République Démocratique du Congo

CONSEIL NATIONAL DE LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE

« CN-CSU »

PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL POUR LA COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE 2021-2030

Décembre 2021

Table des matières

PREFACE *6*

CHAPITRE I : CONTEXTE *8*

1.1. Profil du pays 8

1.1.1. Contexte géographique, démographique et environnemental 8

- Situation géographique 8
- Situation démographique 8
- Situation environnementale 9

1.1.2. Contexte politique, administratif et sécuritaire 10

1.1.3. Contexte économique et social 10

1.1.4. Etat de santé de la population 13

- Espérance de vie à la naissance 13
- Mortalité infanto-juvénile 14
- Santé de la mère 15
- Malnutrition 15
- Double fardeau : maladies transmissibles et non-transmissibles 15
- Situation des Maladies chroniques Non Transmissibles 16

1.2. Situation de la couverture santé universelle en RDC 17

1.2.1. Disponibilité et qualité des services de santé 17

- Services de santé de l'enfant 18
- Services de santé maternelle 19
- Services contre les maladies transmissibles 21
- Services de lutte contre les maladies non transmissibles 22
- Couverture des services de sante essentiels 22
- Capacités des services et accès 27
- Indice de couverture des services de santé essentiels 29

1.2.2. Protection des usagers contre le risque financier 29

1.2.3. Déterminants de la santé 34

CHAPITRE II : JUSTIFICATION *37*

2.1. Contexte mondial, continental et national 37

2.1.1. Sur le plan continental 37
2.1.2. Sur le plan régional et sous-régional 38
2.1.3. Sur le plan national 39
2.2. Place de la CSU dans le Programme du Président de la République, Chef de l'Etat. 41
2.3. Articulation entre la CSU et les autres axes du programme du Chef de l'Etat 42
CHAPITRE III : VISION, BUT, OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES 44
3.1. Vision 44
3.2. But 44
3.3. Objectifs 44
3.3.1. Objectifs généraux 44
3.3.2. Objectifs spécifiques 44
3.3.3. Résultats attendus 45
3.3.4. Principes directeurs 45
- *Respect des droits humains et du genre* 45
- *Accès sans frais aux prestations de santé pour les indigents et les vulnérables* ... 45
- *Progressivité de la mise en œuvre du système* 46
- *Décentralisation de la gestion de la réponse* 46
- *Coordination des interventions, partenariat et multisectorialité des interventions* 47
- *Participation communautaire* 47
- *Convergence et synergie des interventions* 48
- *Complémentarité des parties prenantes au processus et au système* 49
- *Gestion du système basée sur l'évidence* 49
- *Séparation des fonctions* 49
- *Redevabilité* 50
3.4. Orientations stratégiques 50
3.4.1. Axe stratégique 1: Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé 50
1) Sous axe 1.1 : Amélioration de l'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de qualité en utilisant différents réseaux de prestataires (publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif, agents de santé communautaires). 51

3) Sous axe 1.3 : Revitalisation de l'approche des Soins de Santé Primaires en prenant en compte les particularités liées aux différents contextes, ruraux et urbains, et les situations provinciales 55
4) Sous axe 1.4 : Amélioration et assurance de la qualité des services de santé suivant une politique et stratégie nationale sur la qualité santé, incluant une approche d'accréditation des établissements de santé publiques tant que privés 56
5) Sous axe 1.5 : Amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, notamment les épidémies et les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire 58
3.4.2. Axe stratégique 2 : Extension de la protection contre les risques financiers liés à la maladie pour tendre vers l'assurance maladie universelle 60
3.4.3. Axe Stratégique 3 : Renforcement de l'approche « Santé dans toutes les politiques publiques » pour réduire la charge de morbidité afin d'assurer la viabilité du dispositif de la couverture universelle en santé 65
3.4.4. Axe stratégique 4 : Gouvernance et gestion du système national de CSU 72
3.4.5. Axe stratégique 5 : Mobilisation des ressources en faveur de la CSU 76
CHAPITRE IV : ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS DE LA CSU 79
4.1. Organes de pilotage et de coordination de la CSU en RDC 79
4.1.1. Au niveau national 79
4.1.2. Au niveau provincial 81
4.1.3. Au niveau local 82
4.2. Cadre et dispositif de mise en œuvre 84
4.2.1. Les services attitrés des ministères impliqués dans la CSU 84
4.2.2. Le Fonds de Promotion de Santé 86
4.2.3. Le Fonds de solidarité de Santé 87
4.2.4. L'Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et de l'Informatique de la Santé 88
4.2.5. L'Autorité de Régulation et de Contrôle de la Couverture Santé Universelle 90
4.2.6. L'Institut National de Santé Publique 91
4.3. Cadre de Suivi, Evaluation, Redevabilité, et apprentissage (CSERA) de la CSU en RDC 92
4.3.1. Organes impliqués dans le CSERA de la CSU en RDC 92
- Le Comité Technique de Coordination de la CSU 92

- Le Conseil des ministres au niveau provincial 93
4.3.2. Indicateurs de suivi de la CSU en RDC 93
4.3.3. Indicateurs d'impact 94
4.3.4. Modalités de Suivi et Evaluation 95
4.3.5. Renforcement des mécanismes de Suivi et Evaluation 95

CHAPITRE V : MODALITES DE FINANCEMENT 96

5.1. Principes du système de financement. 96

5.2. Besoins totaux en financement : 98

5.3. Financement de l'offre : le Fonds de Promotion de la Santé (FPS) 99

5.4. Financement de la Demande : le Fonds de Solidarité de Santé (FSS) 99

5.4.1. La Collecte de fonds : 100

5.4.2. L'utilisation des fonds : le paiement des prestations 101

5.5. Accréditation des prestataires et maintien d'un minimum des critères de fonctionnalité et de qualité. 103

5.5.1. Les intermédiaires financiers 103

5.5.2. Besoins en financement 104

CHAPITRE VII : GESTION DE RISQUES 105

PREFACE

La Constitution de la République démocratique du Congo (RDC) garantit le droit à la Santé, considéré comme l'un des droits fondamentaux de l'Homme.

La loi fixant les principes fondamentaux de l'organisation de la santé publique en République Démocratique du Congo institue un système national de couverture santé universelle.

Depuis qu'il y a un nouvel Exécutif à la tête de l'Etat, que j'ai l'honneur de diriger, l'accession des Congolais à ce droit est une des priorités des dirigeants.

Nous considérons la mise en place d'un système de Couverture Santé Universelle (CSU) comme la stratégie la plus adaptée pour conduire le peuple congolais sur le chemin vers l'accession à ce droit.

Le présent Plan clarifie la vision que nous avons dans ce domaine, en articulation avec la vision globale de développement, et trace le chemin que le pays compte suivre dans cette marche vers la CSU. Il ressence également les réformes, ajustements, et autres régulations que nécessite le tissu légal et organisationnel actuel du pays, afin de mettre en place le système de la CSU.

Certes le chemin sera long et, quelques fois, semé d'embuches. Mais, comme je l'ai mentionné plus d'une fois, la marche vers la Couverture Santé Universelle n'est pas une option, c'est un devoir. Le coût financier, logistique et même organisationnel sera élevé ; mais le coût de l'inaction est encore plus élevé. Et l'inaction dans ce domaine constitue un obstacle certain pour l'atteinte des Objectifs du Développement Durable.

C'est pour cela que je rénouvelle l'engagement sans faille de l'Exécutif de la RDC et que je demande instamment aux populations congolaises d'addhérer massivement à cette stratégie et de la soutenir, chacun au niveau où il participe à la vie sociétale.

Je ne doute pas non plus que les partenaires de la RDC en matière de santé inscriront désormais leurs actions dans le cadre de cette marche, pour plus de pertinence, plus d'efficience et plus d'équité dans l'action en santé.

En nous dotant de ce Plan, nous tous, décideurs, stratèges, acteurs et partenaires en santé, prenons l'engagement d'œuvrer épaule contre épaule pour amener le peuple congolais vers ce noble objectif, socle du développement et pilier du bien-être de tous : la Couverture Santé Universelle.

Son Excellence Félix Antoine Tshisekedi Tshilombo

Président de la République démocratique du Congo

CHAPITRE I : CONTEXTE

1.1. Profil du pays

1.1.1. Contexte géographique, démographique et environnemental

- **Situation géographique**

La République démocratique du Congo (RDC) se situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur avec une superficie de 2 345 409 Km². Elle partage 9.165 kilomètres de frontières avec 9 pays limitrophes. Comme indiqué sur la figure ci-dessous, la RDC est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, au Sud par la Zambie et l'Angola.

Figure 1: Carte géographique de la RDC.

- **Situation démographique**

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat organisé en RDC remonte en juillet 1984. Un autre recensement est en préparation. Les données de population utilisées dans ce document se basent sur les projections de la population publiées dans l'annuaire statistique de l'Institut National de Statistique (INS) 2015, auxquelles un taux de croissance naturel de 2,9% a été appliqué afin d'obtenir les projections de la population jusqu'en 2020.

Les récentes projections de l'Institut National de la Statistique (INS) situent la population congolaise pour l'année 2018 à 85.026.000 habitants avec une densité de 36 habitants au km². La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, près des fleuves et des lacs. Avec une fécondité estimée à 6,6 enfants par femme (EDS 2014) ce qui donne près de 13 millions de ménages, et un rythme de croissance annuelle de la population estimée à 2,9 % (INS 2015), la RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans. Cela correspond à une augmentation annuelle de plus de 2 millions de personnes. Dans un contexte de fécondité non maîtrisée, cette population atteindra plus de 120 millions d'habitants en 2030 et sera composée de plus de 45% de jeunes de moins de 15 ans et seulement de 3% de personnes de 65 ans et plus.

Cette dynamique démographique est caractérisée par des déséquilibres dans la répartition de la population : 61,2% en milieu rural et 38,2% en milieu urbain ; une population très jeune et donc un rapport de dépendance économique très élevé.

