
IEM	: Institut d'Enseignement Médical
IPPTE	: Initiative des Pays Pauvres Très Endettés
IRA	: Infection Respiratoire Aigue
ISTM	: Institut Supérieur de Techniques Médicales
ITM	: Institut des Techniques Médicales
JICA	: Japan International Cooperation Agency (Agence Japonaise de Coopération Internationale)
MICS	: Enquête à Indicateurs Multiples
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MTN	: Maladie Tropicale Négligée
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PNB	: Produit National Brut
PNDRHS	: Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PRONANUT	: Programme National de Nutrition
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH

RDC	: République Démocratique du Congo
RHS	: Ressources Humaines de la Santé
SIDA	: Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNIS	: Système National d'Informations Sanitaires
SOLSICO	: Solidarité Syndicale des Infirmiers et Infirmières du Congo
SONU	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SRSS	: Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	: Soins de Santé Primaires
SYNACHID	: Syndicat National des Chirurgiens Dentistes
SYNAMED	: Syndicat National des Médecins
SYNAPETAS	: Syndicat National du Personnel Techniques et Administratifs de la Santé
SYNCASS	: Syndicat National des Cadres, Agents et Employés des Secteurs des Services
SYPHARCO	: Syndicat des Pharmaciens du Congo
THA	: Trypanosomiase Humaine Africaine
TICAD	: Conférence Internationale de Tokyo sur le Développement Africain
UNAAC	: Union Nationale des Accoucheuses du Congo
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS	: Zone de Santé

PREFACE

La bonne santé de la population est une force indéniable de toute action politique, économique et sociale pour assurer le développement d'un pays.

En République Démocratique du Congo, garantir la santé de la population est la mission première du Gouvernement de la République à travers le Ministère de la Santé Publique. Cependant, l'état de santé d'une population dépend essentiellement du niveau de fonctionnement du système de santé et des structures mises en place pour prévenir la maladie, restaurer la santé et promouvoir le bien être général de la population.

Le système de santé actuel ainsi que ses structures sont désarticulés, essouffés et présentent plusieurs faiblesses relatives à la gouvernance institutionnelle et au leadership des structures en charge de développement des RHS, à la qualité de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire, à la gestion et au développement des compétences des RHS ainsi qu' aux conditions de travail.

Pour faire face à ces problèmes, le Ministère de la Santé Publique est engagé dans un processus de réforme structurelle et de la planification stratégique. C'est dans cette optique que la Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2^{ème} édition (SRSS) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) ont été élaborés. Dans les deux documents, les Ressources Humaines de la Santé occupent une place de choix et constituent l'un des piliers stratégiques.

Le présent Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé (PNDRHS 2011-2015) constitue une piste de solution et une tentative de résoudre d'ici 2015 les problèmes liés aux Ressources Humaines.

Il contient des orientations sur la planification des Ressources Humaines, la production des professionnels de santé, la gestion et l'utilisation rationnelles des RHS, la rétention et la fidélisation ainsi que la formation en cours de carrière.

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé 2011-2015 est aussi un référentiel dans lequel seront menées des interventions synergiques visant à doter le secteur de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des équipes de santé multidisciplinaires, compétentes, performantes, en quantité suffisante, équitablement réparties, contribuant à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise par une offre des prestations de soins de santé de qualité. Sa mise en œuvre pendant les cinq ans contribuera à la réalisation des priorités nationales et l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire.

Victor MAKWENGE KAPUT

RESUME DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTE (PNDRHS 2011-2015)

Le Ministère de la Santé Publique s'est doté depuis mars 2010 de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2^{ème} édition (SRSS) et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) dont les Ressources Humaines de la Santé constituent l'un des piliers stratégiques.

Le Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé 2011-2015 (PNDRHS 2011-2015) constitue un plan de mise en œuvre du Plan National Développement Sanitaire 2011-2015 en matière des Ressources Humaines de la Santé en RD Congo.

Le PNDRHS contient des orientations claires et précises sur les quatre sous-axes du développement des RHS ci-après :

- la production des professionnels de santé ;
- la gestion de carrière (la gestion et l'utilisation rationnelles des RHS) ;
- la rétention et la fidélisation des RHS ;
- la formation continue.

La planification utilisée de ce PNDRHS a été descendante. Elle a commencé au niveau central et devra se poursuivre au niveau provincial. Ainsi, chaque province devra procéder à l'élaboration de son propre plan de développement des ressources humaines en fonction de ses réalités spécifiques.

Le processus d'élaboration du PNDRHS a commencé par des missions de collecte des données sur les Ressources Humaines de la Santé à travers toute la République en 2009 et en 2010, suivi des ateliers sur la finalisation du diagnostic situationnel et la rédaction du Plan.

Les principaux problèmes des RHS identifiés après le diagnostic situationnel peuvent être classifiés en quatre catégories, à savoir : la faiblesse dans la gouvernance institutionnelle et le leadership des structures en charge de développement des RHS, la faible qualité de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire, la faiblesse dans la gestion et le développement des compétences des RHS et la précarité des conditions de travail.

La vision stratégique dans le domaine de développement des RHS en RDC se décline comme suit : **« le secteur de la santé dispose à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des équipes de santé multidisciplinaires, compétentes, performantes, en quantité suffisante, équitablement réparties, contribuant à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise par une offre des prestations de soins de santé de qualité ».**

L'objectif général du PNDRHS 2011-2015 est de pourvoir le secteur de santé d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante, équitablement réparti pour une offre des prestations de soins de santé de qualité d'ici 2015.

Les objectifs spécifiques poursuivis par le PNDRHS sont les suivants :

1. Renforcer la gouvernance institutionnelle et le leadership des structures en charge du développement des RHS ;
2. Renforcer le cadre de planification des RHS ;
3. Renforcer la qualité de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire ;
4. Renforcer la gestion et le développement des compétences des RHS ;
5. Assurer la motivation du personnel de santé et la fidélisation aux postes.

Le PNDRHS 2011-2015 s'articule autour des axes stratégiques ci-après :

1. La mise en place d'un système d'information sur les RHS ;
2. La décentralisation dans la gestion des RHS ;
3. Le renforcement du partenariat intra et intersectoriel en matière des RHS
4. Le développement du cadre institutionnel et normatif de planification des RHS;
5. Le renforcement des capacités des structures en charge des RHS en matière de planification ;
6. La promotion de la planification des RHS.
7. L'assainissement du secteur de l'enseignement de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire ;
8. L'adaptation des curricula de formation de base aux besoins de terrain ;
9. Le renforcement des capacités institutionnelles des établissements de formation ;
10. La promotion d'un système d'accréditation des établissements de formation
11. L'amélioration de la distribution des RHS/ Répartition équitable des RHS entre les provinces, les milieux urbains et ruraux ;
12. Le développement du système de formation continue pour les RHS ;
13. La promotion de la recherche en matière des RHS ;
14. Le renforcement des capacités institutionnelles et humaines des structures en charge du développement des RHS.
15. L'amélioration de l'environnement de travail du personnel de santé (infrastructures, équipement et matériel, outils de travail...);
16. L'amélioration des rémunérations et des conditions sociales ;
17. Le développement des mesures incitatives pour les milieux ruraux (primes de brousse et d'éloignement, construction des habitations...).

La mise en œuvre effective du PNDRHS va s'appuyer sur les principes directeurs suivants :

- La Décentralisation effective et la réforme administrative ;
- L'évolution conséquente du cadre organique ;
- La mobilisation et l'allocation rationnelles des ressources et leur utilisation efficace et efficiente ;
- La collaboration intra et intersectorielle ;
- L'harmonisation et alignement des flux de l'aide internationale sur les priorités du PNDS et l'utilisation des mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement ;
- La responsabilité mutuelle

Le PNDRHS 2011-2015 sera financé par des ressources domestiques et internationales. Il s'agit des ressources du Budget de l'Etat, des Partenaires Techniques et Financiers notamment, les agences du système des Nations Unies à vocation santé, la coopération bi et multilatérales en santé (JICA, OMS, BM, Coopération Belge, ...), les Organisations Non Gouvernementales internationales et nationales ainsi que de la contribution de la communauté à travers les recouvrements des coûts des services et soins de santé.

En plus de ces financements traditionnels, s'ajoutent les opportunités offertes par des initiatives mondiales telles que l'Alliance Mondiale des personnels de santé (AMPS), Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), etc.

Le budget estimatif du Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé 2011-2015 s'élève à : **4.677.196.275 \$**.

La mise en œuvre efficace du plan de développement de RHS nécessitera la mobilisation des ressources requises par le Ministère de la santé Publique ensemble avec ses partenaires au développement.

INTRODUCTION

La mise en œuvre de la Politique Nationale Sanitaire est une composante essentielle du processus de développement économique et social durable de la République Démocratique du Congo (RDC). C'est dans ce cadre que la RDC a élaboré son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015 dont les priorités sont axées sur l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), surtout ceux relatifs à la réduction de la mortalité maternelle (05), à la mortalité infanto juvénile (04) et à la lutte contre la maladie (06).

Pour sa mise en œuvre, le Ministère de la Santé Publique a besoin de s'appuyer sur des ressources humaines de qualité, en nombre suffisant et équitablement réparties sur l'ensemble du territoire.

Durant ces dernières années, des efforts ont été consentis mais les politiques nationales de santé, essentiellement bâties par le seul Ministère de la Santé Publique, se sont le plus souvent, traduites en plans d'action à court terme sans coordination franche avec les autres ministères concernés, les services rattachés, les partenaires sociaux, les partenaires au développement ...

Force est de constater, que plus de trente ans après la Déclaration de Alma Ata (1978) sur les Soins de Santé Primaires (SSP), les pays africains en général et la RDC en particulier, se trouvent toujours très éloignés de l'atteinte de l'objectif d'une meilleure santé pour tous.

La RDC, déjà fragilisée par une longue période de crise est actuellement confrontée à plusieurs facteurs bloquants dont le dysfonctionnement dans l'offre de soins dû entre autres à :

- Une faiblesse des effectifs en personnels qualifiés;
- Une mauvaise distribution spatiale des infrastructures, des équipements et des personnels ;
- Une prolifération des établissements scolaires et universitaires offrant un enseignement en sciences de santé au rabais ;
- Un système de formation continue inopérant
- Une détérioration des infrastructures et équipements des institutions de formation des professionnels de santé
- Une faible motivation des personnels en matière des rémunérations et des conditions de travail ;
- Une fuite des cerveaux exacerbée par des conditions de vie difficiles des personnels de santé.

Cette situation est aggravée par l'absence d'une planification en matière des ressources humaines pour la santé.

Pour ce faire, le Ministère de la Santé Publique a défini et adopté en Février 2006, avec ses partenaires au développement la première édition de sa stratégie sectorielle dénommée : *la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS)*.

La 2^{ème} édition de la SRSS ainsi que son plan quinquennal de mise en œuvre, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-15 constituant les 2 déclencheurs santé du Point d'achèvement de l'Initiative Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE) viennent d'être élaborés et adoptés par le Gouvernement de la République le 31 mars 2010.

Tout comme la 1^{ère} édition de la SRSS, la 2^{ème} édition de celle-ci comporte également 6 axes stratégiques dont le 3^{ème} d'entre eux est consacré au « Développement des Ressources Humaines pour la Santé (RHS) ». Ce même axe constitue la première stratégie d'appui au développement des ZS du PNDS 2011-15, les RHS étant le premier pilier d'un système de santé.

La SRSS voudrait que « **l'homme** » **soit remplacé** au centre de toute action sanitaire. Car c'est **la ressource humaine** qui est susceptible de transformer les autres types de ressources (financières, matérielles, infrastructurelles, informationnelles...) en des résultats avec impact sur la santé des populations.

La SRSS recommande pour cela que le Ministère de la Santé Publique actualise sa politique en matière de développement des Ressources humaines (EGS 1999) afin de l'adapter au nouvel ordre politique dominé par la constitution de la 3^{ème} République qui prône la Décentralisation comme mode de développement et la Réforme globale de l'administration publique comme outil par excellence pour réorganiser les différents secteurs de la vie nationale dont « la santé ».

Elle recommande, en outre, l'élaboration d'un Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (PNDRHS) qui matérialise les options politiques afin d'assurer au personnel de santé (professionnel et autres), les meilleures conditions de travail en termes d'environnement de travail et de motivation.

Ce PNDRHS est en fait le plan sous-sectoriel de mise en œuvre de grandes orientations du PNDS et de la politique en matière de développement des RHS.

Son élaboration a consisté en une action participative et un processus à plusieurs étapes à savoir :

- La réflexion en ateliers avec les délégués des provinces ;
- La collecte active des données sur les Ressources Humaines à travers toute la République ;
- La finalisation du diagnostic et formulation des objectifs et stratégies ;
- La rédaction en ateliers résidentiels du Plan et des sous-plans par axe de développement des RHS par un noyau de membres de la commission des Ressources Humaines ;
- La dissémination du plan à toutes les parties prenantes ;
- L'appréciation des feed-back et intégration des amendements ;
- L'adoption et validation du plan par les membres de la commission des RHS ;
- La présentation du plan à son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique ;
- La validation du plan par toutes les parties prenantes.

Ce document comprend deux grandes parties :

- Le Plan proprement dit ;
- Les annexes comprenant quatre sous plans (Carrière, Formation de base, Formation Continue et Rétention).

CHAPITRE I : CONTEXTE GENERAL DU PAYS

1.1. Situation Géographique

La République Démocratique du Congo est située entre le 5ème degré de latitude Nord et le 13ème degré de latitude sud. Pays de l'Afrique Centrale, dont la capitale est Kinshasa, la République Démocratique du Congo (RDC) partage des frontières longues de 10 292 Km avec 9 pays :

- à l'Est : l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi, la Tanzanie ;
- à l'Ouest : la République du Congo (Brazzaville) ;
- au Nord : la République Centrafricaine et le Soudan ;
- au Sud : la Zambie et l'Angola.

Avec une superficie de 2.345.000 Km², la République Démocratique du Congo est le second pays de l'Afrique sub-saharienne par son étendue.

Pays presque enclavé, il a une petite ouverture d'environ 35 à 40 km sur l'Océan Atlantique à l'estuaire du Fleuve Congo.

Le réseau hydrographique est dense. Le Fleuve Congo qui traverse presque toute la République est long de 4700 Km et a des nombreux affluents. Une plus grande partie du pays est couverte par la forêt. Le pays connaît plusieurs climats : climat tropical et humide au nord et au sud, climat équatorial au centre et climat tempéré en altitude à l'est.