Cette situation démographique contribue à maintenir le pays dans la pauvreté, d'autant plus que la proportion de la population non active dépasserait celle de la population active. Cela pose des problèmes dans la distribution des infrastructures sanitaires et pour l'accessibilité aux services de santé surtout quand 74% de la population congolaise se trouvent ainsi en dessous du seuil d'une pauvreté multidimensionnelle. Toutefois, entre 2014 et 2015, des progrès significatifs ont été réalisés en lien avec l'Indice de Développement Humain (IDH) qui est passé de 0.433 à 0,435 (source : PNUD, RDH 2014, 2015 et 2016).

- **Situation environnementale**

Selon le rapport sur l'étude Diagnostic de la pauvreté et de l'eau, assainissement et hygiène, financée par la Banque Mondiale en 2017, la situation du secteur de l'Eau, Hygiène et Assainissement est précaire dans un pays riche en eau. Seulement 50,4 % de la population de la RDC ont accès à des points d'eau améliorés et moins de 29 % d'entre elle ont accès à un assainissement amélioré (UNICEF / OMS, 2015). Ces taux sont nettement inférieurs à la moyenne subsaharienne

Durant plus de deux décennies, les entreprises ou sociétés productrices des déchets volatiles, liquides solides (dégradables et non dégradables) polluent l'environnement engendrant ainsi toutes sortes des maladies.

L'absence totale de mécanismes d'assainissement en milieux urbains comme en milieux ruraux (les constructions anarchiques sans fosses septiques, les fosses ouvertes et qui libèrent les matières fécales en pleines rues pendant les saisons des pluies, les déchets ménagers jetés dans les rues, la défécation en plein air en milieu rural, etc.) est à la base de la recrudescence et la réapparition des maladies autrefois contrôlées.

1.1.2. Contexte politique, administratif et sécuritaire

Aux termes de la Constitution de 2006 révisée en 2011 en son article 2, la République Démocratique du Congo (RDC) est composée de la Ville Province de Kinshasa et de 25 provinces dotées de la personnalité juridique conforment à l'article 2 de la Constitution de la 3ème République. Elle compte 96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5.397 groupements. A ce jour, la RDC compte 16 042 642 ménages (population totale divisée par la taille moyenne des ménages qui est de 5.3). (EDS 2014)

La situation sécuritaire de la RDC est marquée par la persistance de quelques poches d'insécurité liées aux activités des groupes armés et milices. Cette situation a fortement affecté les provinces du Nord Kivu, Tanganyika, Sud Kivu, Ituri et Kasaï. A ces crises humanitaires qui sévissent depuis plusieurs décennies s'ajoutent des épidémies récurrentes telles qu'Ebola (la RDC en est à sa dixième épidémie), choléra et rougeole avec incidences néfastes sur le système de santé et sur les indicateurs de santé.

1.1.3. Contexte économique et social

En 2018, la RDC est sortie de la récession économique occasionnée par la chute des cours mondiaux de ses principaux produits d'exportation entre 2015 et mi-2017. Selon World Bank, Economic Update, 15 avril 2019, la croissance économique a continué de progresser pour atteindre 4,1 % en 2018, contre 3,7 % en 2017 et 2,4 % en 2016 – la plus faible performance enregistrée par le pays depuis 2001. Ce regain d'activité a principalement été porté par la reprise de la production minière et la bonne tenue des cours mondiaux du cuivre et du cobalt consécutives à la relance de la demande mondiale de ces produits.

La situation des finances publiques s'est également améliorée en 2018 dans un contexte de poursuite d'une gestion budgétaire plus rigoureuse et grâce à l'amélioration de la mobilisation des recettes intérieures. L'excédent budgétaire global de 0,4 % du PIB en 2017 s'est ainsi accru à 1,3 % du PIB en 2018, après trois années successives de déficits. Cette performance tient à la fois au renforcement du contrôle des dépenses publiques – malgré l'accroissement des dépenses liées au processus électoral – et à la hausse des recettes fiscales directes issues du secteur minier. Toutefois, le niveau des dépenses publiques sociales et d'investissement est resté faible et insuffisant pour soutenir un rythme de croissance à moyen et long termes remarqué et inclusif.

Quant au déficit du compte courant, il s'est creusé à 3,9 % du PIB en 2018 contre 2,9 % en 2017 en dépit de la hausse des exportations de produits miniers. Cette détérioration de la position extérieure du pays résulte essentiellement de la plus forte augmentation des importations de biens et services liée à la hausse des investissements dans le secteur minier et aux dépenses électorales effectuées au cours du second semestre 2018. Le déficit du compte courant a toutefois été plus que compensé par les entrées nettes de flux financiers, principalement au profit du secteur minier – sous la forme d'investissements directs étrangers –, induisant un excédent de la balance des paiements de 1,3 % du PIB. Cela a favorisé le maintien du niveau des réserves internationales et une stabilisation du taux de change du franc congolais contribuant à résorber fortement les tensions inflationnistes observées au cours des deux dernières années. Le Franc Congolais ne s'est déprécié que de 5,9% en 2018, contre 31% en 2017 tandis que l'inflation chutait à 7,2% contre 54,8% en 2017.

Le gouvernement a par ailleurs initié plusieurs réformes sectorielles visant à renforcer la gouvernance dans la gestion des ressources naturelles et améliorer le climat des affaires. La quasi-totalité des contrats signés par le gouvernement pour l'octroi des titres miniers, pétroliers et forestiers sont désormais accessibles au public. La RDC prend part à l'Initiative pour la transparence des industries extractives (ITIE) et publie dans ce cadre des rapports réguliers sur les recettes tirées des ressources naturelles. De plus, la législation sur les mines et les hydrocarbures a été amendée afin de permettre à l'État de tirer davantage profit de l'exploitation de ces ressources.

Le gouvernement doit toutefois fournir des efforts supplémentaires pour systématiser les mécanismes de mise en concurrence dans l'attribution des contrats miniers, pétroliers et forestiers.

Quant aux réformes engagées pour améliorer le climat des affaires, elles incluent notamment les lois sur le partenariat public-privé, la libéralisation du secteur des assurances et les télécommunications.

La forte dépendance de la population vis–à–vis de l'économie informelle la confronte à une précarité qui accentue la pauvreté, la misère et l'iniquité dans l'accès et l'utilisation de services sociaux de base.

En outre, le chômage touche la majorité de la population avec une pression double sur les grandes villes de la RDC.

1.1.4. Etat de santé de la population

- **Espérance de vie à la naissance**

Selon le Rapport National sur le Développement Humain (RNDH, 2016), l'espérance de vie à la naissance en RDC est de 58,9 ans. Dans le même temps, le taux brut de mortalité1 est passé de 15,96 pour 10 000 habitants en 2011 à 15,16 en 2014. Les taux bruts estimés de mortalité dépasseraient de 40 % la moyenne africaine (l'écart est de 60 % dans l'Est du pays) comme présentés dans la figure suivante.

La progression observée depuis 2011 montre que la République Démocratique du Congo gagne en moyenne 4 mois en espérance de vie chaque année, soit un an tous les trois ans.

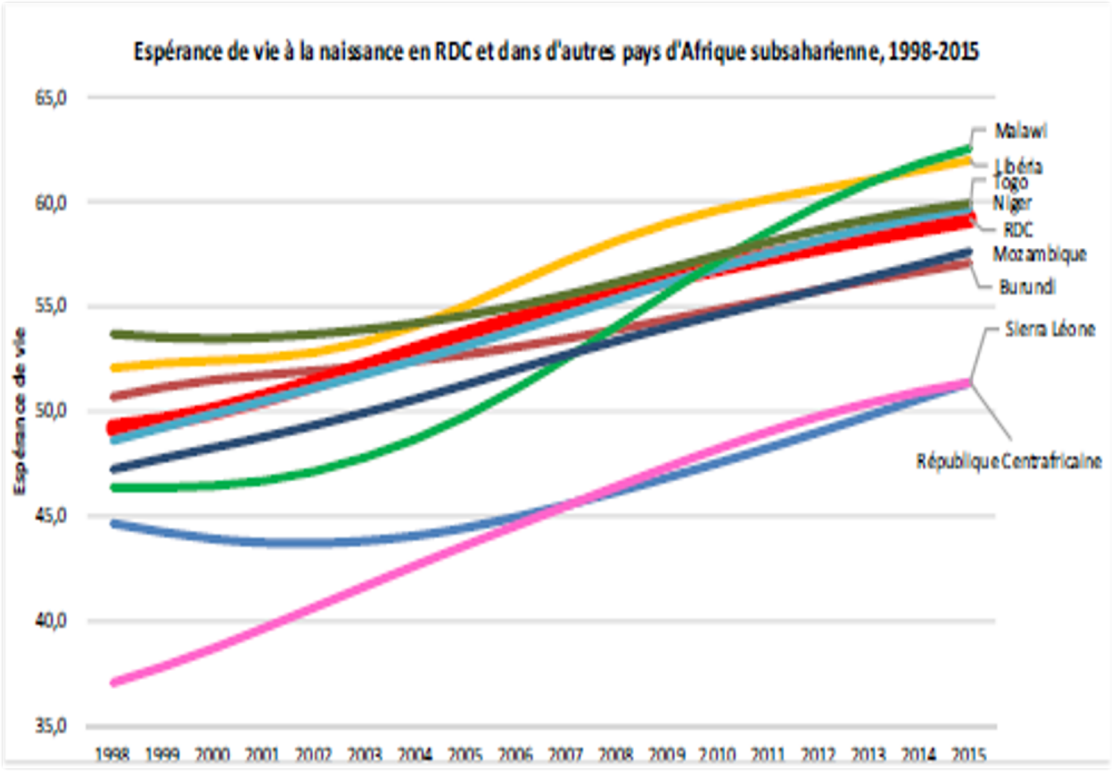


Figure 2 : Comparaison de l'espérance de vie de la RDC avec d'autres pays d'Afrique

Source : DataBank de la Banque mondiale.

[1] Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre de décès et la population totale moyenne sur une période
donnée dans un territoire donné.