1.2. Situation démographique

La RDC est le troisième pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 65 millions d'habitants, mais disproportionnellement répartie sur le territoire. Selon l'Enquête 1-2-3 (2005), 69,6 % de la population vit en milieu rural contre 30,4% en milieu urbain. Le pays est sous-peuplé avec seulement 24 habitants au km². Il sied de souligner que particulièrement la ville Province de Kinshasa a une très forte densité, avec 577 habitants au km².

Le pays est habité par les Bantous, les Soudanais, les Pygmées, les Nilotiques et les Hamites.

La population congolaise actuelle est très jeune : les moins de 20 ans (jeunes) représentant presque 57 % de la population totale alors que la population âgée de 20 à 59 ans (adultes) ne représente qu'environ 38,8 % ; celle âgée de 60 ans et plus compte pour près de 4,1 %, selon l'enquête du Ministère de la Santé d'avril 1998.

La langue officielle du pays est le français. Quatre langues nationales sont parlées par les habitants : le Swahili, le Lingala, le Kikongo et le Tshiluba.

Le taux d'alphabétisation des adultes est supérieur à 80 % pour les hommes et est inférieur à 60 % pour les femmes. Les principales religions pratiquées dans le pays sont le catholicisme, le protestantisme, le Kimbanguisme et l'Islam.

La capitale Kinshasa dénombrerait à elle seule en 2009 entre 8 et 10 millions d'habitants. Vue sa taille, la RD Congo est peu peuplée avec 30 habitants au km², la population se concentre sur les plateaux, dans la savane près des fleuves et des lacs; le nord et le centre du pays, domaine de la jungle sont quasiment vides. L'exode rural a gonflé les villes et surtout Kinshasa.

Les grandes agglomérations sont Kinshasa, Lubumbashi, Kisangani, Mbuji-Mayi, Kananga, Mbandaka, Bukavu, etc. L'espérance vie est de 50,4 ans pour les hommes et de 53,3 pour les femmes.

1.3. Situation politique et administrative

Le pays compte onze (11) Provinces (Bandundu, Bas Congo, Equateur, Katanga, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Kinshasa, Maniema, Nord Kivu, Orientale et Sud Kivu), 45 Districts administratifs, et 225 territoires administratifs et communes.

Avec la nouvelle constitution votée en 2006, la RDC passera de 11 à 26 Provinces et devient un pays unitaire fortement décentralisée. Cette même Constitution reconnaît l'organisation des soins de santé primaires à la compétence des provinces.

Depuis son accession à l'indépendance (1960), la RDC a connu une situation politique très perturbée.

Quatre périodes ont marqué sa vie politique. La première qui court de 1960 à 1965, a été ponctuée par une lutte acharnée entre partis politiques constitués sur des bases tribales. Cette lutte pour la conquête du pouvoir a donné lieu à des rébellions et des sécessions qui ont coûté la vie à près de 2 millions de personnes. Elle s'est terminée par un coup d'état.

La deuxième période qui va de 1965 à 1997, a été marquée par un régime totalitaire. C'est en 1991 qu'ont été organisés les travaux de la Conférence Nationale Souveraine, lesquels ont lancé le processus démocratique dont le blocage a plongé le pays dans un grand désordre politique et social.

Cette période s'est terminée par la guerre de 1996 qui a amené l'Alliance des Forces démocratiques pour la Libération du Congo au pouvoir en mai 1997.

La troisième période, allant de 1997 à 2006, a été une longue période de transition dont la principale visée était la recherche d'un nouvel ordre politique. Cette période a été marquée par les guerres de 1998 et 2001. Ces deux guerres ont créé une insécurité généralisée, de nombreux déplacements de population, d'énormes pertes en vies humaines et matérielles et une tentative de balkanisation du pays.

Cette période a également été marquée par la conclusion de l'Accord de paix et de réconciliation nationale (décembre 2002) qui a abouti à la mise en place des institutions de transition, l'adoption de la nouvelle Constitution (décembre 2005) et l'organisation des élections législatives et présidentielles (deuxième semestre 2006).

L'organisation des élections libres et démocratiques en 2006 après près de quarante ans, a été un événement politique majeur pour le pays, car c'est avec ces élections que la crise de légitimité des dirigeants a pu être résolue. L'intérêt accordé aux processus électoral par la population témoigne de la volonté de celle-ci à devenir le maître de son destin et à voir son environnement sociopolitique assaini.

La quatrième période qui court de 2007 à ce jour, se caractérise par la mise en place des institutions issues des urnes. Durant cette période, des efforts ont été entrepris pour unifier et pacifier tout le pays. Mais il existe encore des zones d'insécurité dans la partie Est du pays.

En septembre 2008, les hostilités ont repris entre les éléments de l'armée régulière et les factions rebelles opérant à l'Est du pays avec de lourdes conséquences en termes de déplacement des populations civiles.

Enfin, il sied de noter que la situation politique et sécuritaire de la RDC reste l'un des principaux facteurs qui fragilise la conception et la conduite d'une bonne politique de développement. Le processus de normalisation politique coûte beaucoup au pays et ronge une partie des moyens disponibles pour faire face à la pauvreté. En imposant certaines dépenses, la situation sécuritaire à l'Est du pays affecte le processus de rationalisation des choix budgétaires et fragilise les efforts conjugués pour réduire le déficit public et maintenir la stabilité des prix et du taux de change.

1.4. Situation socio-économique et culturelle

Malgré les richesses minières du pays, le plus grand d'Afrique Centrale, son produit intérieur brut (PIB) a chuté de 10 milliards de dollars en 1991 à 5,7 milliards en 2003. Les grandes mines ne sont exploitées qu'à 10% de leurs capacités en 2003 et 60% du budget de l'État est financé par les bailleurs de fonds au milieu des années 2000.

L'agriculture occupe la majorité de la population active et représentait 46% du PIB en 2005. Bien que les terres du bassin congolais soient fertiles, 3% seulement de la superficie totale du pays sont consacrés à la culture. Les principales cultures se composent essentiellement de : Manioc, principale culture vivrière, Maïs, Arachide, Café, principale culture commerciale, Caoutchouc, Coton, Cacao, Thé.

L'élevage comprend : le bétail, la volaille, les caprins, les bovins (moutons et porcs). L'élevage bovin est concentré sur les hauteurs, en raison de la forte présence de la mouche tsé-tsé dans les plaines.

La pêche, pratiquée surtout en eau douce, fournit une partie importante de l'alimentation.

Les vastes étendues de forêt de l'Equateur et de l'Oriental regorgent d'une variété importante d'essences, mais leur exploitation est mise à mal par le manque de voies de communication fiables, et l'éloignement du port de Matadi.

La majorité de la population pratique l'agriculture. Certains groupes de la population vivent essentiellement de la chasse, de la cueillette, de l'élevage et de la pêche. Le pays est faiblement industrialisé.

Avec un PNB estimé à moins de 120 \$, le Congo se classe parmi les pays à plus faible revenu du continent et du globe.

Selon les résultats du recensement scientifique de 1984, parmi les emplois recensés, 53,8 % sont de la catégorie des indépendants. Dans la même logique, on assiste à une sérieuse croissance du secteur informel qui de 60 % durant les années 80 a fini par représenter plus de 80 % du PIB au début des années 90.

La répartition des revenus se caractérise ainsi par des disparités entre le milieu urbain et la campagne, entre les zones minières et les zones agricoles. Depuis l'indépendance (1960), le PIB est constamment resté inférieur à son niveau de 1958 (350 \$ par tête). En 1985, il s'élevait à 2.944 millions de dollars soit 100 \$ par tête environ. Entre 1959 et 1986, le PIB s'est accru de 44% alors que la population a quant à elle augmenté de 220 %.

Vers les années 1980, la répartition du PIB entre les Provinces donnait le résultat ci-après : Kinshasa et Katanga 280 \$ par tête, Bas-Congo 114,5 \$, le Kasaï Oriental 78 \$ et les autres Provinces avaient un PIB par tête situé entre 44 et 58 \$.

D'après les données du PNUD, le PIB est estimé à 155 \$ par habitant en 1995.

Après avoir affiché un taux de croissance moyen de -7% , une inflation moyenne de 842% , et une dépréciation monétaire de plus de 50% durant la décennie 1990, l'économie de la RDC a vu ses fondamentaux progressivement s'améliorer en 2001/2002. Elle a pu briser l'hyperinflation et renouer avec la croissance, notamment grâce à la reprise des investissements et d'un arrêt de la détérioration du cadre macroéconomique obtenu après la mise en exécution d'un ensemble de mesures de stabilisation.

De 2002 à 2009, la RDC a réalisé une croissance moyenne de 5.6% et celle-ci a été tirée par les industries extractives, le commerce de gros et de détail, les télécommunications. La croissance s'est ralentie en 2006 à cause entre autre, d'un relâchement des politiques macroéconomiques. En 2008, il était prévu une croissance de 10.2% , mais l'année s'est achevée avec un taux de 6.2% à cause des effets de la crise économique-financière mondiale qui s'est amplifiée avec la résurgence de la guerre à l'Est du pays, laquelle a entraîné une crise humanitaire grave avec le déplacement de 250 000 personnes.

En 2009, le cadre macroéconomique s'est sensiblement détérioré, le taux d'inflation a franchi la barre de 50% et le taux de croissance est tombé à 2.7% alors que le taux de croissance démographique est de 3% . Ce repli de la croissance a entraîné une forte destruction d'emplois (surtout dans le secteur minier) et des mises en congé technique dans plusieurs entreprises.

Nonobstant le retour de la croissance et l'amélioration des fondamentaux de l'économie durant la décennie 2000, la RDC reste marquée par une pauvreté de masses et de grandes disparités de niveau de revenu entre milieu urbain et milieu rural.

Cette pauvreté s'explique entre autres par le chômage qui frappe surtout les jeunes, la faiblesse ou le non-paiement des salaires et par l'atrophie de l'ensemble des sources de revenus. La situation sanitaire est préoccupante : l'espérance de vie à la naissance est très faible (45 ans), les hôpitaux sont souvent dépourvus des équipements indispensables et des médicaments nécessaires pour les soins élémentaires (EASCo, 2005).

En conséquence, de plus en plus de malades recourent à l'automédication ou à la médecine traditionnelle. La sécurité alimentaire n'est pas garantie et la malnutrition sévit, plus particulièrement dans les provinces touchées par la guerre.

De nombreux enfants d'âge scolaire ne sont pas scolarisés et les discriminations en défaveur des filles persistent surtout en milieu rural. L'enseignement est intégralement à charge des parents dont les revenus se sont fortement amenuisés. L'accès aux autres services publics tels que l'eau potable, l'électricité, l'assainissement, le transport, est en constante régression. L'accès au logement est lui-même de plus en plus précaire surtout dans les centres urbains à cause d'une offre d'hébergement insuffisante en quantité et qualité des logements.

Face à la crise, de plus en plus de Congolais optent pour une stratégie de migration. L'exode concerne une proportion importante des jeunes pour la plupart diplômés. L'expatriation à des fins de formation et de début de carrière pourrait être envisagée positivement, comme renforçant les compétences et l'expertise des futurs cadres de la nation congolaise. Mais celle-ci en bénéficie de moins en moins car les taux de retour de ces jeunes cadres expatriés sont très bas.

Désormais, «l'exode des cerveaux» constitue un handicap sérieux en matière de ressources humaines.

Le système éducatif au Congo est essentiellement financé par les parents.

Le taux global de scolarisation au primaire a beaucoup chuté, il est estimé à 52 %, il est plus faible chez les filles que chez les garçons. Pourtant à la fin des années 1980, trois enfants sur quatre étaient scolarisés. Le taux général d'analphabétisme (en 2004), très élevé (33,2 %), atteint 43,3 % chez les femmes.

La scolarisation primaire a diminué à cause de l'isolement des régions, des multiples crises, de l'incapacité croissante des parents à payer les frais scolaires, etc. Le programme national prévoit l'école universelle à l'horizon 2015.

1.5. Situation sanitaire

1.5.1. Cadre organisationnel

Le Ministère de la Santé Publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique.

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général qui compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés. Il a une responsabilité normative et de régulation. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces.

Le niveau intermédiaire compte 11 divisions provinciales de la santé et 65 Districts Sanitaires et des hôpitaux provinciaux. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé.

Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire. Mais avec la décentralisation en cours, le pays comptera 26 Divisions et 26 Inspections Provinciales de la Santé dans les années qui suivent conformément à la Constitution de la République.

Le niveau périphérique est découpé à 515 Zones de Santé. Il comprend 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 aires de santé (AS) planifiées dont 8266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire.

La gestion des RHS relève de la responsabilité commune de 3 directions centrales, à savoir : la Direction des services généraux et ressources humaines (Gestion de carrière), la Direction de l'enseignement des sciences de santé (production du personnel de santé du niveau secondaire) et la Direction de la formation continue.

1.5.2. Infrastructures sanitaires

La RDC compte actuellement 401 hôpitaux dont 176 appartenant à l'Etat, 179 aux confessions religieuses, 46 aux entreprises des secteurs public et privé, 7725 autres établissements de soins comprenant les centres de santé de référence, les centres de santé, les maternités, les dispensaires et les polycliniques appartenant également à l'Etat, aux entreprises, aux confessions religieuses, aux ONG et aux personnes privées physiques et morales. Les hôpitaux et les autres établissements publics des soins se trouvent en grande partie dans un état de délabrement avancé.

1.5.3. Financement du système de santé

L'enveloppe budgétaire de l'Etat consacrée à la santé a été évaluée à 264049473 US \$ (soit 5,29% du budget national) en 2009. Elle est inférieure aux engagements internationaux, notamment ceux d'Abuja. Et le taux d'exécution de ce budget est en moyenne de 70% au cours de la période 1999-2009. A cela s'ajoute les problèmes de répartition des dépenses. Selon les données recueillies dans l'annuaire sanitaire exercice 2006, les montants des dépenses de santé alloués au niveau central représentaient 68,5%, 12,1% au niveau intermédiaire et 19,1% au niveau périphérique (hôpitaux, centres de santé et BCZS) et 0,3% pour les IEM/ITM.

La forte dépendance du financement de la santé vis-à-vis de l'extérieur avec un caractère extrabudgétaire pour la plupart des financements, un faible alignement et peu d'harmonisation, a fortement influencé la structure du financement de la santé en RDC.

Le domaine de développement des ressources humaines pour la santé est de manière générale privé de cet apport.

1.5.4. Problèmes de santé de la population congolaise

Les conflits armés et la crise socioéconomique qui ont frappé la RDC pendant la décennie écoulée ont eu de graves répercussions, parmi lesquelles l'extrême délabrement des services de santé et surtout la morbidité et la mortalité de la population.

1.5.4.1. La mortalité générale

La mortalité infanto juvénile est passée de 192 à 220 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2001. Ce taux représentait entre 450.000 à 500.000 décès chaque année dans cette tranche d'âge (évaluation faite sur base d'une population estimée à 58.3 millions d'habitants).

1.5.4.2. La santé de l'enfant de moins de 5 ans

Selon MICS 2010, le taux de la mortalité infantile est de 97 ‰ avec des taux plus élevés dans les provinces de Maniema (126 ‰), Katanga (111‰), Equateur (104‰), Sud Kivu (101‰) et Bandundu (100‰).

Parmi les maladies de l'enfant, les IRA, la fièvre ainsi que la diarrhée sont les affections principales. Pour les IRA, on note une moyenne nationale de 6% avec des pics de 10% dans les provinces de Nord et Sud Kivu. S'agissant de la fièvre, 27% d'enfants en souffrent avec une prédominance en milieu rural (28%) par rapport en milieu urbain (23%). La diarrhée a une moyenne nationale de 18% avec une prédominance de 27% au Kasai Occidental, 22% à l'Equateur et 20%, respectivement au Nord Kivu et Kasai Oriental.

Quant à la couverture vaccinale, les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2007 montrent qu'elle est de 31 %. Ce niveau est loin de la barre de 80 % visé par le PEV. Cette couverture varie énormément selon le milieu de résidence.

C'est en milieu urbain que le niveau est plus élevé quoi que inférieur à 50 %. Cette disparité se remarque également entre les provinces.

1.5.4.3. La santé de la mère et du nouveau-né

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) qui a été réalisée en 2007 situe le ratio de mortalité maternelle à 549 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Les consultations prénatales (CPN) sont de l'ordre de 85 % selon les résultats de l'ELS-RDC de 2007, mais avec de grandes disparités selon les provinces.

Pour ce qui concerne les accouchements, la même source renseigne que la situation en milieu rural est préoccupante avec quatre naissances sur dix (39 %) à domicile contre 58 % dans un établissement sanitaire. Seulement 74 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé, en majorité des sages-femmes (32 %) et des infirmières (28 %).

1.5.4.4. Le VIH/SIDA

Les données des sites sentinelles montrent que l'épidémie du VIH/SIDA est généralisée en RDC (Prévalence >1%). En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est restée toujours supérieure à 1% depuis 2004. L'épidémie du VIH /SIDA en RDC est restée relativement stable entre 2004 et 2008 (prévalence chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN : 4,5 % en 2004 et 4,3% en 2008, IC 95% : 4,0 – 4,7).

En 2009, l'épidémie a subi une inflexion et a connu une nette régression étant donné que la prévalence dans la même catégorie sociodémographique est passée de 4,3 en 2008 à 3,7% en 2009.

Par ailleurs, l'épidémie a tendance à se ruraliser (4,6% en milieu rural contre 4,2% en milieu urbain), à se « juvéniliser¹ » et à se féminiser (sexe ratio : 1,3). Certaines zones géographiques joueraient un rôle particulier dans la propagation de l'épidémie. C'est le cas de gares ferroviaires, de ports maritimes, de zones minières et de postes frontaliers.

En 2004, environ 5000 patients étaient mis sous traitement anti rétroviral (ARV) sur l'ensemble du territoire national. En 2008, le nombre de PVVIH sous ce traitement a significativement augmenté pour atteindre 34.967 sur 283 055 PVVIH éligibles, soit une couverture de 12,4%.

Bien que la tendance générale montre l'amélioration de cet indicateur, beaucoup d'efforts sont à déployer pour plus d'efficacité, d'efficience et d'équité étant donné qu'en 2010, le Ministère de la santé publique n'a pas dépassé le cap de 42.000 PVVIH sous ARV.

Cette contreperformance serait consécutive à l'incoordination des interventions qui a prévalu au cours de la période ayant précédé l'année 2007. On y a noté le saupoudrage des interventions à travers l'approche « passe partout » qui consistait à intégrer l'une ou l'autre activité sans tenir compte des principes directeurs des soins de santé primaires.

A partir de l'année 2007, le PNLS a redéfini une autre stratégie qui consiste en l'intégration d'un paquet complet d'intervention de lutte contre le VIH/SIDA dans au moins quatre structures de la Zone de santé.

¹ On note une forte prévalence de l'épidémie dans la tranche d'âge de 15-24 ans

Cette approche novatrice tient à matérialiser les principes de globalité, de continuité, d'intégration, d'efficacité, d'efficience et de l'équité conformément aux orientations de la SRSS.

1.5.4.5. Le Paludisme

97% de la population congolaise sont exposés au paludisme endémique, les 3% le sont au paludisme épidémique dans les hautes montagnes de l'Est du pays. D'après le rapport de l'état de santé et pauvreté en RDC de 2005, chaque enfant présente 6 à 10 épisodes par an. Le nombre total annuel d'épisodes de fièvre présumée palustre dans le pays selon les estimations varie entre 60 000 000 et 100 000 000. D'après Global Malaria Report de 2008 de l'OMS, le paludisme est la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. On estime à environ 180.000 le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année de paludisme.

Le taux de prévalence du paludisme est plus élevé, quoi qu'en baisse. Cette endémie touche environ un enfant Congolais sur 3 (41 % en 2001 contre 31% en 2007). Au cours de ces trois dernières années, on a noté une réduction de trois points de la prévalence (27% en 2010). Selon les estimations, le nombre total annuel d'épisodes de fièvre présumée palustre dans le pays varie entre 60 000 000 et 100 000 000. L'OMS estime à 27 millions des cas du paludisme par an et à environ 180.000 le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui en meurent.

En 2001, la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide était de moins de 1% chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, mais elle a légèrement augmenté respectivement à 6 et 7% selon EDS 2007. Trois ans plus tard et selon MICS 2010, une augmentation significative a été constatée (38% chez les enfants de moins de 5 ans et 43% chez les femmes enceintes). La figure ci-dessous présente la tendance de la proportion d'enfants et de femmes enceintes dormant sous moustiquaire imprégnée depuis 2001.

1.5.4.6. La Tuberculose

La RDC est l'un des 22 pays les plus affectés par la tuberculose dans le monde. Elle occupe le 5ième rang en Afrique et le 11ième au niveau mondial (Global Tuberculosis Control, WHO/HTM/TB/2005.349). L'OMS a estimé qu'en 2003 l'incidence annuelle des Tuberculoses Pulmonaires à Microscopie Positive (TPM+) en RDC était de 160 cas pour 100.000 habitants.

Depuis 1987, le nombre de cas de TPM+ notifiés par le programme augmente progressivement. Ce nombre est passé de 15.000 nouveaux cas TPM+ en 1987 à 63.328 en 2006. Cette augmentation est en partie liée à l'infection à VIH. En effet, la prévalence de l'infection VIH parmi les tuberculeux est estimée à 30%. En RDC, on estime que 36.000 décès dus à la tuberculose surviennent chaque année, dont 28% sont attribuables au VIH (Corbett et al. 2003).

1.5.4.7. Les Maladies Tropicales Négligées (MTN)

La Filariose lymphatique, les schistosomias, les helminthiases et l'onchocercose constituent un problème de santé publique en RDC de même que les leishmanioses, la lèpre, le pian, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) et l'ulcère de Buruli.

La couverture géographique et thérapeutique de l'onchocercose est d'environ 60% (2008) tandis que la couverture thérapeutique par le TIDC est de 40%. Ces estimations montrent que la proportion des personnes infectées qui sont sous traitement ne dépasse guère 30%.

Avec une population estimée à 65 millions d'habitants, la Trypanosomiase Humaine Africaine atteint environ 12.000.000 de personnes vivant dans les zones endémiques soit 5,4% de la population totale. Près de la moitié des ZS soit 236 sont endémiques.

Le taux de prévalence de la lèpre est de 0,70 pour 10.000 habitants. C'est dans les provinces du Katanga, de Bandundu, de l'Equateur et dans la Province Orientale que la prévalence de la lèpre est encore importante.

1.5.4.8. Les maladies non transmissibles

Les résultats de l'enquête STEPS réalisée par l'OMS en 2005 montrent que dans la ville de Kinshasa, chez les adultes de plus de 15 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 11% et celle du diabète est de 15,5%.

La malnutrition est une importante cause de morbidité et de décès des enfants et des femmes. On estime sa part à plus de 35 % des cas de décès d'enfants de moins de cinq ans. Le pourcentage de l'insuffisance pondérale est de 24% pour tout le pays selon le MICS 2010 avec un taux de plus de 25% dans le milieu rural. Le retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est de 43 % pour tout le pays avec un pourcentage de plus de 50% au Nord-Kivu, Sud-Kivu et Kasai occidental.

Par rapport à la Nutrition, en 2001, l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS) a montré que 16 % des enfants de 6 à 59 mois étaient atteints de la malnutrition aigue modérée ou sévère.

Il existe des maladies émergentes. C'est notamment le Konzo (paralysie permanente des membres inférieurs d'origine nutritionnelle) qui frappe les femmes et les enfants. Il n'existe pas d'études pour déterminer la prévalence nationale de cette maladie, mais dans les villages des zones très affectées comme Kahemba, elle s'élève à 25 % de la population.

1.5.4.9. Situation des urgences et catastrophes

La RDC fait face le plus souvent à des situations d'urgence. Il s'agit des épidémies (coqueluche, choléra, virus d'Ebola, de Marburg, de poliomyélite, et de rougeole), des tremblements de terre (Bukavu, Goma), des éruptions volcaniques (Nyiragongo, Nyamulagira), des conflits armés, des accidents ferroviaires, d'avions et de trafic routier, des inondations, des naufrages de bateau, les érosions, etc.

En fait, l'analyse de toutes ces situations démontre que la santé et la vie des populations ont toujours été mises à risque dans le pays à cause entre autres le manque de personnel qualifié pour y faire face.

CHAPITRE II : SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE EN RDC

Avant d'aborder le diagnostic proprement dit de la situation des Ressources Humaines de la Santé, il convient de rappeler à travers un bref aperçu du contenu du document de la politique de développement élaboré en 1998 qui caractérise à ce jour l'environnement interne en la matière.

2.1. RESUME DE LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT DES RHS

2.1.1. Enoncé de la politique

La politique de la RDC en matière des RHS est de « doter toutes les structures du système de santé à tous les niveaux, des équipes de santé multidisciplinaires requises et compétentes, capables de les rendre opérationnelles ».

Le choix de l'approche basée sur le développement des équipes est dicté par (i) la responsabilité collective des membres de l'équipe dans le fonctionnement de la structure, (ii) la garantie du développement des autres ressources humaines à cause de leur composition multidisciplinaire, (iii) l'effet multiplicateur des actions amorcées et (iv) la réduction des rivalités interprofessionnelles.

La composition de ces équipes est conçue de manière différente d'une structure à l'autre et d'un niveau à un autre en fonction de leurs missions spécifiques.

2.1.2. Fondement de la politique

La réussite de tout système de santé passe, entre autre, par la conception et la mise en place d'une politique de développement des ressources humaines pour la santé susceptible de relever les défis relatifs à la qualité et la quantité des personnels requis pour l'ensemble du pays.

En effet, les RHS sont les plus importantes car elles transforment toutes les autres Ressources en biens et services susceptibles de satisfaire les besoins de santé de la population. Elles sont irremplaçables et indispensables dans la production des services, la dispensation des soins et la gestion du système de santé.

Le développement des RHS en RDC est régi par plusieurs textes des lois, réglementaires et administratifs.

On distingue, d'une part, des textes qui organisent la formation, l'éducation des professionnels de santé : Ordonnance-Loi 86-005 du 22/09/1986 portant régime général applicable à l'Enseignement National. Pour l'enseignement des sciences de santé du niveau secondaire, l'Ordonnance N°66/299 du 14 mai 1966 suivi de l'Ordonnance N°67/230 du 11 mai 1967 portant mesure d'exécution de la précitée.

D'autre part, les dispositions légales régissant la gestion de carrière, notamment la Loi N° 81/003 du 17 juillet 1981 portant statut des agents de carrière des services publics de l'Etat et les différents règlements d'administration.

2.1.3. Grandes orientations de la politique

Cette politique, qui a pour but le développement des compétences des RHS donne des grandes orientations en matière des RHS, à savoir : *la mise en place d'un cadre de concertation pour la planification, la formation et la gestion ; la planification sur des besoins quantitatifs réels ; la professionnalisation de la formation sur base des tâches ; l'affectation et la promotion des plus méritants ; la garantie de la sécurité professionnelle et d'une promotion sociale du personnel ; la motivation du personnel ; la décentralisation de la gestion du personnel ; l'équilibre dans la répartition géographique ; la promotion de la recherche et la garantie de la protection contre le VIH/SIDA.*

2.1.4. Stratégies

Quelques stratégies sont ressorties, à savoir : *le développement des équipes de santé spécifiques à chaque structure ; la formation suivant les orientations de la politique sanitaire nationale ; la promotion d'une gestion rationnelle des effectifs disponibles conformément aux dispositions réglementaires et légales ; la mise en place des mécanismes efficaces pour la garantie de la promotion sociale des personnels et leurs familles ; le renforcement des capacités des structures de gestion des ressources humaines à tous les niveaux ; l'appui à la recherche pour le financement de la recherche opérationnelle en matière de gestion des RHS ; l'implication des partenaires sociaux et des privés dans la gestion des RHS ; la motivation des plus méritants par l'octroi des primes conséquentes et l'amélioration du vécu quotidien.*

2.1.5. Composantes de la politique

Les principales composantes de la politique de développement des RHS sont la Planification ; la Production/Formation (Institutions de formation par niveaux, filières de la formation) ; la Formation continue (identification des principaux problèmes, planification de la formation et bourses d'études) ; la Gestion/Utilisation (planification et gestion des carrières).

2.2. PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTE

2.2.1. Brève historique de la planification des RHS

Les premières tentatives de la planification des RHS remontent à 1945 avec le plan Van Hoof-Duren qui prévoyait la dotation des Centres Médicaux Chirurgicaux (CMC) et des dispensaires implantés dans les 120 territoires des personnels qualifiés, sur une période de 10 ans.