- **Mortalité infanto-juvénile**

Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, dont le taux est passé de 148% de naissances vivantes en 2007 à 104 en 2013.

Bien que les tendances de la mortalité chez les moins de 5 ans aient été à la baisse entre 2007 et 2014, elles restent encore élevées par rapport à la plupart des pays de la sous-région comme illustré sur la figure ci-après.

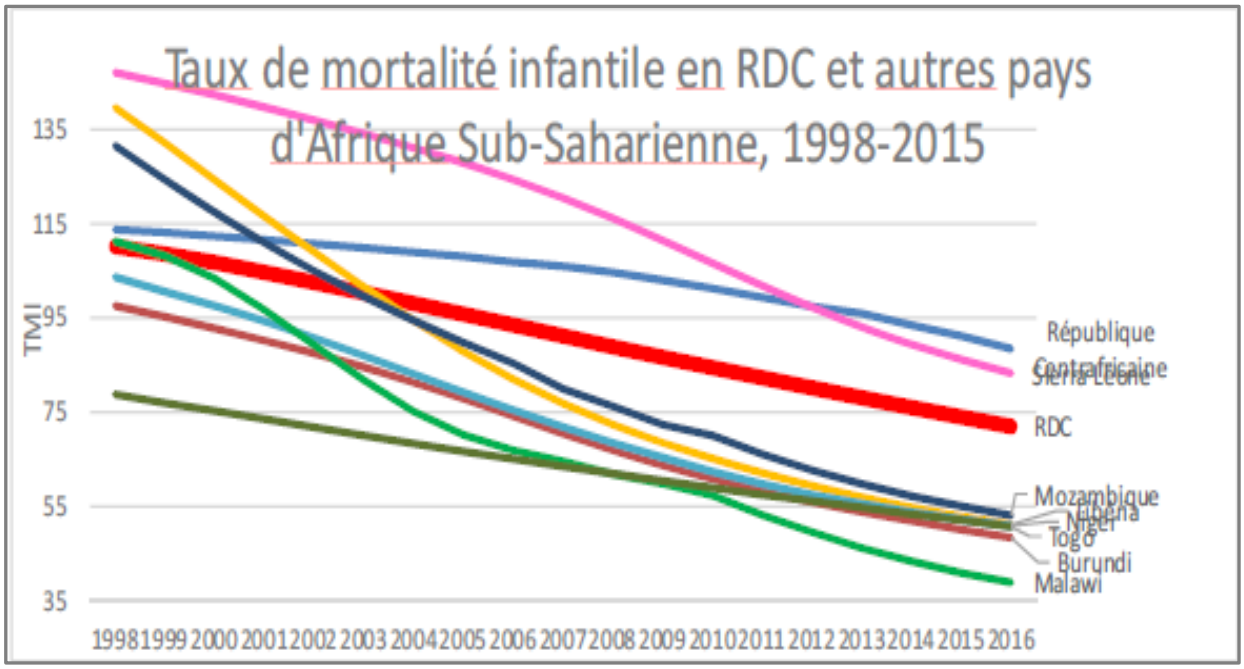


Figure 3 : Comparaison de la mortalité infantile de la RDC avec d'autres pays de l'Afrique

Source : DataBank de la Banque mondiale.

Selon les rapports des EDS / RDC 2007 et 2013-2014, sur 1000 enfants, environ 148 et 104 enfants décèdent avant leur cinquième anniversaire, dont 42 et 28 entre 0 et 28 jours de vie, puis 92 et 58 avant leur premier anniversaire. Le ratio de mortalité néonatale est passé de 42 décès pour 1000 naissances vivantes en 2007 à 28 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013. Il enregistre 8 points au-dessus de la cible escomptée en 2015 de 20 décès pour 1000 naissances vivantes dans le plan stratégique de santé reproductive. Quant au ratio de mortalité infantile, il est passé de 92 décès pour 1000 naissances vivantes en 2007, à 54 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013, soit 12 points de plus que la cible de 42 décès pour 1000 naissances vivantes fixée par le plan stratégique de santé reproductive pour 2015.

- **Santé de la mère**

La situation sanitaire des mères n'est pas brillante au regard de ratio de mortalité maternelle, de 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2013-2014). Le ratio de mortalité maternelle a diminué de 30 % depuis 1990, passant de 1289 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les projections estiment que le ratio actuel de mortalité maternelle, de 693, reste l'un des plus élevés en Afrique subsaharienne.

La mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes, liée particulièrement aux complications de grossesses précoces et non désirées au regard du taux élevé de fécondité des adolescentes, estimé à 138 pour mille. Cette mortalité maternelle est en outre aggravée par la survenue de grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive (10,1 %) couplée à un besoin non satisfait de planification familiale (31 % pour les adolescentes et 28 % pour les femmes en union), et à la faible qualité des soins.

- **Malnutrition**

La malnutrition peut affecter les enfants de tous âges, notamment entre 6 et 59 mois. Elle paralyse les enfants, les rend plus vulnérables aux maladies, affaiblit leur intellect, diminue leur motivation et sape leur productivité. Les indicateurs des différentes formes de malnutrition restent préoccupants en RDC. Un enfant de moins de 5 ans sur cinq (22,6 %) présente une insuffisance pondérale, dont 7 % sous la forme sévère. Plus de deux enfants de moins de 5 ans sur cinq (43 %) souffrent de malnutrition chronique ou d'un retard de croissance, dont 23 % sous la forme sévère. Près d'un enfant de moins de 5 ans sur dix (7,9 %) souffre de malnutrition aiguë globale (émaciation) et 5 % sous la forme sévère. Par ailleurs, environ 4 % des enfants de moins de 5 ans sont en surcharge pondérale. Entre 2001 et 2014, la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, qui s'élevait encore à 43 % (EDS 2013-2014), a peu régressé.

- **Double fardeau : maladies transmissibles et non-transmissibles**

Le profil épidémiologique de la RDC est marqué par l'émergence et la réémergence de plusieurs maladies transmissibles à potentiel épidémique.

En même temps, le pays connaît une transition épidémiologique caractérisée par une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. Ce double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles a une répercussion sur la mortalité et la morbidité pour l'ensemble de la population congolaise.

La RDC continue de se trouver confrontée à de multiples épidémies, urgences et catastrophes de diverses natures. Au cours de ces dernières années, plusieurs flambées épidémiques ont été enregistrées, notamment des épidémies de choléra, de maladie à virus Ebola (MVE), de poliomyélite (souche vaccinale) et de rougeole. Les urgences, les catastrophes et les conflits armés avec beaucoup de mouvements des populations sont une source de persistance de beaucoup de problèmes de santé tels que la malnutrition et les épidémies.

- **Situation des Maladies chroniques Non Transmissibles**

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) constituent actuellement la première cause de mortalité dans le monde. Elles sont reconnues non seulement comme étant un problème de santé publique mais également comme un frein au développement des pays[2]. Les principales MNT ayant la plus forte charge de morbi-mortalité au plan mondial sont les maladies cardiovasculaires (MCV), le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques (MRC)[3]. Elles sont dues à l'exposition à des facteurs de risque comportementaux (la consommation de tabac, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique), biologiques (l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie) et environnementaux. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, sur 56 millions de décès enregistrés dans le monde en 2012, 38 millions étaient dus à des MNT soit 68 % du nombre total de décès[4].

[2] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. 2011. p. 14.

[3] Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT). Plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles2014-2018. 2014. p. 98.

[4] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2014. Genève : OMS ; 2014. p. 16

En 2017, le nombre de décès causés par les MNT est estimé à plus de 40 millions[5]. Dans la région Afrique de l'OMS, 40 % des décès seraient dus aux MNT et aux traumatismes en 2008[6]. Par ailleurs, on estime que d'ici 2025 les décès occasionnés par les MNT dépasseront les décès combinés des maladies transmissibles et nutritionnelles et les décès maternels et périnataux en Afrique[7]. Par exemple, l'hypertension artérielle est très répandue chez les adultes dans la Région OMS AFRO, qui déclare pour cette maladie, la prévalence la plus élevée à l'échelle mondiale (38,1 % chez les hommes, 35,5 % chez les femmes)[2]. L'outil STEPS de l'OMS est utilisé pour déterminer la prévalence des Facteurs de Risque (FDR) dans les pays. La situation en RDC devrait être similaire à celle qui prévaut dans les autres pays africains.

1.2. Situation de la couverture santé universelle en RDC

La situation de la Couverture Santé Universelle est analysée dans ce document suivant trois composantes, à savoir : la disponibilité, la qualité et la couverture des services de santé essentiels ; la protection contre le risque financier et les déterminants de la santé. Cette analyse complète celle qui est mentionnée dans le rapport de la mission d'appui à la Couverture santé universelle en RDC effectuée par l'OMS en novembre 2019, d'une part, et à d'autres documents sectoriels, d'autre part.

1.2.1. Disponibilité[8] et qualité des services de santé

L'état des lieux du secteur de la santé réalisé en 2009 a montré que seuls 1006 centres de santé étaient construits en matériaux durables sur les 8504 aires de santé dont dispose le pays. Le reste des centres de santé étaient soit en chaume soit en briques adobes, donc non conformes aux normes.

[5] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). [Consulté le 12/06/2017]. Maladies non transmissibles, [En ligne]. Brazzaville : OMS ; 2014. Disponible sur : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/fr/.

[6] Suhrcke M, Nugent RA, Stuckler D, et al. Chronic disease: an economic perspective. London: The Oxford Health Alliance. 2006.

[7] World Heath Organization (WHO) region office for Africa. Report on the status of major health risk factors for noncommunicable diseases: WHO African Region, 2015. Brazzaville. 2016. p. 88

[8] Les données relatives à la disponibilité des services de santé dans les formations sanitaires sont essentiellement basées sur le rapport d'évaluation des prestations des services des soins de santé récemment réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (2018).