Concrètement, il a été prévu l'affectation d'au moins deux médecins et au moins un infirmier diplômé dans un CMC relevant d'un territoire. Chaque dispensaire répondant à un CMC devait être doté d'un infirmier A3.

En 1982, après la création du Ministère de la Fonction Publique et la mise en place d'un nouveau cadre organique par Ordonnance n°82-027 du 19 mars 1982, il a été prévu de combler tous les postes organiques par des affectations sans en programmer les échéances.

En 1985, suite au découpage du territoire en 306 ZS pour la matérialisation des SSP, l'Etat accorda une dérogation spéciale au Ministère de la Santé de recruter en ce qui concerne le personnel technique, 2 médecins et 1 infirmier superviseur pour une zone de santé, dans l'optique de l'atteinte de l'objectif « santé pour tous d'ici l'an 2000 ».

S'agissant de quelques aspects particuliers liés au développement des RHS, la loi de 1952 sur l'exercice de l'art de guérir avait, par exemple, défini quatre catégories des personnels de santé : (i) aides infirmiers (formés sur le tas pour l'itinérance et dans les hôpitaux), (ii) les officiers sanitaires, (iii) les infirmiers diplômés pour l'assistance opératoire, enfin (iv) les accoucheuses matrones ou sages-femmes (formées sur le tas avec les aides accoucheuses).

Malgré toutes ces tentatives, aucun plan formel de développement des RHS n'a été élaboré en RDC depuis l'époque coloniale jusqu'à ce jour comprenant tous les axes conformément à la stratégie régionale au développement des RHS (la Planification ; l'éducation-formation et développement des compétences ; l'administration-gestion/Utilisation et la recherche).

2.2.2. Diagnostic sur les Ressources Humaines en Santé

2.2.2.1. Production des Professionnels de Santé

La production des professionnels de santé est assurée par les établissements de formation du niveau secondaire, supérieur et universitaire. L'enseignement secondaire relève du Ministère de la Santé Publique tandis que la formation supérieure dépend du Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire.

a) Textes régissant l'Enseignement en Sciences de Santé

L'enseignement national en RDC tout comme l'enseignement des Sciences de santé est régi par la loi cadre n° 86/005 du 29/09/1986 qui précise les structures, les finalités et les formes d'enseignement national.

Les universités et autres établissements d'enseignement scientifique, technique ou professionnel supérieur créés ou subventionnés par le Gouvernement central ou par les Gouvernements provinciaux et qu'une loi nationale a déclarés d'intérêt national.

L'établissement des normes d'enseignement applicables dans tous les territoires de la République.

Parmi les textes qui régissent le système d'enseignement en RDC, on peut citer :

- La décision d'Etat n° 09/CC/81 du 8 juin 1981 du Comité Central du MPR sur l'Enseignement Supérieur ;
- La décision d'Etat n° 23/CC/82 du 23 Mars 1982 relative à l'Enseignement Supérieur et Universitaire en matière de recrutement des étudiants ;
- La décision d'Etat n° 25/CC/82 du 22 mars 1982 relative à l'ESU en matière d'encadrement des étudiants ;
- La décision d'Etat n° 44/CC/86 du 11 avril 1986 en matière d'enseignement national consacrant la loi cadre ;
- L'ordonnance loi n° 081-025 du 3 octobre 1981 portant organisation générale de l'Enseignement Supérieur et Universitaire ;
- L'ordonnance loi n° 81-026 du 3 octobre 1981, telle que modifiée par l'ordonnance loi n° 81-003 du 6 février 1982 et l'ordonnance loi n° 85-012 du 29 mars 1985, relative à la collation des grades académiques au sein des universités ;

- L'ordonnance loi n° 81-028 du 3 octobre 1981, telle que modifiée par l'ordonnance loi n°82-005 du 6 février 1982 relative à la collation de grades académiques au sein des Instituts Supérieurs techniques ;
- L'ordonnance loi n°81-027 du 3 octobre 1981 telle que modifiée par l'ordonnance loi n°82-004 du 6 février 1982 relative à la collation de grades académiques au sein des Instituts Supérieurs Pédagogiques ;
- La note circulaire MINEDUC/CABMIN/001/99 du 10 février 1999 initiant la réforme de l'ESU ;
- L'arrêté n° 067/2004 du 6 juillet 2004 fixant le nouveau programme de l'ESU.

L'enseignement des sciences de santé du niveau secondaire est régi par :

- Le Décret du 19 mars 1952 relatif à l'exercice de l'art de guérir définissant le profil du professionnel à former et la durée de la formation ;
- L'ordonnance loi n° 66/299 du 11 mai 1966 relative à l'enseignement technique médical et paramédical ;
- L'ordonnance n° 67/230 du 14 mai 1967 portant mesures d'exécution de l'ordonnance loi 66/299 ;
- Loi n°77-011 du 29 juin 1977 mettant les Ecoles médicales sous l'autorité du Ministère de la Santé Publique ;
- L'ordonnance n°82-027 du 19 mars 1982 fixant l'organisation et le cadre organique du département du conseil exécutif, la 5^{ème} Direction du Ministère de la Santé (actuellement 6^{ème} Direction de l'ESS) ;
- L'Arrêté ministériel n° 1250/CAB/MIN/S/BYY/0035/TWK/2005 du 09/09/2005 portant mise en application du nouveau programme de formation de base des infirmiers du niveau secondaire et son mode d'évaluation en RDC.

b) Principaux problèmes liés à la production des professionnels de santé

I. Absence d'un plan national de formation (Implantation des établissements, des filières, des effectifs à produire par catégorie professionnelle, ...)

Les différentes réformes opérées dans le domaine de l'enseignement des sciences de santé n'ont prévu aucun plan national de formation en ce qui concerne l'implantation des établissements, l'organisation des filières, l'effectif des élèves et étudiants à l'inscription en première année et leur diplomation en dernière année dans les différentes filières.

Cette situation a entraîné plusieurs conséquences, notamment :

1° La prolifération des établissements de formation

En effet, 470 Instituts de Techniques Médicales (ITM) et Instituts d'Enseignement Médical (IEM) ont été inventoriés lors des états de lieux de 2009 contre 255 en 1998 (soit une augmentation de 84%), 108 Instituts Supérieurs de Techniques Médicales (ISTM) en 2008 contre 53 en 1998 (soit une augmentation de 103%), 39 facultés de médecine en 2008 contre 3 en 1998 (soit une augmentation de 1300%).

Selon les ELS ITM/IEM 2009, 56 % d'ITM fonctionnent sans arrêtés d'agrément parmi les quels 19,2 % ne disposent que des autorisations d'ouverture dépassant les 2 années réglementaires et 37,6 % n'ont aucun document.

2° Le déséquilibre dans l'organisation de filières

Ce déséquilibre est réel. Il existe au niveau des ITM et IEM des filières qui sont organisées exclusivement dans certaines provinces, telles que la santé mentale au Nord Kivu, Technique en soins bucco-dentaires dans la Province Orientale, Technique d'assainissement à Kinshasa et au Katanga, et enfin l'assistant en pharmacie à Kinshasa, au Katanga et au Bas-Congo.

Il en est de même de la filière accoucheuse A2 organisée uniquement dans le Bas-Congo, le Katanga, la Province Orientale et le Nord-Kivu.

Selon l'étude complémentaire sur les RHS organisée en octobre 2010, sur 10 filières existantes, la province du Maniema qui compte 6 ITM et celle de Bandundu, 62 ITM n'organisent que la seule filière infirmière.

Ceci a comme corollaire, la sous production des certaines catégories des professionnels de santé, à titre exemplatif, les techniciens d'assainissement, les assistants en pharmacie.

Au cours de l'année scolaire 2005-2006, sur 3767 diplômés, 158 sont attribués à 9 autres filières organisées par le Ministère de la Santé Publique, soit 4 % contre 3609 pour la seule filière infirmière soit 96 %.

Le déséquilibre ainsi évoqué au niveau secondaire s'observe aussi à l'enseignement supérieur.

3° La production excessive de certaines catégories des professionnels de santé

La production non régulée de certaines catégories des professionnels de santé par rapport à la demande des services de santé disponibles

En effet, selon les Etats des Lieux de la Santé 2009, sur l'ensemble des statistiques scolaires en 2008-2009, la filière infirmière A2 a produit à elle seule un effectif de 25.916 sur 27.345 soit 94,77 % dépassant le besoin de 6800 aires de santé planifiés dans le pays.

En outre, le nombre de médecins produits chaque année dépasse les 2000 par an pour les trois universités traditionnelles (Kinshasa, Kisangani et Lubumbashi).

A titre illustratif, les données de la Division Provinciale de la Santé du Katanga montrent une évolution quasi exponentielle de 1989 à 2007 du nombre des médecins et infirmiers diplômés de niveau supérieur à Lubumbashi. Cette tendance est superposable à l'augmentation progressive des structures de santé, créées pour la plupart par les personnels de santé formés en surplus.

II. Absence d'un cadre de concertation entre les parties prenantes (MSP, ESU, Budget, Finances, FP, Plan,...)

L'Ordonnance n°67/230 du 11 mai 1967 portant mesure d'exécution de l'Ordonnance-loi n°66/299 du 14 mai 1966 relative à l'enseignement technique médical et paramédical prévoit l'organisation d'un Conseil Supérieur de l'enseignement technique composé des délégués de la Présidence, du Ministère de la Fonction Publique, Santé, Plan, Enseignement Supérieur et Universitaires, Budget, Finances, Affaires Sociales, etc. qui pour l'instant est non opérationnel.

La non opérationnalité de ce cadre occasionne divers problèmes liés à la production des professionnels de santé par l'Enseignement Supérieur et Universitaire sans besoin exprimé par le Ministère de la Santé Publique qui en est le principal utilisateur.

III. Faible qualité de l'enseignement

La faible qualité de l'enseignement a entraîné la baisse du niveau des diplômés depuis le début de la décennie 90 suite à la rupture de la coopération structurelle, aux pillages, au désengagement de l'Etat dans les secteurs sociaux dont la santé et l'éducation.

L'enquête de viabilité et l'audit organisationnel des établissements de formation ont montré 22% des ITM/IEM et 38% des établissements de formation du niveau supérieur et universitaire ne sont pas viables.

Les mêmes sources renseignent que les enseignements dans les établissements de formation sont assurés par des enseignants non qualifiés (infirmier A2 pour le niveau secondaire), à l'exception de la ville de Kinshasa, la plupart de cours à l'ESU sont dispensés par les Chefs de travaux ou des Assistants.

A l'absence des subsides de l'Etat, le recrutement des élèves et des étudiants est devenu source de financement pour les établissements de formation expliquant ainsi le non respect de critères de sélection et d'évaluation.

Plus de 70 % du personnel enseignant du niveau supérieur et universitaire est à l'âge de la retraite sans politique de la relève.

Le programme de recyclage formel pour le développement des compétences des enseignants du niveau secondaire n'a jamais existé par absence d'une structure modèle où l'on trouve les 3 fonctions (la formation, la recherche et la formation continue du personnel).

Selon les Etats des Lieux de la santé 2009, sur 245 ITM enquêtés qui organisent la section infirmière, seuls 4, soit 1,6% possèdent l'ensemble des matériels didactiques, ce qui est insignifiant.

Le Plan d'action annuel prévoit trois visites par an et par école en raison d'une visite par trimestre. Les Etats des Lieux de la santé (ELS) 2009 ont démontré que les taux de supervision et de contrôle de l'enseignement au cours de l'année scolaire 2008-2009 pour les trois types d'inspection ont été de l'ordre de : 56,5 % pour l'inspection pédagogique, 52 % pour l'inspection administrative et 35,7 % pour l'inspection financière.

Concernant les lieux de stage, Les Etats des Lieux de la santé (ELS) ont démontré que 25% des ITM/IEM n'ont pas un lieu approprié de stage de formation. Selon la même source, 96 % d'ITM/IEM ne disposent pas de nouvelles technologies de l'information et de la communication et 45,7% d'ITM/IEM n'ont pas de source d'énergie électrique.

Pour ce qui est de la documentation, Les Etats des Lieux de la santé (ELS) 2009 rapportent que 37,2% disposent d'une bibliothèque. Quant aux infrastructures, 56,8% disposent des infrastructures adaptées. Ce sont ces mêmes ITM/IEM qui remplissent les conditions par rapport aux salles de classe, bibliothèques, salles techniques.

La majorité d'Etablissements créés sans étude de faisabilité ne dispose pas d'infrastructures propres (CIDEP. ISTMs...). Les locaux d'enseignement, pour la plupart, ne sont pas seulement insuffisants mais ne répondent pas aux normes architecturales.

IV. Programmes de formation non adaptés aux besoins

Sur les 10 filières d'enseignement des sciences de santé du niveau secondaire, 9 fonctionnent avec des programmes élaborés depuis 1967 soit 11 ans avant l'adoption des Soins de Santé Primaires.

Les programmes et les méthodes d'enseignement appliqués tant au niveau secondaire que supérieur et universitaire ne rendent pas les diplômés capables d'être directement opérationnels sur le terrain à l'issue de leurs études.

Les différentes catégories professionnelles de santé ne disposent pas de référentiels de métiers et de compétence.

L'absence du feed-back des utilisateurs aux institutions de formation de base ne permet pas d'améliorer les programmes d'enseignement ni la qualité des diplômés, par rapport aux besoins de santé de la population congolaise.

2.2.2.2 Gestion de la Carrière

I. Recrutement et affectation non planifiés et ne tenant pas compte des besoins exprimés par les services utilisateurs

Concernant le recrutement, la Fonction Publique a admis sous statut 75.000 agents en 2008 pour le compte du Ministère de la Santé Publique qui les affecte progressivement sans nécessairement tenir compte des besoins exprimés par les structures.

Si bien qu'en 2009, l'annuaire indique 108.432 agents au total y compris ceux recrutés en 2008.

S'agissant particulièrement des professionnels de santé, les statistiques récentes indiquent 64.647 professionnels de santé en 2009 et l'étude complémentaire de 2010 sur les RHS menée par la DRH fait apparaître un effectif de 69.730 professionnels de santé soit une augmentation de 5.083 agents et un accroissement de 7,9% en moins d'une année.

Ceci est corollaire à la multiplicité des centres de recrutement qui a occasionné en 2009, la prise d'un arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/SP/AMM/014/CJ/OLA/2009 du 12/04/2009 portant mesures transitoires relative à la gestion des RHS qui a réglementé le recrutement et les affectations.