Depuis lors, quelques centres de santé ont été construits grâce aux financements du gouvernement[9] et des partenaires au développement sans un impact significatif sur la couverture sanitaire. Celle-ci est estimée à 30%, ce qui veut dire qu'environ 60 000 000 des Congolais parcourent plus de 5 Km pour avoir accès au centre de santé le plus proche qui réponde plus ou moins aux normes en infrastructures et équipements médico-sanitaires. La faiblesse de la couverture sanitaire limite la capacité du pays à déployer la stratégie des Soins de Santé Primaire, qui depuis la Déclaration d'Astana, est considérée comme la pierre angulaire d'un système de santé propice pour accélérer les progrès vers la CSU.

Sur les 516 Zones de Santé existantes, 123 ne disposent pas d'hôpitaux généraux de référence (HGR). Plusieurs HGR existant sont dans un état qui nécessite des réhabilitations profondes. Sur les 26 provinces, seules 4 disposent d'hôpitaux provinciaux (Kinshasa, Goma, Bukavu, Lubumbashi).

- **Services de santé de l'enfant**
  - ***Services de vaccination de routine***

Environ 60% des formations sanitaires (FOSA) offrent les services de vaccination de routine à une fréquence inférieure à un jour par semaine, que ce soit pour les vaccins contre la tuberculose (BCG), la rougeole et la fièvre jaune (66%), pour le vaccin pentavalent, 64% et pour le vaccin contre la poliomyélite (63 %). Seul un tiers des FOSA offre les services de vaccination de routine un à deux jours par semaine et moins d'une FOSA sur dix organise plus de deux jours par semaine. Les FOSA du secteur privé sans but lucratif et les FOSA du secteur public sont celles qui offrent plus de séances de vaccination par semaine comparées aux FOSA du secteur privé lucratif. Il existait une grande variation de l'offre du service de vaccination à la fréquence de moins d'un jour par semaine parmi les provinces pour tous les types de vaccins. Dans la plupart des provinces, cette offre était disponible dans 30 à 99 % des FOSA. Cependant, les provinces du Kasaï-Oriental et du Tanganyika seuls 20% des FOSA offrant les services à cette fréquence.

La faible fréquence des séances de vaccination offertes dans la semaine, la multiplication des activités de vaccination supplémentaires qui sont organisées sous forme des campagnes des vaccinations sont parmi les facteurs qui freinent le développement de la vaccination de routine.

- ***Services des soins curatifs ambulatoires***

Les soins curatifs ambulatoires de l'enfant sont disponibles dans l'ensemble des FOSA du pays quel que soit leur niveau (100 %). Cependant, seule la moitié des FOSA disposant de ce service avait au moins un prestataire formé dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). La majorité des FOSA, disposaient au moment de l'enquête des médicaments essentiels pour la PCIME à savoir : les ACT pédiatriques, le Mebendazole ou l'Albendazole, les sels de réhydratation orale (SRO) et la gentamycine injectable. Seules près de quatre FOSA sur dix (38 %), offrant des services de santé infantile, disposaient des services de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA).

- **Services de santé maternelle**
  - ***Services de consultations prénatales***

Les services de consultation prénatale (CPN) sont offerts dans presque toutes les FOSA en RDC (96 %). Ce pourcentage ne présentait pas de grandes variations et restait d'au moins 90 % quel que soit le type de FOSA, le secteur d'appartenance, le milieu de résidence ou la province. Cependant, on note que seuls 56 % d'entre elles possédaient des directives écrites et 63 % au moins un prestataire récemment formé en soins prénatals. Le nombre des séances de CPN organisées dans les FOSA est de un à deux jours par semaine dans 57% des FOSA, trois jours par semaine dans 27% des FOSA et de moins d'une fois par semaine dans 19% des FOSA.

Les services de CPN qui sont organisés posent un certain nombre de problèmes de qualité. En effet, seuls 56 % des FOSA disposaient des protocoles nationaux de CPN et d'autres directives y relatives au moment de l'enquête. La disponibilité la plus élevée était celle du Lualaba (85%) et la plus basse, celle du Haut-Uélé (26%). Les tests les plus fréquemment disponibles dans les FOSA offrant des services de CPN sont le dosage de l'hémoglobine (59 %) et le dépistage du VIH (56 %).

Seules 22% des FOSA réalisent la protéinurie (22 %) et 20% la glycosurie (20 %). La vaccination antitétanique est offerte dans 60% des FOSA. Le fer ou l'acide folique était disponible dans 64% des FOSA. Environ 26% des prestataires étaient formés sur la CPN au moment de l'enquête.

- ***Services de planification familiale***

Environ 69% des FOSA fournissent, prescrivent ou conseillent au moins une méthode de planification familiale (PF). Dans 90% des FOSA la PF, le service était disponible au moins cinq jours par semaine. Une méthode réversible était offerte par environ 69% des FOSA parmi celles qui offraient les services de PF. Les méthodes modernes (68 %) étaient légèrement plus offertes comparativement aux méthodes naturelles (55 %). Au moins deux tiers des FOSA disposent de l'une de ces méthodes de contraception moderne. Environ 48% des FOSA offrant un service de PF disposait des directives écrites sur la PF. Cependant, un peu plus de sept FOSA sur dix (73 %) ont au moins un prestataire récemment formé sur la PF. La disponibilité des matériels éducatifs dans les FOSA offrant les services de PF était variable. Seuls 36 % des FOSA disposent des aides visuelles de PF, 32 % d'un phallus pour la démonstration de l'utilisation du préservatif et 15 % d'un modèle pelvien pour le dispositif intra utérin.

- ***Accouchements et soins néonataux***

La quasi-totalité de FOSA du pays offre un service d'accouchement normal (96 %). Cette proportion varie peu quel que soit le type de FOSA, le secteur d'appartenance, le milieu de résidence ou la province. La césarienne est le service de santé maternelle le moins disponible que 26 % des FOSA seulement fournissent. Contrairement à la norme nationale selon laquelle une césarienne ne peut se faire que dans un HGR, 12 % des CS offrent ce service. Il faut signaler que 68% des FOSA du secteur privé sans but lucratif offrent les services de césarienne contre 20% des FOSA du secteur public. Dans les provinces, la disponibilité de ce service était très variable, avec les pourcentages les plus élevés dans le Kongo-Central (60 %) et Kinshasa (50 %), et les pourcentages les plus faibles dans le Tanganyika (7 %), le Haut-Lomami (8 %) et le Sankuru (8 %).

- **Services contre les maladies transmissibles**
    - ***Services de lutte contre le Paludisme***

Toutes les FOSA offrent des services de prise en charge du paludisme. Parmi ces FOSA, 76 % disposent des directives sur le diagnostic et/ou le traitement du paludisme et 81 % ont, au moins, un prestataire récemment formé en diagnostic et traitement du paludisme. 90% des FOSA offrant des services de diagnostic et/ou traitement du paludisme ont la capacité de réaliser un test de dépistage rapide du paludisme ou une microscopie pour le diagnostic du paludisme. 84% des FOSA offrant des services de prise en charge du paludisme disposaient de comprimés d'ACT toutes formes confondues et 59 % avaient le jour de l'enquête, dans la FOSA, des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action. Sur l'ensemble des FOSA offrant des services de soins curatifs pour enfants malades, seuls 36 % disposaient de tous les éléments requis pour fournir des services de qualité de prise en charge du paludisme. Bien que l'ACT soit le médicament de première intention pour le traitement du paludisme en RDC, il n'était prescrit ou fourni qu'à environ six enfants malades sur dix (57 %) avec comme diagnostic le paludisme.

- ***Services de lutte contre le VIH et la Tuberculose***

Les services de prises en charge du SIDA et des infections sexuellement transmissibles sont disponibles dans presque toutes les formations sanitaires du pays. Une formation sanitaire (FOSA) sur deux (52 %) offrait un service de diagnostic de la tuberculose (TB) et 46 % un service de traitement et/ou de suivi de traitement de la TB. Environ quatre FOSA sur dix offraient des services de traitement du VIH par les antirétroviraux (ARV). La disponibilité des directives et personnel formé à la prise en charge sont respectivement de 76 et 81% pour le paludisme, 66 et 55% pour le VIH. Parmi les FOSA offrant un service de diagnostic, traitement et/ou suivi de traitement de la TB, 46 % avaient des directives pour le diagnostic et traitement de la TB, 28 % celles pour le diagnostic et traitement de la TBMR et 34 % celles pour le suivi de la coïnfection TB-VIH[10].

- **Services de lutte contre les maladies non transmissibles**

Environ une FOSA sur deux (48 %) offrait des services de prise en charge du diabète. Trois quarts des FOSA offraient des services de prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) et environ deux FOSA sur trois (65 %) offraient des services de prise en charge des maladies respiratoires chroniques. Outre les problèmes d'intégration des activités de lutte contre les MNT dans le PMA et PCA, il se pose un problème de qualité des soins qui sont offerts là où les services existent. En ce qui concerne la prise en charge du diabète par exemple, seuls 56% des formations sanitaires qui offrent le service étaient en mesure de doser la glycémie, 10 % avaient au moins un prestataire récemment formé, 19 % disposaient des directives écrites sur la prise en charge du diabète. Concernant la prise en charge de l'HTA, on note que la disponibilité d'au moins un prestataire récemment formé en matière de prise en charge de l'HTA et l'existence des directives sur la prise en charge de l'HTA étaient faibles (respectivement 6 % et 20 %). La disponibilité d'un personnel récemment formé à la prise en charge des maladies respiratoires chroniques et celles des directives étaient respectivement de 6 et 26%.

- **Couverture des services de sante essentiels**

Comme pour la disponibilité des services, les domaines qui font l'objet de l'analyse sous cette section sont : (i) la santé reproductive, la santé de la mère, (ii) de l'enfant et du nouveau-né, (iii) les maladies transmissibles et (iv) les maladies non transmissibles. Pour chacun de ces domaines, un certain nombre des couvertures traceuses ont été utilisées pour cette analyse, il s'agit des couvertures vaccinales, de la couverture en Moustiquaires Imprégnées d'Isecticide (MII), du traitement curatif chez les enfants de moins de 5 ans, de la prévalence contraceptive pour la santé de la reproduction, de l'accouchement assisté par le personnel de santé qualifié, du traitement de la TB et du SIDA pour les maladies transmissibles et de la prise en charge du diabète et de l'hypertension pour les maladies non transmissibles. L'analyse de l'équité sera présentée pour certaines de ces couvertures traceuses en fonction de la disponibilité des données. En effet, l'équité est au centre de la CSU.

Le point 26 de la Résolution des NU relatif au Programme de Développement Durable stipule que « Pour favoriser la santé et le bien-être physique et mental et pour allonger l'espérance de vie, nous devons assurer la couverture maladie universelle et l'accès de tous à des soins de qualité. Personne ne doit être laissé pour compte».

L'analyse des données disponibles sur la couverture des services essentiels de santé surtout chez l'enfant fait apparaître d'énormes disparités en fonction des provinces (probablement une conséquence de la disparité dans la disponibilité des services de santé décrite ci-dessus), du milieu de résidence, du niveau d'instruction de la mère et du niveau socio-économique des ménages.

- ***Couvertures vaccinales***

Les couvertures vaccinales ont baissé entre 2010 (MICS 2010) et 2018 (MICS 2017-2018) pour tous les antigènes. La couverture vaccinale du BCG est passée de 84 à 73,4%, le DTC3 (devenu Pentavalent 3) est passé de [11]61 à 47,6%[12] le VPO3 de 58 à 32,7%, le vaccin anti-rougeoleux de 67 à 57,2%. La couverture vaccinale de la fièvre jaune est restée la même entre 2010 et 2018, à 65%. Seuls 35% d'enfants ont reçu tous leurs vaccins en 2018. La baisse des couvertures vaccinales a eu naturellement un impact sur la proportion d'enfants qui n'ont reçu aucun vaccin qui est désormais de 20%, soit environ ce qui correspond à environ 5 000 000 d'enfants qui n'ont reçu aucun vaccin.

Selon le rapport de MICS 2017-2018, il existe d'importantes disparités en matière de couvertures vaccinales en fonction des provinces, du lieu de résidence (urbain et rural), du revenu des ménages et du niveau d'instruction de la mère. Pour le Pentavalent 3, la couverture vaccinale est de 58,4% en milieu urbain contre 40,3% en milieu rural. Le Kongo Central affiche la meilleure couverture vaccinale à 68,8% alors que les provinces de Maindombe et celle de la Mongala ont respectivement 18,4 et 16,7%. En ce qui concerne le niveau d'instruction, 42,6% d'enfants des mères qui n'ont pas étudié ont été vaccinés contre 65,3% dans la catégorie des mères qui ont fait des études supérieures.

[11] EDS 2013-2014
[12] MICS 2017-2018

En ce qui concerne le revenu des ménages, on note pour le Pentavalent 3 que les enfants issus des milieux les plus riches ont deux fois plus de chance d'être vaccinés que ceux issus des milieux les plus pauvres. En effet, la couverture du Pentavalent est de 72,3% dans le quantile le plus riche contre 32,7% dans le quantile le plus pauvre.

Parmi les enfants non vaccinés, on trouve seulement 7,7% chez les enfants du quantile le plus riche contre 27,9% parmi les enfants du quantile le plus pauvre. La moitié des enfants de la province de Maindombe (50,1%) n'ont reçu aucun vaccin.

Il faudra cependant noter selon le même rapport qu'il n'existe pas d'importantes disparités entre sexes. La couverture vaccinale des filles est de 46,2% contre 49,1% pour les garçons.

La baisse généralisée des couvertures vaccinales est une préoccupation majeure. Elle explique largement les multiples flambées des épidémies comme celle de la rougeole qui a fait environ 6000 morts depuis 2 ans.

- ***Couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticides***

La couverture en Moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) a augmenté entre 2010 (MICS 2010) et 2018 (MICS 2017-2018) passant de 38 à 55,8%. Les disparités entre provinces, milieu de résidence, niveau d'instruction de la mère et niveau socioéconomique des ménages sont très importantes. La meilleure couverture en MII est celle de la province du Sud-Ubangui qui est de 75,6% suivi des provinces du Haut-Lomami et du Kongo Central qui sont respectivement de 73,2 et 72%. La couverture en MII est de 45,3% en milieu rural contre 60% en milieu urbain. Comme pour les couvertures vaccinales, les enfants issus des mieux les plus aisés ont deux fois plus de chances de dormir sous MII (70%) que ceux issus des milieux les pauvres (37,8%)[13].

- ***Couvertures des soins curatifs chez l'enfant***

La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre et qui ont reçu un antipaludéen (quel qu'il soit) a légèrement baissé passant de 39 à 29,2% entre 2010 (MICS 2010) et 2018 (MICS 2017-2018). Il est le plus élevé dans la ville-province de Kinshasa (44%) et le plus faible dans la province du Sud-Kivu (7,3%).

Seuls 27,4% d'enfants issus des milieux les plus pauvres ont reçu un traitement antipaludéen le jour de l'apparition de la fièvre ou le jour d'après contre 41,1% d'enfants parmi ceux issus des milieux les plus riches. Le traitement antipaludéen a été administré à 58,7% dans les formations sanitaires du secteur privé contre 38,5% dans le secteur public.

Cette préférence du secteur privé pour le traitement contre le paludisme pourrait expliquer que la ville-province de Kinshasa (où les formations sanitaires de première ligne appartiennent en grande partie au secteur privé), ait un taux de traitement antipaludique meilleur que celui des autres provinces. Les agents de santé communautaires (ASC) ont offert le traitement contre le paludisme à 3,4% d'enfants qui ont souffert de la fièvre[14].

La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une infection respiratoire aigüe et qui ont reçu un traitement antibiotique a également baissé passant de 42 à 39,3% entre 2010 (MICS 2010) et 2018 (MICS 2017-2018). La disparité liée aux milieux de résidence se creuse encore un peu plus. Elle était de 7,6% (44,4 contre 38,8%) en 2013 contre 21% (52,1 contre 31,1%) en 2018. Tous les enfants de moins de 5 ans de la province du Haut-Uele (100%) qui ont souffert d'IRA ont reçu un traitement antibiotique contre 12,1% dans la province de la Tshuapa. La province des Haut-Uele est suivie par celle des Bas-Uele (83%). Seuls 35,2% des enfants des milieux les plus pauvres qui ont souffert d'IRA ont été mis sous antibiotique contre 55% parmi les enfants issus des milieux les plus riches[15].

- ***Prévalence des méthodes contraceptives modernes***

La proportion de femmes en union, utilisatrices de méthodes modernes, est passée de 6 % en 2007 à 8 % en 2013. Il existait en 2013, une disparité importante en faveur du en milieu urbain (15%) par rapport au milieu rural (10%), en particulier, à Kinshasa, le taux d'utilisation des méthodes modernes par les femmes est passé de 14 % en 2007 à 19 % en 2013. En 2016, on a noté une amélioration de la prévalence des méthodes contraceptives qui est passée à 20,9%. Elle est restée faible à 8% chez les adolescentes.

[14] MICS 2017-2018
[15] MICS 2017-2018

- ***Couvertures des soins prénataux***

En 2018, la proportion des femmes qui ont bénéficié de la CPN I elle a été estimée à 85%[1617], contre 87% en 2010 (MICS 2010) soit une baisse de 2%. La couverture en CPN 4 a été estimée à 43% en 2018. Elle présente des disparités importantes liées à la situation économique du ménage, le niveau d'instruction de la femme et à la province. Les proportions des femmes qui ont bénéficié des CPN I et 4 sont respectivement de 69 et 31% parmi les femmes qui appartiennent au quantile le plus pauvre et de 95 et 63% parmi les femmes qui appartiennent au quantile le plus riche. Elles sont respectivement de 73 et 35% parmi les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction contre 89 et 51% parmi les femmes qui ont fait au moins les études secondaires. En ce qui concerne les provinces, on note que la proportion des femmes enceintes qui ont bénéficié d'une CPN 4 est de 65% à Kinshasa, 28,1% dans la province du Lualaba, 24,3% dans le Kwilu, 23,3% dans le Maniema, 22% dans la province de l'Equateur et 14,4% dans le Tanganyika[16].

- ***Accouchements assistés par un personnel qualifié***

La proportion des femmes qui accouchent dans les formations sanitaires est élevée en RDC comparée à celles des pays de la sous-région et même du continent africain. En effet, la proportion des femmes qui ont accouché dans les formations sanitaires est passée de 75% en 2010 (MICS 2010) à 74% en 2018[16]. Celle des femmes qui ont été assistées par un personnel de santé qualifié est passée de 74% en 2010 à 85% en 2018 selon les mêmes sources. La mortalité maternelle affiche certes une tendance à la baisse, passant de 1289 pour 100 000 naissances vers les années 1990 à 730 en 2013-2014[18], mais elle reste toujours parmi les plus élevée du continent, ce qui contraste avec certains résultats tels que la couverture en CPN et la couverture en accouchements assistés. Ce paradoxe trouve probablement son explication dans la qualité des soins prénataux et celle des accouchements comme on sait le voir dans la sous-section relative à la disponibilité et la qualité des soins. En effet, La couverture effective (qualité) de l'accouchement reste très faible, soit 9% (MAA 2016) ; ce, malgré des taux élevés de la couverture en accouchement assisté par un personnel. (E-QUIBB 2016).

[16] MICS 2017-2018

[18] EDS 2013-2014

- ***Prise en charge des maladies transmissibles (VIH et Tuberculose)***

La RDC compte environ 450 682 personnes vivant avec le VIH (Spectrum 2019, version 5.755). Jusqu'en fin juin 2019, près de 298 143 (66%) des personnes vivantes avec le VIH connaissent leurs statuts sérologiques ; on note 282 128 PVV (62,6%) sont sous ARV gratuitement, parmi lesquels 18 986 enfants. L'accès à la charge virale reste très faible (moins de 30%). Le nombre des décès dus au sida chez les adultes est passé de 62 961 à 18 431 entre 2010 et 2018[19].