II. Cadre organique inadapté et absence de description de postes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

Le cadre organique provisoire actuel du Ministère de la Santé Publique institué par l'arrêté ministériel n° CAB/MIN/FP/JMK/PPJ/044/2003 du 28 mars 2003 ne correspond plus aux réalités du moment.

L'organisation administrative qu'il imprime est inefficace : à l'absence d'une définition claire des missions, des fonctions et des prérogatives s'ajoutent l'absence de description opératoire des postes et des emplois ainsi que la propension à une inflation des structures organiques poursuivant souvent les mêmes objectifs.

Tout ceci entraîne des conséquences logiques : chevauchement des missions et des attributions, conflits de compétence, incohérence entre les structures et les objectifs, absence de relation fonctionnelle ou opérationnelle entre différentes structures, confusion dans les rôles, les responsabilités, la répartition inéquitable des effectifs (pléthore par ci, insuffisance par là).

III. Absence des plans de carrières

Aucun corps de métiers de santé n'a, à ce jour, un plan de carrière qui lui permet de tracer son cursus évolutif comme cela fut le cas dans le statut de 1963.

IV. Inexistence des normes de dotation en personnel du niveau central et intermédiaire

Les personnels du niveau central et intermédiaire sont affectés sans tenir compte de la capacité d'accueil des structures ni des profils et exigences des postes.

Même pour le niveau périphérique pour lequel les normes existent, elles nécessitent d'être adaptées en fonction de certains impératifs tels que le Paquet Minimum d'Activités (PMA) des Centres de Santé (CS) et de Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) en milieu urbain et rural, la nécessité de couverture des prestations en cas de l'indisponibilité des agents pour raisons diverses dont la maladie, les congés statutaires, le recyclage/formation en cours d'emploi, le détachement.

V. Répartition inéquitable du personnel entre les milieux urbains et ruraux ou/et entre les provinces

Le personnel de santé sur le territoire est plus concentré dans les grandes villes particulièrement Kinshasa et les chefs de lieu des provinces.

Les différentes études font apparaître une grande disparité dans la répartition géographique des RHS.

Selon les états des lieux de la santé de 1998, 68,4% des médecins étaient dans le milieu urbain contre 31,6% en milieu rural ; 89% des chirurgiens-dentistes étaient en milieu urbain contre 11% en milieu rural ; 70,2% des pharmaciens étaient en milieu urbain contre 29,8% en milieu rural ; 56,5% des administrateurs gestionnaires en milieu urbain et 43,5% en milieu rural.

En revanche, cette tendance ne se vérifie pas pour les infirmiers. 36,1% étaient en milieu urbain et 63,9% en milieu rural.

En 2006, le nombre de médecins pour 10 000 habitants était en moyenne de 6 avec des extrêmes qui variaient entre 0.2 pour le Kasai Occidental et 8 pour Kinshasa. Au cours de la même année, la moyenne du personnel infirmier pour 10 000 habitants se situait à environ 3.5 avec des extrêmes allant de 1.3 pour le Kasai Occidental et 11 pour le Nord Kivu.

L'annuaire des RHS de 2009 renseigne que la densité de médecins pour 10 000 habitants varie entre 0.2 à l'Equateur et 1.8 à Kinshasa. Ceci confirme non seulement la forte instabilité des RHS (du fait des migrations internes et externes), mais aussi la persistance de la répartition inéquitable des RHS entre les provinces.

Selon les Etats des lieux de la santé 2009, 199 Médecins Spécialistes en Santé Publique travaillent à Kinshasa, 1 à Bandundu, 56 au Katanga, 11 au Maniema pour une moyenne nationale de 33 Médecins Spécialistes.

VI. Absence d'un système d'information sur les RHS

La composante RHS du SNIS n'est pas encore développée. Les canaux de transmission de l'information sur les RHS ne sont pas définis. Il en est de même des outils standardisés pour la collecte, la compilation, le traitement, l'analyse et la transmission des données aux autres échelons.

Les missions de collecte des données diligentées en 2009 et 2010 prouvent à suffisance cette défaillance. Les structures chargées de la gestion des RHS ne disposent pas de base des données en leur sein.

Le pays ne dispose pas non plus d'un observatoire sur les RHS lui permettant d'échanger les données sur les effectifs des agents, la production des personnels, les effectifs des personnels formés en cours d'emploi, la qualité des formations, etc.

VII. Inadaptation des textes légaux et réglementaires régissant la gestion des RHS

Les problèmes clés dans ce domaine sont : *l'absence de lois régissant l'exercice des professionnels de santé, l'insuffisance des textes réglementaires, la caducité des rares textes existants et leur faible application, l'insuffisance des outils de gestion du personnel à tous les niveaux...*

En dehors du décret sur l'art de guérir de 1952, aucun autre texte général abordant cette matière n'existe hormis le décret sur le statut spécifique des médecins promulgué en 2006 réglant des questions particulières des Médecins. La loi cadre sur la santé publique actualisée n'est pas encore promulguée par le Chef de l'Etat. La loi organique délimitant les compétences de la Fonction Publique à ses différents niveaux, nationale, provinciale et locale non encore votée rend difficile la gestion du personnel.

VIII. Faiblesse du leadership dans le chef des structures chargées de gestion des RHS

Dans leur configuration actuelle, les structures chargées de la gestion des RHS exercent peu de leadership vis-à-vis des structures hiérarchiquement inférieures. Les Directions Centrales en charge de la gestion des RHS ne disposent pas à ce jour des cadres de travail adaptés ni d'équipements adéquats leur permettant de jouer pleinement leur rôle.

La majorité des structures chargées de la gestion des RHS (B1, B6, B11, C1, C4) ne disposent pas de l'outil de travail nécessaire ainsi que des compétences requises pour assurer leur mission.

De même que les animateurs des bureaux 11 dans les provinces ne parviennent pas à assurer la coordination des activités de formation continue organisées dans la province.

2.2.2.3 Rétention du Personnel de Santé

I. Absence et /ou modicité des rémunérations (salaire, primes, indemnités et avantages sociaux) ;

Le personnel de santé à l'instar d'autres Agents et Fonctionnaires de l'Etat est confronté à ce jour à des difficultés pour couvrir ses besoins sociaux de base (logement, transport, soins médicaux, alimentation, la scolarisation des enfants, habillement ...).

En effet, les rubriques en rapport à ces avantages n'apparaissent pas sur les listings. Les primes de risque actuellement payées ne couvrent pas l'essentiel de besoins des Agents ainsi que ceux de leurs membres de famille. Les primes de brousse qui étaient un des motifs de rétention du personnel de santé en milieu rural ne sont plus payées bien que statutaires.

Les primes de diplômes, de technicité et de fonction jadis octroyées au personnel de santé ne sont plus versées. Les salaires sont bas et inférieurs en le comparant au SMIG. La hauteur de salaire est insignifiante soit de 50.000FC (55 \$) pour le huissier et de 75.459 FC (83 \$) pour le Directeur.

Il s'observe un déséquilibre dans l'octroi des primes de risque aux agents par catégorie des personnels de santé (270 \$ pour le Médecin Interne à 637 \$ pour le Médecin Général) et 14 \$ pour Hospitalier de 2^{ème} classe à 114 \$ pour un En chef de 5^{ème} Echelon et 5,2 \$ pour le huissier à 54 \$ pour le Directeur.

II. Précarité des conditions de travail

La vétusté des bâtiments et l'obsolescence d'équipements et matériels de travail constituent un motif de démotivation du personnel de santé, incapable d'assurer ses responsabilités au profit des populations.

En effet, selon l'ELS 2009, 83% des HGR ne possèdent pas un kit complet de consultation, 99% n'ont pas un kit complet de Labo, 85% ne disposent pas d'un kit complet des médicaments traceurs, 92% n'offrent pas un plateau chirurgical adéquat, 94% n'ont pas de plateau des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), 68% des HGR n'ont pas de système d'adduction d'eau et 87% des Centres de Santé sont construits en pisé.

La même source indique que 30% des Directions centrales du MSP ne possèdent pas de photocopieuse, 80% n'ont pas de scanner et seulement 10% soit une Direction sur 13 possède un LCD. Les moyens de communication font largement défaut dans la plupart des Directions centrales. 70% des Directions centrales n'ont pas accès à l'internet.

III. La fuite des cerveaux des RHS

La modicité des rémunérations et la précarité des conditions de travail engendrent un autre problème qui est la fuite de cerveaux. Celle-ci se manifeste par le départ des professionnels de santé à l'intérieur du pays vers les agences du système des Nations Unies, des coopérations bi et multilatérales, les ONGs nationales et internationales et à l'extérieur du pays.

En effet, à titre indicatif, les statistiques du SYNAMED démontrent que 470 médecins ont officiellement quitté le pays avec un certificat d'honorabilité entre août 2008 et août 2010.

2.2.2.4 Formation Continue

Le diagnostic sectoriel établi en mars 2010 en vue de l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire a retenu un seul problème majeur en rapport avec la Formation Continue. Il s'agit de « **l'absence d'un système de formation continue pour gérer efficacement les activités de formation en cours d'emploi** ».

Ce dernier se manifeste par :

I. Absence des textes normatifs et réglementaires

Depuis l'adoption des Soins de Santé Primaire (SSP) par la RDC, la formulation du processus gestionnaire comme l'une des composantes, la formation continue fait l'objet des préoccupations du Ministère de la Santé Publique tel qu'en témoigne l'arrêté ministériel n°/CAB/MIN/FP/JMK/PP/044/2003 du 28/03/2003 portant création de la Direction de la Formation Continue et l'arrêté ministériel n°1250/CAB/MIN/S/ZKN/042/MC/2006 du 01/12/2006 portant training des médecins.

Toutefois, les documents normatifs devant organiser le système de formation continue suivant les orientations régionales continuent à faire défaut jusqu'à ce jour. Il s'agit, entre autres, de la politique/stratégie sous sectorielle, du plan stratégique, des directives et normes, des outils standardisés de suivi et évaluation,...

Par ce fait, à ce jour, il s'observe une organisation anarchique des activités de Formation Continue, une incoordination de celles-ci, une utilisation des formateurs sans profils appropriés, une instabilité des personnels formés, etc.

II. Absence d'un système d'information

L'information est la base de fonctionnement de tout système. Elle permet d'identifier les problèmes, de prendre des décisions en la matière, d'élaborer les plans, d'en assurer le suivi et évaluation.

Du fait de la faiblesse des structures en charge de la Formation continue à tous les niveaux, le MSP ne dispose pas à ce jour d'un système fiable d'information. La dernière étude complémentaire sur les RHS d'octobre 2010 a révélé que ces données sont disparates, insuffisantes, difficiles d'accès et détenues par les coordinations provinciales des programmes spécialisés du MSP, les structures privées ainsi que les partenaires.

Les ébauches des bases des données des DPS/ B11 ne les maîtrisent pas en vue de les centraliser, et de ce fait, ne donnent pas les informations exhaustives sur les formés, les formateurs avec leur localisation ou affectation actualisée ainsi que les formations réalisées avec leurs dates.

III. Insuffisance de la documentation et de matériels didactiques

La documentation et les matériels didactiques sont des supports de référence et de remise à niveau des compétences.

Au cours de la dernière étude complémentaire sur les RHS, il a été constaté une absence notoire de ces outils, notamment les modules de formation, les matériels pédagogiques, la bibliothèque,...

IV. Faible collaboration avec les partenaires

Il a été constaté que les informations en matière de Formation Continue entre les privés, les ONG, les corporations, les directions centrales et les programmes spécialisés du MSP d'une part et la Direction de la Formation Continue, d'autre part, ne sont pas partagées.

Aussi, la collaboration n'existe presque pas dans l'appui au financement de la Formation Continue.

V. L'incoordination des activités

A ce jour, la Direction de Formation Continue ainsi que les structures provinciales en charge de la Formation Continue ne disposent pas d'une programmation cohérente et conjointe des activités.

Ce qui entraîne l'absence des mécanismes de suivi et évaluation des activités susceptibles de faire remonter les informations en rapport avec les sessions et autres modalités de formation (stages de perfectionnement au pays ou à l'étranger, voyages d'études, visites d'échanges d'expérience, etc.) organisées à travers le pays.

2.2.2.5 Résumé du diagnostic situationnel

L'analyse du diagnostic de la situation des RHS révèle beaucoup de problèmes majeurs dans la gestion courante des RHS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau de la production des RHS, l'on note, à titre illustratif, l'absence d'un plan national de formation, l'absence d'un cadre de concertation entre les ministères impliqués dans la gestion des RHS, la faible qualité de l'enseignement et les programmes de formation non adaptés aux besoins de la population.

Dans la gestion de la carrière, les recrutements et les affectations des RHS ne tiennent pas compte des besoins exprimés par les structures utilisatrices. Le cadre organique actuel est inadapté et les descriptions de postes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont quasi inexistantes.

Aucun corps de métiers de santé ne dispose à ce jour d'un plan de carrière qui lui permet de tracer son cursus évolutif. Les normes de dotation en personnel du niveau central et intermédiaire ne sont pas encore élaborées.

La répartition du personnel entre les milieux urbains et ruraux et/ou entre les provinces est inéquitable et on observe une préférence du milieu urbain par rapport au milieu rural.

Le système d'information sur les RHS n'existe pas. Il en est de même pour l'observatoire sur les RHS.

Les textes légaux et réglementaires régissant la gestion des RHS sont, à ce jour, inadaptés.

Les structures chargées de la gestion des RHS exercent peu de leadership vis-à-vis des structures hiérarchiquement inférieures et ne disposent pas des cadres de travail adaptés ni d'équipements adéquats pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle.

Pour ce qui est de la rétention des RHS, on note la modicité des rémunérations (salaire, primes, indemnités et avantages sociaux) et la précarité des conditions de travail avec comme principale conséquence, la fuite des cerveaux des RHS tant à l'intérieur du pays qu'à l'extérieur.

En outre, le Ministère de la Santé Publique ne dispose pas d'un système de formation continue pour la gestion efficace des activités de formation en cours d'emploi.