Le taux de succès thérapeutiques du traitement de la tuberculose était de 90% pour l'ensemble des tuberculeux et 70% pour les malades co-infectés (VIH/TB)[20].

- **Capacités des services et accès**
  - ***Accès hospitalier***

En ce qui concerne la capacité d'accueil des hôpitaux, globalement le nombre des lits montés dans les hôpitaux est faible. Avec 54.803 lits montés, le RDC a une moyenne 0.64 lit d'hôpital pour 1 000 habitants.

- ***Densité du personnel de santé***

Les données disponibles dans le domaine des ressources humaines pour la santé ne sont pas suffisantes pour calculer la densité du personnel. Il semble même que pour certaines catégories de personnel, il y a plus des RHS dans le secteur privé (malheureusement non enregistré) que dans le secteur public. En effet, l'enquête réalisée par Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO[21]) a enregistré 18.509 médecins généralistes hors secteur public (60%) contre 12.259 médecins généralistes dans le public ; 12% des infirmiers se situaient hors secteur public, 12.179 sur un total de 103.785, et 59% des sage-femmes se situaient hors secteur public (effectif total de 3.642). Le secteur privé représente une force à capitaliser pour améliorer l'accès des populations aux soins.

[19] Rapport annuel 2019 du Programme de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS)

[20] Rapport annuel du Programme de Lutte contre le Tuberculose (PNT)

[21] Rapport de l'enquête régionale sur les RHS, OMS/AFRO. Mai 2019

- ***Accès aux médicaments essentiels***

En dépit des efforts fournis par le gouvernement et les partenaires au développement, tel que l'élaboration et l'adoption d'un plan stratégique national d'approvisionnement en médicaments génériques et essentiels et autres intrants spécifiques, de l'adoption en 2014 de la liste des 13 médicaments qui sauvent les vies des femmes et des enfants, les centrales d'achat commandent et distribuent moins de 50% de la LNME et le taux de disponibilité des MEG est de 29% en moyenne dans les formations sanitaires (Enquête SARA2 de 2014).

- ***Sécurité sanitaire***

Chaque année, le pays est confronté à de multiples catastrophes naturelles et conflits, ainsi qu'à des épidémies qui représentent un fardeau énorme pour la continuité de l'approvisionnement des soins de santé de qualité. Tout au long de l'année 2019, 36 actes d'attaques contre les structures et les personnels de santé ont été enregistrés. Des affrontements armés se poursuivent dans les provinces de l'Ituri, du Nord et du Sud-Kivu. Ils mènent à plusieurs déplacements forcés des centaines de milliers de personnes, y compris des personnels de santé. Le pays a enregistré plus de 4 millions de personnes déplacées cette année. Les inondations dans les villes de Kinshasa et de Kisangani en 2019 ont causé d'énormes dégâts de matériels et de perte en vies humaines. Dans le Kasai Central, les autorités locales ont estimé que plus de 150 000 retournés d'Angola se sont retrouvés dans les 24 quartiers de Kamako en Septembre 2019. Les progrès de développement dans le secteur de la santé sont compromis chaque fois qu'une nouvelle catastrophe se produit. Le système de santé n'est pas suffisamment équipé pour gérer la demande supplémentaire de soins de santé pendant et après les catastrophes et n'est pas en mesure de maintenir l'approvisionnement de soins de santé en situations de crise. Les prestataires des hôpitaux ne sont pas préparés pour la gestion des urgences et catastrophes. Les paquets de services spécifiques au niveau des formations sanitaires, comme le PMA et PCA, n'incluent pas les activités et responsabilités spécifiques à la préparation et riposte aux urgences sanitaires et humanitaires. Ceci est démontré par le faible score (niveau plus bas 1/5) rapporté par le pays dans

son rapport de 2018 sur l'évaluation externe du RSI 2005 pour la capacité C9[22] « Prestation des Soins ».

Le pays est également confronté à des épidémies de la maladie à virus Ebola (MVE) à l'est, de rougeole dans les 26 provinces et de choléra dans 21 provinces, toutes avec des taux de létalité alarmants (67% pour Ebola, 2% pour la rougeole et 1.8% pour le choléra à la semaine 41 de cette année), ce qui montre l'insuffisante capacité de gestion des malades dans les structures de santé. Les ressources disponibles sont insuffisantes aussi pour assurer les investigations rapides en cas de suspicion d'épidémie. Les grandes épidémies affaiblissent les services de santé ; les RH formées qui opéraient dans les autres programmes sont toutes impliquées dans la riposte à l'épidémie de la MVE, laissant les autres programmes de lutte contre les maladies sans ressources de qualité. Il n'y a pas de plan d'urgence pour les hôpitaux et les capacités font défaut pour la gestion des accidents de masse.

- **Indice de couverture des services de sante essentiels**

Les estimations faites par l'OMS et la Banque Mondiale montrent que l'indice de couverture des services essentiels de santé de la RDC est passé de 41% à 41,5% entre 2017 et 2019[23]. Cet indice est légèrement inférieur à la moyenne africaine qui est de 46%. Les données qui précèdent montrent que les couvertures des services de santé essentiels sont non seulement faibles, mais aussi elles affichent pour plusieurs d'entre elles une tendance à la baisse. Des efforts importants sont nécessaires pour éviter une invesrion de la tendance de cet indice.

1.2.2. Protection des usagers contre le risque financier

L'indicateur internationalement reconnu pour mesurer la protection contre le risque financier est la part des ménages subissant des dépenses catastrophiques de santé au cours de l'année passée (3.8.2. des Objectifs de Développement Durable). La notion de dépense catastrophique est définie par le fait que le ménage dépense plus de 10% de ses dépenses totales annuelles pour la santé.

En 2012 (dernières données disponibles), 4.8% des ménages encouraient des dépenses catastrophiques de santé en RDC (Enquète des ménages 1, 2, 3).

[23] Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, 2019 Global Monitoring Report

Ce chiffre mérite néanmoins d'être désagrégé car 10% des dépenses totales ne représentent pas le même niveau de contrainte selon que le ménage se retrouve dans le quintile le plus pauvre ou le plus riche. Les dépenses contraintes (d'alimentation et de logement, par exemple) sont beaucoup plus élevées pour le quintile le plus pauvre et le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a récemment proposé de réduire ce seuil de 10% pour ce quintile pauvre en raison des dépenses contraintes vitales élevées[i]. Plus spécifiquement donc, 2,5% des ménages les plus riches en encourraient contre 8,7% pour les ménages les plus pauvres en 2012. Et si le seuil était abaissé pour le quintile le plus pauvre, ce chiffre de 8,7% serait probablement beaucoup plus élevé.

Il faut noter que les ménages les plus pauvres représentent près de 64% de la population en RDC. Des analyses économétriques le confirment : les ménages les plus pauvres seraient 4.5 fois plus susceptibles d'encourir des dépenses catastrophiques de santé que les ménages les plus riches ($P<0.001$). Parmi les ménages les plus pauvres subissant des dépenses catastrophiques, les frais de soins ambulatoires et hospitaliers combinés représentent environ 43% de leurs dépenses, tandis que les médicaments en représentent 47%.

Une autre manière d'appréhender le niveau de protection contre le risque financier est d'estimer le niveau de non recours aux services de santé malgré l'expression des besoins et d'associer ce comportement de non recours aux barrières financières perçues. Toujours selon la même enquête de 2012, 34% des personnes ayant subi un épisode de maladie au cours des 6 derniers mois n'ont pas eu recours aux services de santé ou à un guérisseur et 35% de ceux-ci ont déclaré que les barrières financières en étaient la principale raison. On peut donc conclure que 12% (34% à 35%) des ménages n'utilisent pas les services de santé par anticipation de difficultés financières.

En ajoutant ce dernier chiffre à celui des dépenses catastrophiques constatées, c'est donc près d'un ménage sur cinq qui a des difficultés financières pour l'utilisation des services de santé. Cette proportion est évidemment beaucoup plus élevée pour les plus pauvres.

- **Analyse des sources de financement de la santé**

Les ménages et les bailleurs de fonds assurent la plus grande partie des dépenses totales de santé en RDC. Les données des comptes nationaux de la santé réalisés pour l'année 2016 montrent que les ménages constituent la première source de financement de la santé (42 %), suivis par les bailleurs de fonds (40 %). L'État n'est que la troisième source de financement, loin derrière, avec seulement 14 % des dépenses totales de santé (niveaux central et provincial confondus).

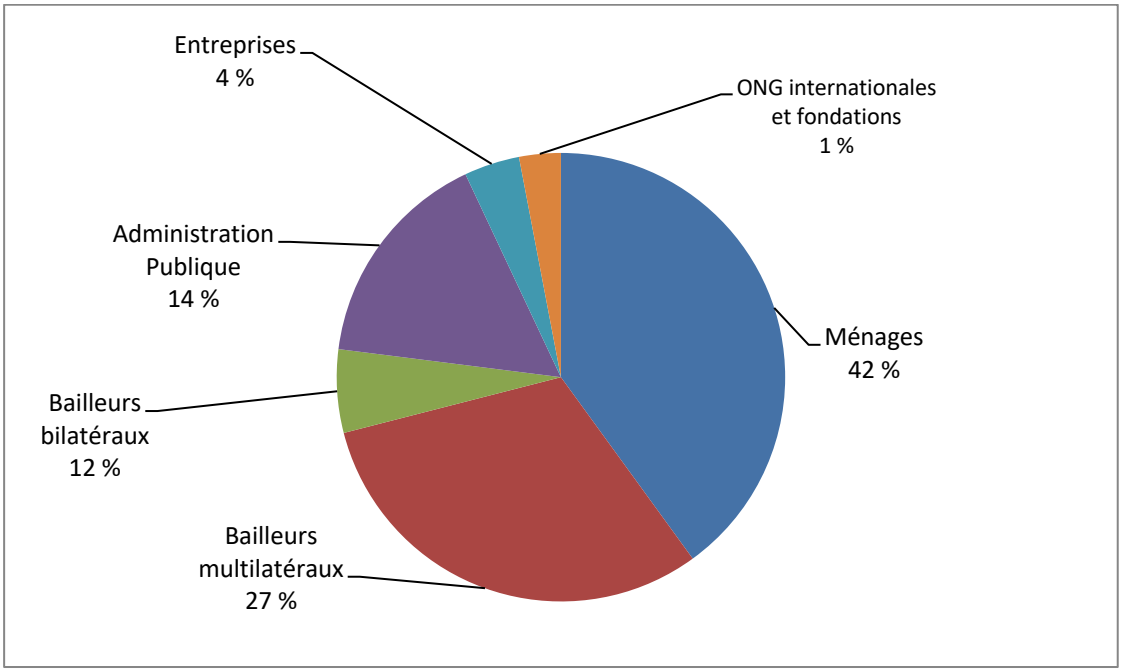


Figure 4 : Sources de financement de la santé (2016).