En bref, les principaux problèmes des RHS décrits dans le diagnostic situationnel portent sur (i) l'absence d'un plan national de formation, (ii) l'absence d'un cadre de concertation entre les parties prenantes, (iii) une faible qualité de l'enseignement, (iv) des programmes de formation non adaptés aux besoins, (v) le recrutement et les affectations non planifiés et ne tenant pas compte des besoins exprimés par les services utilisateurs, (vi) le cadre organique inadapté et l'absence de description de postes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, (vii) l'absence des plans de carrière, (viii) l'inexistence des normes de dotation en personnel du niveau central et intermédiaire, (ix) l'absence d'un système d'information sur les RHS, (x) les textes légaux et réglementaires régissant la gestion des RHS inexistantes ou non adaptés, (xi) une faiblesse du leadership dans le chef des structures chargées de gestion des RHS, (xii) la modicité des rémunérations, (xiii) la précarité des conditions de travail, (xiv) la fuite des cerveaux des RHS et (xv) l'absence d'un système de formation continue.

Tous ces problèmes peuvent être classifiés en cinq catégories, à savoir : la faiblesse dans la gouvernance institutionnelle et le leadership des structures en charge de développement des RHS, la faiblesse dans la planification des RHS, la faible qualité de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire, la faiblesse dans la gestion et le développement des compétences des RHS, ainsi que la précarité des conditions de travail.

CHAPITRE III : ENJEUX ET DEFIS EN MATIERE DES RHS

3.1 ENJEUX

3.1.1 Forces

Le secteur de la santé est doté d'une stratégie sectorielle dénommée « Stratégie de Renforcement du Secteur de la Santé, SRSS» dont l'un de ses axes stratégiques est relatif au développement des RHS.

A travers cet axe stratégique et le pilier RHS du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015), un certain nombre d'orientations ont été fournies et sont à la base des réalisations qui s'observent actuellement et qui constituent nos forces.

Il s'agit de l'existence des structures nationales et provinciales chargées de la gestion des RHS, de la mise en place de la commission des RHS et de renforcement des capacités dans le cadre du comité national de pilotage du secteur de la santé, de la collecte active des données sur les RHS sur le terrain consignée dans un annuaire des RHS 2009 suivie d'une étude complémentaire sur les RHS des secteurs privé et paraétatique; des états des lieux des ITM/IEM 2009 pour évaluer leur viabilité ; de l'audit organisationnel et l'enquête de viabilité pour les filières médicales de niveau supérieur et fermeture des établissements et filières non viables ; des états des lieux du secteur de la santé 2009; de la réforme du programme de formation pour la filière infirmière du niveau secondaire ; de la réglementation du recrutement et des affectations par rapport à la décentralisation consacrée par la nouvelle constitution à travers la prise des arrêtés des mesures transitoires ; de la rationalisation du personnel expérimentée dans certaines structures du MSP dans le cadre des projets.

3.1.2 Faiblesses

Toutes ces réalisations certes importantes sont moindres quand on considère l'immensité de la tâche à accomplir au vu des problèmes.

Parmi les facteurs limitant auxquels il convient de prêter une attention particulière pour la réussite des interventions à venir, on peut citer : l'inexistence d'un financement spécifique pour soutenir les RHS ; les structures chargées de la gestion des RHS ne disposent pas de l'espace de travail nécessaire et ne sont pas équipés; le personnel commis à la gestion des RHS n'a pas une formation spécifique dans ce domaine ; l'absence d'une base des données fiable.

3.1.3 Opportunités

Quelques opportunités sont à portée de la main. C'est entre autres la volonté du gouvernement de faire de la santé et de l'éducation des secteurs prioritaires de la reconstruction et du développement du pays traduite par la mise en place de la commission chargée des RHS et renforcement des capacités, la présence des partenaires et bailleurs de fonds intéressés par la question des RHS (OMS, GAVI-RSS, AMPS, JICA, Banque Mondiale, Union européenne, CTB, APEFE, Fondation Bills et Melinda Gates...), la présence des Ordres, Syndicats et Associations professionnelles de la Santé, les appels internationaux et les engagements des partenaires techniques et financiers en faveur du Développement des RHS (le plan d'action de Douala, la déclaration de Kampala, la Conférence Internationale de Tokyo sur le développement africain (TICAD IV), le Communiqué de G8 défendant la nécessité de fidéliser efficacement le personnel de santé, la déclaration de Ouagadougou sur les SSP, la stratégie africaine sur la santé.

Aussi, l'initiative de la réforme du cadre organique offre l'opportunité de jeter les bases d'une fonction publique mieux adaptée aux exigences du secteur de la santé. La présence des Ecoles de Santé Publique offre une opportunité pour la formation continue.

3.1.4 Menaces

Pour minimiser le risque d'échec de la mise en œuvre du plan, les principales menaces à prendre en compte sont les suivantes : La présence des promoteurs des écoles de l'enseignement des sciences de santé avec esprit mercantile, la présence des multiples ONGs qui débauchent les professionnels de santé, les capacités de financement limitées de l'Etat...

3.2 DEFIS

Le présent PNDRHS est l'émanation du PNDS 2011-2015 en matière des RHS, levier essentiel à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise.

En tant que tel, un des défis du PNDRHS est de mobiliser effectivement l'ensemble des partenaires, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur, pour la mise en œuvre des orientations du PNDS.

L'autre défi est de répartir équitablement ces RHS entre les provinces et entre les milieux urbains et ruraux.

CHAPITRE IV : CADRE STRATEGIQUE

4.1. VISION STRATEGIQUE

Au regard de l'analyse de l'environnement interne et externe du MSP, la vision stratégique dans le domaine de développement des RHS en RDC se décline comme suit : « **le secteur de la santé dispose à tous les niveaux de la pyramide sanitaire des équipes de santé multidisciplinaires, compétentes, performantes, en quantité suffisante, équitablement réparties, contribuant à l'amélioration de l'état de santé de la population congolaise par une offre des prestations de soins de santé de qualité** ».

Le plan national de développement des RHS ainsi élaboré matérialisera les orientations stratégiques du PNDS 2011-2015 en vue de la mise en œuvre de la stratégie sectorielle du gouvernement en matière de santé, à travers les plans opérationnels annuels. Le PNDRHS voudra réguler la production des professionnels de niveau secondaire, supérieur et universitaire ; assurer une utilisation efficiente et efficace des personnels de santé. Il définit les mécanismes efficaces de rétention, de fidélisation et de développement des compétences des personnels de santé. Ces actions s'exécuteront avec l'implication des secteurs connexes, des partenaires techniques et financiers, de la société civile et de la communauté.

4.2. OBJECTIFS

4.2.1. Objectif Général

Pourvoir le secteur de santé d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante, équitablement réparti pour une offre des prestations de soins de santé de qualité d'ici 2015.

4.2.2. Objectifs Spécifiques

1. Renforcer la gouvernance institutionnelle et le leadership des structures en charge du développement des RHS ;
2. Renforcer le cadre de planification des RHS ;
3. Renforcer la qualité de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire ;
4. Renforcer la gestion et le développement des compétences des RHS ;
5. Assurer la motivation du personnel de santé et la fidélisation aux postes.

4.3. AXES STRATEGIQUES

Les axes stratégiques sont présentés par objectif spécifique tel que formulé ci-dessus.

OBJECTIF SPECIFIQUE 1 : Renforcer la gouvernance institutionnelle et le leadership des structures en charge du développement des RHS

- 1) Mise en place d'un système d'information sur les RHS ;
- 2) Décentralisation dans la gestion des RHS ;
- 3) Renforcement du partenariat intra et intersectoriel en matière des RHS.

OBJECTIF SPECIFIQUE 2 : Renforcer le cadre de planification des RHS

- 1) Développement du cadre institutionnel et normatif de planification des RHS;
- 2) Renforcement des capacités des structures en charge des RHS en matière de planification ;
- 3) Promotion de la planification des RHS.

OBJECTIF SPECIFIQUE 3 : Renforcer la qualité de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire

- 1) Assainissement du secteur de l'enseignement de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire ;
- 2) Adaptation des curricula de formation de base aux besoins de terrain ;
- 3) Renforcement des capacités institutionnelles des établissements de formation ;
- 4) Promotion d'un système d'accréditation des établissements de formation.

OBJECTIF SPECIFIQUE 4 : Renforcer la gestion et le développement des compétences des RHS

- 1) Amélioration de la distribution des RHS/ Répartition équitable des RHS entre les provinces, les milieux urbains et ruraux ;
- 2) Développement du système de formation continue pour les RHS ;
- 3) Promotion de la recherche en matière des RHS ;
- 4) Renforcement des capacités institutionnelles et humaines des structures en charge du développement des RHS.

OBJECTIF SPECIFIQUE 5 : Assurer la motivation du personnel de santé et la fidélisation aux postes

- 1) Amélioration de l'environnement de travail du personnel de santé (infrastructures, équipement et matériel, outils de travail...);
- 2) Amélioration des rémunérations et des conditions sociales ;
- 3) Développement des mesures incitatives pour les milieux ruraux (primes de brousse et d'éloignement, construction des habitations...).

4.4. CADRE PROGRAMMATIQUE

AXES STRATEGIQUES	ACTIONS PRIORITAIRES	ACTIVITES	INDICATEURS DE PROCESSUS	CIBLES	CHRONOGRAMME					
					2011	2012	2013	2014	2015	COUTS
OBJECTIF SPECIFIQUE 1: RENFORCER LA GOUVERNANCE INSTITUTIONNELLE ET LE LEADERSHIP DES STRUCTURES EN CHARGE DU DEVELOPPEMENT DES RHS										
1.1. Mise en place d'un système d'information sur les RHS										
	1.1.1. La mise en place d'une base des données des RHS									
		Doter les structures en charge de gestion des RHS en matériels informatiques de gestion de base des données sur les RHS	Nombre des Kits informatiques	12 Kits informatiques de gestion des RHS	39600	0	0	0	0	39600
		Acquérir et installer le logiciel de gestion des RHS	Nombre des logiciels de gestion des RHS	12 logiciels de gestion des RHS	10000	50000	0	0	0	60000
		Connecter les structures en charge de gestion des RHS en intranet et internet	Nombre des structures connectées en intranet et internet	14 Structures en charge de gestion des RHS	10000	50000	0	0	0	60000
		Organiser des sessions de formation en gestion de la base des données	Proportion de sessions de formation organisées en gestion de base de données	2 sessions de formation en gestion de base de données	35000	175000	0	0	0	210000

		<i>Effectuer 1 voyage d'études/stages à l'étranger</i>	<i>Nombre de voyages d'études/stages à l'étranger</i>	<i>5 voyages d'études/stages à l'étranger</i>	72000	72000	72000	72000	72000	360000
	<i>1.1.2. Production des annuaires des RHS</i>									
		<i>Organiser des missions de collecte des données sur les RHS en provinces 2 fois l'an</i>	<i>Nombre des missions de collecte de données sur l'annuaire</i>	<i>10 missions de collecte de données</i>	116508	116508	116508	116508	116508	582540
		<i>Analyser et traiter les données</i>			24000	24000	24000	24000	24000	120000
		<i>Organiser un atelier de validation des données et du document par an</i>	<i>Proportion d'ateliers de validation de données et de documents</i>	<i>5 validations de données et de documents</i>	64419	64419	64419	64419	64419	322095
		<i>Reproduire le document (annuaire)</i>	<i>Nombre des documents reproduits</i>	<i>2500 documents reproduits</i>	2500	2500	2500	2500	2500	12500
	<i>1.1.3. Mise en place d'un observatoire des RHS</i>									
		<i>Organiser des réunions techniques préparatoires des parties prenantes sur l'observatoire des RHS</i>	<i>Nombre de réunions tenues</i>	<i>10 réunions techniques</i>	7205	7205	0	0	0	14410

		<i>Organiser des ateliers avec les parties prenantes</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>6 ateliers avec les parties prenantes</i>	0	0	116508	116508	116508	349524
		<i>Organiser des missions de supervision des activités sur l'observatoire</i>	<i>Nombre des missions effectuées</i>	<i>3 missions de supervision</i>	0	0	58254	58254	58254	174762
	<i>1.1.4. Mise en place d'un système d'information sur la formation continue des personnels de santé</i>	<i>Organiser 10 réunions d'élaboration des outils et textes relatifs au Système d'information pour la Formation Continue</i>	<i>Nombre des réunions tenues</i>	<i>10 réunions</i>	1500	0	0	0	0	1500
		<i>Organiser 1 atelier d'adoption des outils et textes avec 60 participants pendant 2 Jours</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>1 atelier</i>	35200	0	0	0	0	35200
		<i>Organiser 1 atelier de formation des Datas Managers en gestion de base des données en Formation Continue</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>1 atelier de formation</i>	17500	0	0	0	0	17500
		<i>Tenir 20 réunions de fonctionnement du comité national d'accréditation</i>	<i>Nombre des réunions tenues</i>	<i>20 réunions</i>	15000	0	0	0	0	15000

1.2. Décentralisation dans la gestion des ressources humaines en santé	1.2.1. Elaborer les avant-projets des textes d'accompagnement des dispositions constitutionnelles définissant les attributions du pouvoir central et provincial par rapport à la gestion des RHS	Organiser 6 réunions d'élaboration des textes d'accompagnement des dispositions constitutionnelles en rapport avec la gestion des RHS	Nombre de réunions tenues	6 réunions	8646	0	0	0	0	8646
		Organiser 1 atelier national d'adoption des textes d'accompagnement des dispositions constitutionnelles	Nombre d'ateliers organisés	1 atelier national	64419					64419
1.3. Renforcement du partenariat intra et intersectoriel en matière des RHS	1.3.1. Créer un cadre de concertation avec toutes les parties prenantes (ESU, utilisateurs, syndicats, ordres et associations professionnelles)	Organiser 2 réunions techniques pour la mise en place du cadre de concertation	Nombre de réunions tenues	2 réunions	2882	0	0	0	0	2882
		Organiser un atelier d'adoption des TDR, du ROI relatifs au cadre de concertation	Nombre d'ateliers organisés	1 atelier	27899	0	0	0	0	27899

		Organiser 10 Réunions techniques sur l'élaboration des statuts particuliers des professionnels de santé	Nombre de réunions tenues	10 Réunions	14410	0	0	0	0	14410
		Organiser 3 Ateliers nationaux d'élaboration et d'adoption des textes	Nombre d'ateliers organisés	3 Ateliers	193257	0	0	0	0	193257
S/TOTAL OBJECTIF 1					648324	637178	529735	529735	529735	2 874 707