Source : MSP, *Comptes nationaux de la santé 2016*.

- ***Financement public national***

La part du budget de l'État allouée à la santé révèle la faible priorité accordée au secteur en RDC. En 2014, le budget du Ministère de la santé représentait 6,9 % du budget global ; il ne représentait plus que 6 % du budget global en 2017. La figure ci-après montre l'évolution du budget de l'État alloué à la santé et le taux d'exécution de 2003 à 2015, révélant une priorisation de la santé bien en deçà de l'objectif d'Abuja (15 % du budget total) et en déclin au cours de la dernière décennie. L'analyse révèle également d'importantes lacunes relatives à l'exécution du budget suite à la faible mobilisation des recettes publiques.

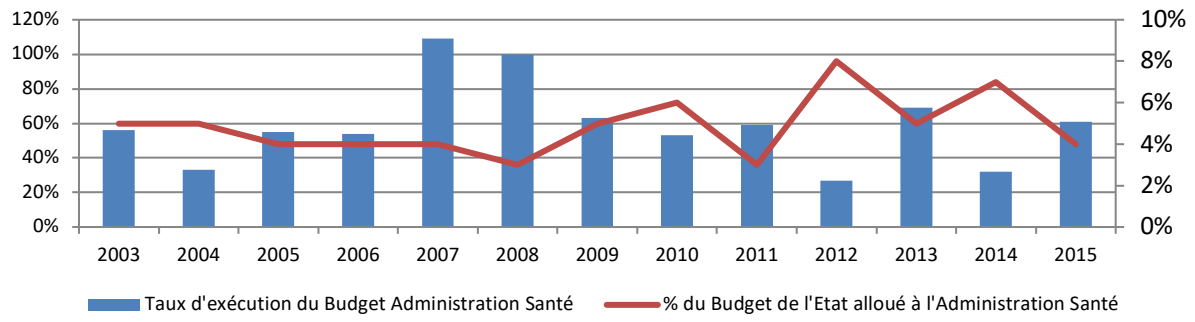


Figure 5 : Budget de la santé en RDC de 2003 à 2015

Source : MSP , Rapport des Comptes Nationaux de la Santé 2015

- ***Financement sur ressources extérieures***

L'aide extérieure a représenté en moyenne 40 % du financement total du secteur de la santé de 2008-2014. Malgré cela, elle s'élevait à 5,7 dollars par habitant en 2013 selon les comptes nationaux de la santé de 2015. Elle était par ailleurs majoritairement concentrée sur le financement du traitement des maladies transmissibles et les investissements en santé (près de 90 % des dépenses totales d'investissement).

- ***Financement des ménages***

Les fonds des ménages représentaient la première source de financement de la santé en 2014, à hauteur de 42 % des dépenses totales de santé. Ils constituaient de ce fait la principale source de financement des services et soins de santé en RDC. La dépense de santé des ménages par habitant et par an a augmenté, passant de 6,4 dollars en 2008 à 8,5 dollars en 2014. Cette source de financement est la plus inéquitable et plus de 90 % des dépenses se font par le biais de paiements directs.

- ***Financement des entreprises et autres institutions caritatives***

Les autres sources de financement privé sont encore très limitées en RDC. Le financement des entreprises privées et para-étatiques est toutefois en augmentation, du fait, notamment, d'une meilleure saisie des dépenses de santé des entreprises minières, mais il ne représentait que 4 % des dépenses de santé totales en 2014. Durant la période de 2010 à 2014, le financement des ONG et fondations caritatives nationales a connu une régression très significative, et représentait moins d'1 % des dépenses totales de santé en 2014.

- ***Mise en commun des ressources***

À l'heure actuelle, la mise en commun est quasi-inexistante : une multiplicité de petits fonds généralement volontaires offre une protection financière limitée ; des fonds dédiés aux démunis et aux personnes vulnérables existent, mais restent cloisonnés. Il est donc urgent d'engager une réflexion sur la question, et ce en étroite collaboration avec les acteurs de la protection sociale qui développent une nouvelle politique de « sécurité sociale ». Si les mutuelles ont joué un rôle à l'échelle locale, notamment pour la promotion d'une solidarité extra-familiale ou communautaire, seule une prédominance de ressources publiques (impôts, parafiscalité, et cotisations obligatoires), collectées et mises en commun de manière obligatoire, à l'échelon central ou provincial, pourrait permettre d'accroître durablement la couverture et la protection[24].

La mobilisation des ressources s'organise à plusieurs niveaux mais aucun mécanisme de mise en commun au niveau national ou provincial n'existe à ce stade. En effet, le système de financement de la santé se caractérise à ce jour par une fragmentation importante des fonds. Au niveau central, l'enchevêtrement de différents fonds issus des programmes verticaux sur financement extérieur et domestique rend la situation très complexe et génère des duplications entraînant des inefficiences. Au niveau provincial, les fonds issus du niveau central et ceux mobilisés localement sont gérés de manière cloisonnée. Des fonds extérieurs financent le niveau provincial, soit directement, soit sous forme de transferts.

Il existe plusieurs mécanismes de protection contre le risque maladie en RDC, mais leur couverture reste faible et leur taille restreinte. Les comptes nationaux de la santé de 2015 relèvent qu'à peine 7 % de financement des ménages passe par le mécanisme d'assurance communautaire, dont, essentiellement, les mutuelles de santé des privés et la mutuelle de santé des enseignements (MESP).

La majeure partie de la population reste à ce jour non couverte et accède aux soins par un paiement direct au niveau des formations sanitaires. Des fonds d'envergure restreinte financés généralement à travers le budget de l'État cofinancent un fonds d'assurance obligatoire pour certaines catégories de fonctionnaires de l'État (c'est le cas des enseignants et des agents de police, etc.).

[24] Banque mondiale, *Stratégie de financement : Analyses et Recommandations*, 2015, p. 63.

La population la plus solvable du secteur informel tente de s'organiser à travers des mutuelles de santé volontaires, qui jouent le rôle de collecteurs, et pour certains, négocient l'achat du paquet de services à travers des structures d'appui aux mutuelles. D'autres mutuelles jouent à la fois le rôle de collecteur de fonds et d'acheteur. Ce système de mutuelles sur affiliation volontaire existe depuis les années 1980, mais son développement reste embryonnaire. En effet, l'inventaire de 2015 compte 109 mutuelles couvrant 1 089 265 personnes.

Enfin, dans le secteur formel privé, la loi impose aux entreprises de prendre en charge les soins de santé des employeurs et des membres de leurs familles. Ainsi, trois cas de figure sont observés pour ce segment de la population : 1) les ressources mises en commun au niveau de l'Institut National de Sécurité Sociale (INSS) ne couvrent que les prestations liées aux maladies professionnelles et accidents de travail ; 2) certains employeurs et employés souscrivent aux assurances maladies ou signent des conventions avec des structures de prestation des soins (telles que la Société Nationale d'Assurance, SONAS); et 3) certaines entreprises organisent elles- mêmes l'offre de soins.

1.2.3. Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont mutlifactoriels. Ils contribuent au maintien de la santé et à la réduction des risques et des menaces pour la santé et, partant, contribuent à la réduction et au contrôle de la charge de morbidité et mortalité due aux maladies non transmissibles et transmissibles et ainsi soutiennent la réalisation de la couverture sanitaire universelle, facilitent sa faisabilité financière et contribuent au bien-être général et à la réalisation d'autres objectifs de santé.

Cerains de ces déterminants sont transversaux et interdépendants, notamment la pauvreté, les niveaux d'éducation, la marginalisation, les inégalités économiques et entre les hommes et les femmes, le handicap, le lieu de résidence, le statut juridique et les expériences de migration et l'eau, l'assainissement et l'hygiène. Les déterminants de la santé incluent également le changement climatique et la pollution, l'insécurité alimentaire et les stratégies, approches et activités du secteur privé.

D'autres sont d'ordre structurel: les inégalités économiques et sociales et l'exclusion fondées sur des facteurs tels que l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, la religion, le handicap, l'orientation sexuelle et l'identité de genre et la vulnérabilité à la violence, sécurité routière.