OBJECTIF SPECIFIQUE N° 2 : Renforcer le cadre de planification des RHS

2.1. Développement du cadre institutionnel et normatif de planification des RHS										
	2.1.1. Révision du cadre organique									
		Organiser des Réunions techniques sur la révision du cadre organique	Nombre de réunions tenues	2 Réunions	5764	0	0	0	0	5764
		Organiser 1 Atelier national de validation du cadre organique	Nombre d'ateliers organisés	1 Atelier	64419	0	0	0	0	64419
		Missions de vulgarisation du cadre organique	Nombre des missions effectuées	1 mission vulgarisation	58254	0	0	0	0	58254

	2.2.1. Accompagner les provinces dans le processus d'élaboration des Plans Provinciaux des RHS									
		Organiser des missions d'appui au processus d'élaboration des Plans Provinciaux de développement des RHS en provinces	Nombre des missions effectuées	4 missions	233016	0	0	0	0	233016
		Organiser des ateliers d'élaboration des Plans Provinciaux de développement des RHS en provinces	Nombre d'ateliers organisés	44 ateliers	1331396	0	0	0	0	1331396
2.3. Promotion de la planification des RHS										
	2.3.1. Mise en place d'une maquette des plans stratégiques et opérationnels de développement des RHS	Organiser des réunions techniques	Nombre de réunions tenues	4 réunions	5764	0	0	0	0	5764

		<i>Equiper les bureaux et les salles de techniques professionnelles, bibliothèque et matériels pédagogiques</i>									0
		<i>Connecter les écoles au réseau internet</i>	<i>Nombre des écoles connectées</i>	<i>10 écoles</i>	12500	0	0	0	0	0	12500
		<i>Abonnement mensuel à l'internet</i>	<i>Nombre d'abonnements payés</i>	<i>10 abonnements</i>	9000	9000	9000	9000	9000	9000	45000
		<i>Organiser les normes d'élaboration des normes d'organisation et de fonctionnement des écoles pilotes</i>	<i>Nombre des normes élaborées</i>	<i>1 norme</i>	1500	0	0	0	0	0	1500
		<i>Organiser l'atelier national d'adoption des normes des écoles pilotes</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>1 atelier</i>	35200	0	0	0	0	0	35200
		<i>Organiser les tests de recrutement du personnel des écoles pilotes</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>5 ateliers</i>	34625	34625	34625	0	0	0	103875

		<i>Organiser les ateliers de recyclage des dirigeants, enseignants et encadreurs de stage des écoles pilotes</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>5 ateliers</i>	87500	87500	87500	0	0	262500
<i>3.2. Adaptation des curricula de formation de base aux besoins de terrain</i>										
	<i>3.2.1. Développer des programmes de formation adaptés aux besoins de la population</i>	<i>Organiser les réunions/rencontres nationales de sensibilisation sur la réforme des programmes</i>	<i>Nombre de réunions tenues</i>	<i>1 réunion</i>	1500	0	0	0	0	1500
		<i>Organiser les réunions/rencontres provinciales de sensibilisation sur la réforme des programmes</i>	<i>Nombre de réunions tenues</i>	<i>4 réunions</i>	5500	0	0	0	0	5500
		<i>Organiser des ateliers de formation/recyclage des enseignants à la réforme</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>5 ateliers</i>	157500	157500	157500	0	0	472500
		<i>Reproduire et diffuser les référentiels pour la section infirmière</i>	<i>Nombre des référentiels reproduits et diffusés</i>		2750000	375000	375000	0	0	3500000

		<i>Organiser les ateliers d'élaboration des référentiels pour d'autres filières y compris celui de corps de métier</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>8 ateliers</i>	122500	122500	122500	122500	0	490000
		<i>Organiser les ateliers de formation/recyclage des enseignants à la réforme (y compris les encadreurs de stage pour les nouvelles filières)</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>9 ateliers</i>	157500	157500	157500	0	0	472500
		<i>Reproduire et diffuser les référentiels pour les autres filières</i>			1000000	7500	7500	7500	7500	1030000
		<i>Organiser les missions de vulgarisation des référentiels des autres filières</i>	<i>Nombre des missions organisées</i>	<i>2 missions</i>	11781	11781	0	0	0	23562
		<i>Organiser le jury national</i>	<i>Nombre des jurys nationaux organisés</i>	<i>5 jurys</i>	150000	150000	150000	150000	150000	750000
		<i>Reproduire les pièces scolaires de valeur (diplômes, bulletins...)</i>	<i>Nombre des pièces scolaires reproduites</i>		36000	36000	36000	36000	36000	180000

3.3. Renforcement des capacités institutionnelles des établissements de formation										
	3.2.2. Renforcer les capacités institutionnelles des établissements de formation des professionnels de santé									
		Réhabiliter les infrastructures scolaires de formation	Nombre des bâtiments réhabilités		0	0	0	0	0	0
		Equiper les infrastructures scolaires de formation selon les normes	Nombre des infrastructures scolaires de formation équipées		0	0	0	0	0	0
		Organiser les ateliers de recyclage des dirigeants, enseignants et des encadreurs de stage des établissements de formation	Nombre d'ateliers organisés	3 ateliers	87500	87500	87500	0	0	262500
		Doter les écoles publiques de budget de fonctionnement	Nombre d'écoles publiques dotées d'un budget		756000	756000	756000	756000	756000	3780000

		<i>Organiser une réunion d'élaboration des critères pour les sites de stage</i>			450	0	0	0	0	450
		<i>Organiser un atelier d'adoption des critères pour les sites de stage</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>		2500	0	0	0	0	2500
		<i>Recenser les sites susceptibles de recevoir les stagiaires</i>	<i>Nombre des sites recensés</i>		20349	0	0	0	0	20349
<i>3.4. Promotion d'un système d'accréditation des établissements de formation</i>										
	<i>3.4.1. Instituer l'accréditation des institutions de formation comme mode de gestion</i>	<i>Elaborer les conventions de partenariat avec les écoles confessionnelles agréées</i>	<i>Nombre des conventions de partenariat élaborées</i>		3000	0	0	0	0	3000
		<i>Elaborer les critères d'accréditation des écoles de formation de base</i>	<i>Nombre des critères d'accréditation élaborés</i>		1500	0	0	0	0	1500
		<i>Elaborer les avant-projets d'Arrêtés d'accréditation</i>	<i>Nombre des avant-projets d'arrêtés élaborés</i>		0	0	0	0	0	0

		Effectuer les missions d'évaluation pour décision d'accréditation	Nombre des missions organisées	5 missions	11781	15235	15235	15235	15235	72721
					5619156	2038111	2026330	1126705	1004205	11 342 007
<i>S/TOTAL OBJECTIF 3</i>										
<i>OBJECTIF SPECIFIQUE N° 4 : Renforcer la gestion et le développement des compétences des RHS</i>										
<i>4.1. Amélioration de la distribution des RHS/répartition équitable des RHS entre les provinces, les milieux urbains et ruraux</i>										
	4.1.1. Redéploiement et Recrutement des Personnels de santé	Redéployer 97 agents à travers toute la République	Nombre d'agents redéployés	97 agents	0	79424	200896	84096	74752	439168
		Recruter 6418 agents à travers toute la république	Nombre d'agents recrutés	6418 agents	0	9256000	12274880	9248880	9248880	40028640
	4.1.2. Affecter/muter le personnel de santé (par les autorités compétentes), conformément aux profils exigés et aux postes vacants	Payer des Frais de transports pour 1000 agents à affecter/muter	Nombre d'agents affectés/mutés	1000 agents	0	1037500	1037500	1037500	1037500	4150000
		Payer des Frais d'installation pour 1000 agents affectés/mutés	Nombre d'agents ayant bénéficiés des frais d'installation	1000 agents	0	150000	150000	150000	150000	600000

	4.1.3. La mise à la retraite des personnels de santé									
		Organiser des activités de sensibilisation de la mise à la retraite	Nombre de missions des activités de sensibilisation organisées	11 missions	195350	0	0	0	0	195350
		Organiser le recensement biométrique des agents éligibles à la retraite	Nombre de missions de recensement	11 missions	494659	0	0	0	0	494659
		Payer des indemnités de sortie pour 21000 agents éligibles	Nombre d'agents ayant bénéficiés des indemnités de sortie	21000 agents	20000000	10000000	6000000	4000000	2000000	42000000
		Payer des Frais de transport pour rapatriement des retraités	Nombre d'agents ayant bénéficiés	21000 agents	41500000	20750000	12450000	8300000	4150000	87150000
4.2. Développement du système de formation continue pour les RHS	4.2.1. Mise en place d'un cadre normatif pour la réguler les activités de Formation Continue									
		Réaliser un état des lieux du Système de Formation Continue	Nombre d'état de lieu	1 état de lieu	259263	0	0	0	259263	518526

		<i>Effectuer 2 missions de supervision des activités de gestion des RHS en provinces par l'an</i>	<i>Nombre des missions effectuées</i>	<i>2 missions</i>	116508	116508	116508	116508	116508	582540
		<i>Organiser 2 missions de suivi et évaluation de la mise en œuvre du PNRHS en provinces par an</i>	<i>Nombre des missions effectuées</i>	<i>2 missions</i>	116508	116508	116508	116508	116508	582540
		<i>Effectuer 5 voyages d'études/stages à l'étranger</i>	<i>Nombre des voyages d'études/stages effectués</i>	<i>5 voyages</i>	30000	30000	30000	30000	30000	150000
		<i>Participer à 5 colloques ou conférences internationales en matière de gestion des RHS</i>	<i>Nombre des colloques ou conférences effectués</i>	<i>5 colloques ou conférences</i>	15000	15000	15000	15000	15000	75000
	4.4.2. APPUI A LA MISE EN OEUVRE DES PROGRAMMES DE FORMATION	<i>Organiser 1 atelier d'élaboration de la Programmation Conjointe des activités de formation continue au niveau central</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>1 atelier</i>	7500	0	0	0	0	7500

		<i>Organiser 11 ateliers d'élaboration de la Programmation Conjointe des activités de formation continue en Provinces</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>11 ateliers</i>	82500	0	0	0	0	82500
		<i>Organiser 3 ateliers d'intégration des paquets intégrés d'activités prioritaires dans les programmes de formation</i>	<i>Nombre d'ateliers organisés</i>	<i>3 ateliers</i>	22500	22500	22500	22500	22500	112500
		<i>Organiser 1 session de formation des formateurs du niveau central en management stratégique (50 formateurs centraux)</i>	<i>Nombre des sessions de formation organisées</i>	<i>1 session</i>	17500	0	0	0	0	17500
		<i>Organiser 11 sessions de formation des formateurs du niveau intermédiaire (225 formateurs provinciaux à former)</i>	<i>Nombre des sessions de formation organisées</i>	<i>11 sessions</i>	105000	87500	0	0	0	192500

		<i>Organiser 4 sessions de formation en Management Stratégique des services de sante (100 cadres du niveau central a former)</i>	<i>Nombre des sessions de formation organisées</i>	<i>4 sessions</i>	164800	0	0	0	0	164800
		<i>Organiser 20 sessions de formation en Management opérationnel des services de sante (1660 cadres de 207 ZS a former)</i>	<i>Nombre des sessions de formation organisées</i>	<i>20 sessions</i>	344830	344830	344830	344830	344830	1379320
		<i>Organiser 124 sessions de formation en Management des services au cs pour équipes polyvalentes des centres de sante (2 personnes a former par équipe dans 1863 CS)</i>	<i>Nombre des sessions de formation organisées</i>	<i>24 sessions</i>	426565	426565	426565	426565	0	1706260
		<i>Formation en Management scolaire de 900 Gestionnaires et Inspecteurs d'écoles médicales pour 30 sessions)</i>	<i>Nombre des sessions de formation organisées</i>	<i>30 sessions</i>	206070	206070	0	0	0	412140

		. Formation des 4200 prestataires des 207 Hopitaux généraux de Référence en gestion du PCA au cours de 210 sessions)	Nombre des sessions de formation organisées	210 sessions	576996	576996	576996	576996	576996	2884980
		Formation des 20700 prestataires du niveau périphérique des 207 ZS en gestion du PMA	Nombre des sessions de formation organisées	207 sessions	330335	330335	0	0	0	660670
		Training de jeunes médecins	Nombre des sessions de formation organisées		0	0	0	0	0	0
		Organiser 11 Missions de suivi des programmes de formation par le niveau central par an			22500	22500	22500	22500	22500	112500
		Organiser 1 atelier de mise en place de la cartographie des pools de formateurs avec 60 participants	Nombre d'ateliers organisés	1 atelier	17500	0	0	0	0	17500
		Installer le projet Excellencis dans 27 Hôpitaux et la D11 (maintenance et entretien)	Nombre des structures	28 structures	40000	40000	40000	40000	40000	200000

		Appuyer la formation de 300 cadres du MSP à l'Ecole de Santé Publique	Nombre des cadres formés	300 cadres	0	600000	600000	600000	600000	2400000
SI/TOTAL OBJECTIF 4					67359593	44867486	35363096	25771883	19743650	192 746 958
OBJECTIF SPECIFIQUE N° 5 : Assurer la motivation du personnel de santé et la fidélisation aux postes										
5.1. Amélioration de l'environnement de travail du personnel de santé (infrastructure, équipement et matériel, outil de travail).										
	5.1.1. Amélioration de l'environnement de travail	Réhabiliter 1 bâtiment de la D1	Nombre des bâtiments réhabilités	1 bâtiment	450000	0	0	0	0	450000
		Implanter 1 réseau internet à la DRH	Nombre des réseaux	1 réseaux	2500	0	0	0	0	2500
		Payer l'abonnement aux services de l'internet	Nombre des mois payés	60 mois	1200	1200	1200	1200	1200	6000
	5.1.2. Acquisition des équipements, matériels et fournitures	Doter la D1 de 17 Kit de matériels informatiques	Nombre des Kits informatiques dotés	17 Kits	25500	0	0	0	0	25500
		Doter la D1 d'1 Kit des fournitures de bureau et consommables informatiques	Nombre des Kits dotés	60 Kits	3000	3000	3000	3000	3000	15000

		<i>Doter 11 Kits des fournitures de bureau et consommables informatiques aux 11 B1 provinciaux</i>	<i>Nombre des Kits dotés</i>	<i>660 Kits</i>	11000	11000	11000	11000	11000	55000
		<i>Doter la DRH d'une JEEP 4X4</i>	<i>Nombre des Jeep dotés</i>	<i>1 Jeep</i>	35000	0	0	0	0	35000
		<i>Doter la D1 d'un véhicule de transport du personnel</i>	<i>Nombre des bus</i>	<i>1 bus</i>	50000	0	0	0	0	50000
		<i>Doter la DRH d'un groupe électrogène industriel</i>	<i>Nombre des groupes électrogènes dotés</i>	<i>1 groupe électrogène</i>	5000	0	0	0	0	5000
		<i>Doter la DRH de 4 LCD</i>	<i>Nombre des LCD dotés</i>	<i>4 LCD</i>	12000	0	0	0	0	12000
		<i>Doter la DRH des Kits mobiliers de bureau</i>	<i>Nombres des Kits mobiliers dotés</i>	<i>10 Kits</i>	125000	0	0	0	0	125000
		<i>Doter la DRH des Kits petits matériels de bureau</i>	<i>Nombres des Kits dotés</i>	<i>10 Kits</i>	12500	0	0	0	0	12500
		<i>Doter la D11 en matériels didactique, audiovisuel et de NTIC</i>	<i>Nombres des Kits dotés</i>		133800	133800	0	0	0	267600
		<i>Doter la D11 en matériel roulant</i>	<i>Nombres des Kits dotés</i>		62000	62000	0	0	0	124000

5.2. Amélioration des rémunérations et des conditions sociales.										
	5.2.1. Mobilisation des ressources additionnelles pour soutenir les salaires									
		Elaborer un document de plaidoyer	Nombre des documents élaborés	1 document	300	0	0	0	0	300
		Organiser les réunions et ateliers de plaidoyer auprès du Gouvernement et des PTF	Nombres des réunions tenues		7500	0	0	0	0	7500
		Sensibiliser les parties prenantes pour l'octroi des primes statutaires à tous les niveaux	Nombres des séances de sensibilisation		115500	0	0	0	0	115500
		Organiser des missions de Vulgarisation du sous plan "Rétention du personnel de santé"	Nombre des missions		115500	0	0	0	0	115500
	5.2.2. Paiement des salaires des personnels de santé	Payer les salaires			11621633,4	11621633,4	11621633	11621633	11621633,4	581081672

		<i>Organiser annuellement des cérémonies de récompense des Agents méritants à tous les niveaux</i>	<i>Nombre d'agents récompensés</i>		1000	1000	1000	1000	1000	5000
	5.2.5. Octroi des bourses d'études et frais de stage de perfectionnement									
		<i>Plaidoyer auprès du Gouvernement et des PTF pour la mobilisation des ressources pour l'octroi des bourses d'études/spécialisation et frais de stage de perfectionnement</i>	<i>Nombre des séances organisées</i>		1500	1500	1500	1500	1500	7500
		<i>Octroyer les bourses d'études et frais de stage de perfectionnement</i>								15000
	5.2.6. Octroie les primes de fonction aux cadres	<i>Payer les primes de fonction aux cadres</i>	<i>Nombre des cadres ayant bénéficiés de la prime de fonction</i>	2701 cadres	4753800	4753800	4753800	4753800	4753800	23769000

		<i>Construire des habitations des cadres des milieux ruraux, éloignés et à accès difficile</i>	<i>Nombre d'habitations construites</i>							45547500
				9109500	9109500	9109500	9109500	9109500		
		<i>Réhabiliter les locaux abritant les bureaux des cadres/gestionnaires des services et structures de santé</i>	<i>Nombres des locaux réhabilités</i>							26873860
				5374772	5374772	5374772	5374772	5374772		
	5.3.2. Equipement des locaux abritant les bureaux des cadres à tous les niveaux de la pyramide sanitaire									
		<i>Doter les locaux abritant les bureaux des cadres en équipements et matériels adéquats</i>	<i>Nombres des locaux équipés</i>							24968930
				4993786	4993786	4993786	4993786	4993786		
	5.3.3. Equipement des cadres/gestionnaires des services et structures de santé en matériel rouant									
		<i>Doter les cadres/gestionnaires en véhicule jeep 4X4</i>	<i>Nombre des cadres dotés en Jeep</i>							1505000
				301000	301000	301000	301000	301000		

		<i>Doter les cadres/gestionnaires en Motos</i>	<i>Nombre des cadres dotés en motos</i>		208800	208800	208800	208800	208800	1044000
	<i>5.3.4. Paiement des Primes de brousse et d'éloignement</i>	<i>Octroyer les primes de brousse et d'éloignement aux personnels de santé</i>	<i>Nombre des ZSR ayant bénéficiées de la prime</i>	300 ZSR	1710000	1710000	1710000	1710000	1710000	8550000
<i>S/TOTAL OBJECTIF 5</i>					916274554,6	921260504,6	921064705	921064705	1446247105	4 467 239 678
<i>TOTAL GENERAL</i>					992 179 200,6	968 982 118	959162704	948671866	1467703533	4 677 196 275

CHAPITRE V. FINANCEMENT DU PLAN

Sources de financement

Le PNDRHS 2011-2015 sera financé à travers la mobilisation des ressources auprès de quatre sources traditionnelles en RDC. Il s'agit de : ressources domestiques comprenant le budget de l'Etat alloué à la santé, ressources internationales générées par les partenaires techniques et financiers du secteur notamment, les agences du système des Nations Unies à vocation santé, coopérations bi et multilatérales en santé (JICA, OMS, BM, Coopération Belge, ...), ONGs internationales et nationales ainsi que de la contribution de la communauté à travers les recouvrements des coûts des services et soins de santé.

En plus de ces quatre sources traditionnelles, il y a les opportunités offertes par des initiatives mondiales telles que l'Alliance Mondiale des personnels de santé (AMPS), Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), etc.

CHAPITRE VI. MISE EN ŒUVRE DU PLAN

6.1. PRINCIPES DIRECTEURS POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PNDRHS

La mise en œuvre effective du PNDRHS va s'appuyer sur les principes directeurs suivants :

- La Décentralisation effective et la réforme administrative pour la redistribution de l'autorité, de la responsabilité et des ressources dans le respect des attributions constitutionnelles et des missions de chaque niveau de la pyramide sanitaire ;
- L'évolution conséquente du cadre organique ;
- La mobilisation et l'allocation rationnelles des ressources suffisantes et leur utilisation efficiente pour une prestation intégrée des services de santé essentiels permettant de réaliser l'accès universel ;
- La collaboration intra et intersectorielle impliquant la nécessité d'institutionnaliser l'action intersectorielle coordonnée afin d'améliorer les déterminants de la santé ;
- L'harmonisation et alignement des flux de l'aide internationale sur les priorités du PNDS et l'utilisation des mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement ;
- La responsabilité mutuelle pour les résultats par la mise en place et utilisation d'un cadre conjoint de suivi et évaluation du PNDS en conformité avec les engagements de « l'agenda de Kinshasa ».

6.2. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DU PNDRHS

La mise en œuvre du PNDRHS 2011-2015 va suivre les étapes ci-après :

- Organiser un forum de plaidoyer auprès des Partenaires Techniques et Financiers ;
- La vulgarisation du PNDRHS en provinces ;
- L'élaboration des Plans d'Actions annuels ;
- L'accompagnement des provinces dans l'élaboration de leurs plans de développement des RHS ;
- L'élaboration des outils de suivi et évaluation de l'exécution du PNDRHS ;
- Les missions de suivi et évaluation ;
- La régulation.

6.3. RESPONSABILITES ET/OU ROLES DES PARTIES PRENANTES

Les responsabilités et rôles des parties prenantes pour la mise en œuvre du PNDRHS 2011-2015 sont les suivants :

Le Ministère de la Santé Publique :

Il est appelé à jouer les rôles de la normalisation, régulation, encadrement technique, diffusion des normes et directives dans le domaine des RHS ainsi que la production des professionnels de santé du niveau secondaire et la mobilisation de ressources nécessaires pour financer le plan.

Le niveau central est spécifiquement chargé d'accompagner et d'appuyer les provinces dans le processus d'élaborations de leurs plans de développement des RHS et d'assurer le suivi et évaluation de l'exécution du PNDRHS en provinces.

Les Ministères connexes dont :

La Fonction Publique : est le gestionnaire des Ressources Humaines de L'Administration Publique ;

L'Enseignement Supérieur et Universitaire est chargé de la production des professionnels de santé du niveau supérieur et universitaire.

Le Plan est chargé de l'intégration du Plan National et des Plans Provinciaux de Développement des RHS au Plan National de Développement, d'accompagner le cycle de planification du secteur de la santé ainsi que la mobilisation des ressources pour l'exécution du PNDRHS.

Le Budget et Finances sont appelés à pourvoir les ressources financières à l'exécution du PNDRHS dans le cadre du Budget de l'Etat ;

L'Intérieur et de sécurité est chargé d'assurer la sécurité des personnes et de leurs biens ;

Les Infrastructures, Travaux Publics et Reconstruction sont appelés à construire et à réhabiliter des bâtiments publics ;

La communication et médias est chargé de la promotion de la santé dans le domaine de développement des RHS.

Les Partenaires Techniques et Financiers :

Les agences des Nations Unies (OMS, UNFPA, UNICEF, PNUD, Banque Mondiale...), Les agences de coopération bi et multilatérales (JICA, GTZ, CTB,...), les Initiatives Mondiales pour la Santé (AMPS, Fonds Mondial, GAVI,...) et Les ONG internationales ou nationales sont appelés

- d'appuyer la planification des interventions en faveur du développement des RHS, la mise en œuvre, le suivi et évaluation ;
- Apporter un appui technique et accompagner les prestataires par le renforcement des capacités ;
- Mobiliser les ressources financières nécessaires pour une exécution efficace du PNDRHS.

La société civile dont :

Les Ordres (Ordre des médecins, Ordre des pharmaciens et ordre des chirurgiens dentistes) et Corporations professionnels (ANIC, AGIS, ANCD, UNAAC...) chargés d'assurer la promotion de l'éthique professionnelle ;

Les Syndicats (SYNAMED, SYNAPETAS, SYNCASS, SOLSICO, SYPHARCO, SYNACHID, DYSICO,...) sont appelés à aider l'Administration à améliorer le climat social au travail ;

Les confessions religieuses (Eglise Catholique, Protestante, Kimbanguiste, Salutiste, ...) sont appelés à s'impliquer dans la promotion de l'enseignement de qualité, respecter les textes relatifs au recrutement et affectation du personnel de l'Etat, de contribuer à l'actualisation des données sur les RHS.

6.4. MOBILISATION DES RESSOURCES

La mise en œuvre effective du PNDRHS aura besoin d'assez de ressources estimées à 4.677.196.275\$ sur 5 ans dont une partie sera allouée pour payer les salaires et primes du personnel de santé et une autre pour assurer le fonctionnement des structures nationales et provinciales en charge de la gestion des RHS et enfin, exécuter des activités planifiées.

La mobilisation des ressources est donc si importante. En recourant aux organes de concertation entre le Ministère de la Santé Publique et les Partenaires Techniques et Financiers ainsi que les secteurs connexes directs et indirects à la santé, l'on procédera à des réunions et contacts formels et informels de plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès des Gouvernements central, provinciaux et des Partenaires internes et externes.

A cet effet, une table ronde sera tenue avant la mise en œuvre effective du PNDRHS. Le Ministère de la Santé Publique devra veiller à l'augmentation de la part du budget de l'Etat alloué à la santé et assurer le suivi de l'exécution budgétaire pour que les ressources attendues de l'Etat puissent être effectivement engagées, liquidées, ordonnées et payées.

La mobilisation des ressources pour financer le PNDRHS 2011-2015 se fera à travers les plaidoyers auprès de l'Etat et des partenaires financiers nationaux et internationaux.

CHAPITRE VII. SUIVI ET EVALUATION

La responsabilité du suivi et évaluation du PNDRHS incombe aux Directions suivantes du Ministère de la Santé Publique : Services Généraux et Ressources Humaines de la Santé, Enseignement des Sciences de Santé et Formation Continue.

Pour assurer le suivi efficace de la mise en œuvre du plan en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs poursuivis, les sources d'informations potentielles comprennent : les structures en charge de la gestion des Ressources Humaines de la Santé, les rapports d'activité et des missions, les ordres et corporations professionnels ainsi que les syndicats.

La collecte des données se fera à travers des missions de suivi et évaluation du PNDRHS dans toute la République et par l'exploitation des rapports. Quant aux outils de collecte des données, ils seront produits par les structures responsables du suivi et évaluation à travers la commission des Ressources Humaines de la Santé.

Afin de permettre une régulation efficace de l'exécution du PNDRHS, Il est prévu annuellement deux missions de suivi et évaluation en provinces.

CONCLUSION

Le Plan de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2011-2015 est un cadre de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire pour la période 2011-2015.

Il contient des orientations stratégiques sur les quatre sous-axes du développement des RHS à savoir :

- la production des professionnels de santé ;
- la gestion de carrière (la gestion et l'utilisation rationnelles des RHS) ;
- la rétention et la fidélisation des RHS ;
- la formation continue.

Au regard de la multiplicité des acteurs faisant intervenir plusieurs Ministères, les Partenaires au Développement, les Organisations Professionnelles... dans la gestion des Ressources Humaines, il est souhaitable que ceux-ci s'engagent et s'approprient le processus de sa mise en œuvre.

L'impact attendu de la mise en œuvre de ce plan ne sera obtenu que si l'appropriation de toutes les parties prenantes est effective.

L'implication du politique et de la société civile est plus que déterminante à côté de l'Administration de la Santé.

Un observatoire mis en place avec comme mission de rapportage des données sur les effectifs des professionnels formés, les agents en service par secteur et le suivi régulier de toutes activités retenues dans le plan est impératif.

A l'issue de cinq ans de mise en œuvre de ce plan, il sera attendu l'amélioration de la formation des professionnels de santé sur le plan qualitatif et quantitatif, la rationalisation de la gestion des personnels de santé, la mise en place d'un véritable système de formation continu fonctionnel et une motivation conséquente des personnels.

BIBLIOGRAPHIE

1. Etat des lieux du secteur de la santé, 1998
2. Etat des lieux du secteur de la santé, 2010
3. Politique nationale de développement des Ressources Humaines en Santé, 1999
4. Annuaire des Ressources Humaines en Santé, 2009
5. Etat des lieux des Instituts Techniques Médicaux/Instituts d'Enseignements Médicaux, 2009
6. Etude de viabilité des Instituts Supérieurs et Universitaires avec filière en sciences de santé, 2009
7. Directives à l'intention des pays membres de l'OMS, Région africaine ; 2006
8. MICS, 2010
9. Rapport du Ministère du Plan sur les Objectifs du Millénaire de Développement, 2010
10. Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC), 2007

ANNEXES