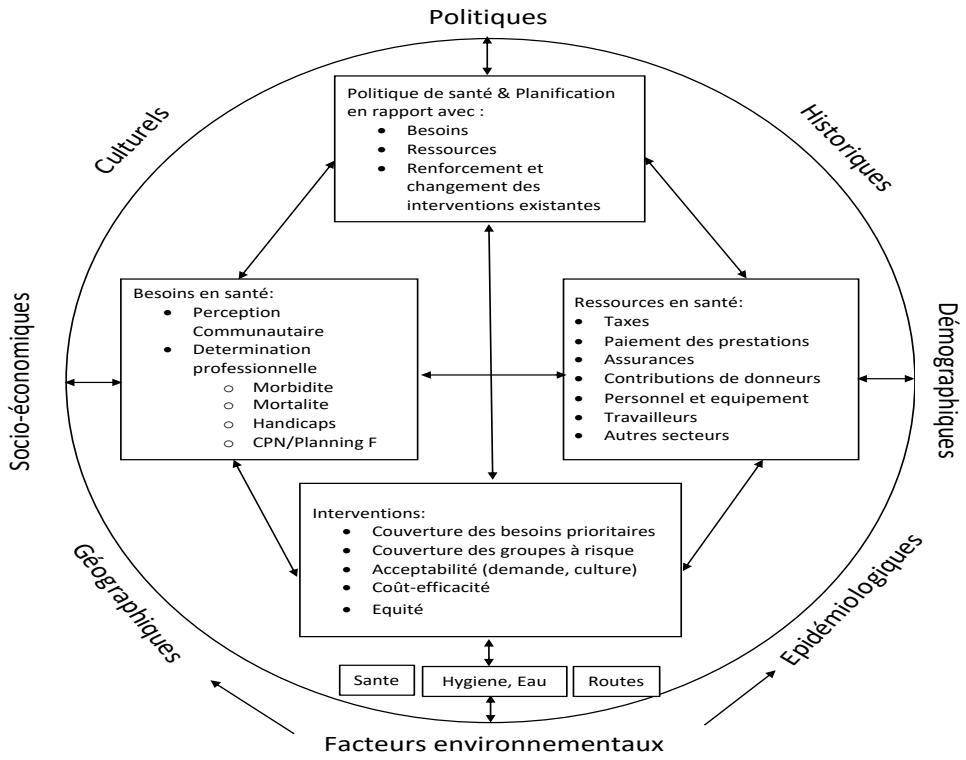


Figure 6 : Les différents facteurs qui influencent la santé

Source : C M Varkevisser, I Pathmanathan, A Brownlee. Designing and conducting health system research projects*, volume 1, Proposal development and fieldwork*. WHO/IDRC 2003 (p.15)

- **La situation des déterminants de la santé en RDC**

Les progrès dans la prise en compte des déterminants de la santé ont été, à ce jour, insuffisants. Selon le rapport de l'étude Diagnostic de la pauvreté et de l'eau, assainissement et hygiène, financée par la Banque Mondiale en 2017, la situation du secteur de l'Eau, Hygiène et Assainissement est précaire dans un pays riche en eau. Seulement 50,4 % de la population de la RDC ont accès à des points d'eau améliorés et moins de 29 % d'entre elle ont accès à un assainissement amélioré (UNICEF / OMS, 2015). Ces taux sont nettement inférieurs à la moyenne subsaharienne.

Durant plus de deux décennies, les entreprises ou sociétés productrices des déchets volatiles, liquides et solides (dégradables et non dégradables) polluent l'environnement engendrant ainsi toutes sortes des maladies.

L'absence totale de mécanismes d'assainissement des milieux urbains comme en milieux ruraux (les constructions anarchiques sans fosses septiques, les fosses ouvertes et qui libèrent les matières fécales en pleine rues pendant les saisons des pluies, les déchets ménagers jetés dans les rues, la défécation en plein air en milieu rural, etc.) est à la base de la recrudescence et la réapparition des maladies autrefois éradiquées.

- **Principaux résultats concernant les déterminants de la santé issus de l'EDS-RDC II (2013-2014)**
  - La proportion de ménages utilisant de l'eau de boisson salubre (provenant d'une source améliorée) est passée de 46 % en 2007 à 49 % en 2013. En milieu rural, cette proportion est passée de 24 % à 32 % et en milieu urbain de 80 % à 85 %.
  - L'accès à des installations sanitaires améliorées, qui est un des Objectifs du Millénaire pour le Développement, reste limité en RDC : seulement 18 % des ménages (21 % en milieu urbain et 17 % en milieu rural) utilisent des toilettes améliorées non partagées.
  - Seulement 14 % des ménages (42 % en milieu urbain contre 0,4 % en milieu rural) ont de l'électricité dans leur logement.
  - Parmi les personnes de 6 ans et plus, 19 % de femmes et 8 % d'hommes n'ont aucun niveau d'instruction.
  - Dans l'ensemble, 43 % d'enfants de 0-59 mois sont atteints de malnutrition chronique et un sur cinq (23%) sous la forme sévère ; 8 % souffrent de malnutrition aigüe et 3 % sous la forme sévère ; 23 % présentent une insuffisance pondérale et 7 % sous la forme sévère.

CHAPITRE II : JUSTIFICATION

2.1. Contexte mondial, continental et national

2.1.1. Sur le plan mondial

Le 23 septembre 2019, les Etats membres des Nations Unies ont adopté à New York une déclaration politique sur la santé pour tous. Elle constitue l'ensemble le plus complet d'engagements en matière de santé jamais adopté à ce niveau, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La Couverture Santé Universelle (CSU) est un choix politique pour réaliser cette vision de santé pour tous et les dirigeants du monde, y compris le Chef de l'Etat congolais qui a pris part à cette Assemblée générale, se sont déclarés prêts à faire ce choix.

Bien avant, la Déclaration d'Astana de 2018, lors de la célébration du 40ème anniversaire de la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, a réaffirmé l'importance des soins de santé primaires et le rôle central de la communauté dans l'atteinte de la CSU et la contribution à la réalisation des ODD. Le cadre opérationnel de cette Déclaration offre de bonnes raisons de renforcer le système de santé.

Le 12 décembre 2012, l'Assemblée Générale de l'ONU avait aussi adopté à l'unanimité une résolution invitant les pays à accélérer les progrès vers la couverture santé universelle (CSU) – l'idée que tout le monde, partout, doit avoir accès à des soins de santé de qualité, à un coût abordable – ce qui est une priorité essentielle pour le développement international.

En outre, selon la Recommandation 202 issue de la 101ème session de la Conférence générale de l'OIT, la CSU fait partie de 4 Dimensions du socle de protection sociale, à savoir :

- la CSU ;
- l'éducation, l'alimentation et la santé pour tous les enfants ;
- le revenu minimum pour les vulnérables et indigents ;
- le revenu minimum pour les personnes âgées.

Eu égard à ce qui précède, la RDC est tenue de ratifier tous les instruments juridiques internationaux dont les différentes conventions énumérées au point 8 de ladite recommandation, qui favorisent la marche vers la CSU.

2.1.2. Sur le plan régional et sous-régional

Sur le plan régional et sous-régional, certains instruments juridiques orientent les Etats signataires sur la prise en charge de la santé, ainsi que la CSU :

- La Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples adoptée en 1981, dispose à son Article16 que :

  « 1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie »[25].

- La Déclaration d'Abuja du 27 Avril 2001 sur les engagements pris par les gouvernements africains à Abuja de consacrer 15 % des budgets nationaux à la santé ;
- La Déclaration de Ouagadougou de 2008 en appelait au renforcement des systèmes de santé en utilisant l'approche des soins de santé primaires ;
- La Déclaration de validation du système de santé de district à l'issu de la Conférence de Dakar en 2013 (Sénégal);[26]
- En 2017, les ministres de la santé de la Région Africaine de l'OMS, réunis au 67ème Comité Régional organisé à Victoria Falls (Zibambwe), ont adopté le Cadre d'Actions pour le renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la CSU et des autres ODD. Ce Cadre d'Actions est un modèle conceptuel qui permet aux pays de la Région, engagés dans la mise en œuvre de la CSU, d'identifier les goulots d'étranglement, d'une part ; et d'identifier les actions, les réformes et les investissements à inscrire dans une Feuille de route en vue d'accélérer les progrès vers la CSU, d'autre part.

La mise en œuvre des instruments juridiques régionaux et sous régionaux auxquels la RDC a souscrit, favorisera à coup sûr, de faire avancer les progrès vers la CSU.

25 Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, P4

26 Community of Practice Health Service Delivery (2014). Renewing health districts for advancing universal health coverage in Africa. Report of the regional conference "Health districts in Africa: progress and perspectives 25 years after the Harare Declaration" 21–23 October 2013, Dakar, Senegal. Disponible à l'adresse https://www.health4africa.net/wpcontent/uploads/Dakar-Conference-Final-Report.pdf **(consulté le 23 Août 2019)**

2.1.3. Sur le plan national

Parmi les instruments juridiques et administratifs mis en place au pays et ayant une relation avec la CSU (et de manière générale l'atteinte des objectifs de l'agenda mondial de développement dont l'échéance est actuellement fixée à l'horizon 2030), on peut citer :

1) La RDC a ratifié 37 conventions (Conventions fondamentales : 8 sur 8, Convention de gouvernance : 2 sur 4, Conventions techniques : 27 sur 177) en tant que membre de l'Organisation Internationale du Travail, sur la protection sociale ;
2) La Constitution de la République démocratique du Congo telle que modifiée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011 portant révision de certains articles de la Constitution de la République démocratique du Congo du 18 février 2006, consacre le caractère fondamental de la santé à son article 47, qui dispose : « Le droit à la santé et à la sécurité alimentaire est garanti. La loi fixe les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique et de la sécurité alimentaire» ;
3) La loi n°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC, dont l'article 41 dispose : « Il est institué en République Démocratique du Congo un système de Couverture Sanitaire Universelle fondé sur les principes d'équité, d'assurance qualité des soins et de protection financière pour tous » ;
4) La loi organique n° 17/002 du 08 Février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité ;
5) La loi n°16/009 du 16 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de sécurité sociale ;
6) L'ordonnance n°21/032 du 1er juin 2021 portant création, organisation et fonctionnement du Conseil National de la Couverture Santé Universelle en RDC ;
7) Le Décret n° 15/031 du 14 décembre 2015, portant création, organisation et fonctionnement d'un Etablissement public dénommé caisse nationale de sécurité sociale des agents publics (CNSSAP) ;
8) Le Décret n° 05/176 du 24 novembre 2005 portant création du Programme National d'Appui à la Protection Sociale, en sigle « P.N.P.S. ».

À cet arsénal juridique et administratif, on peut ajouter les instruments organiques ci-après qui évoquent la CSU :

- Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Santé Universelle;
- La Stratégie de financement de la santé de 2018 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle ;
- Le Plan national stratégique multisectoriel de nutrition (2016-2020) articulé en dix programmes d'intervention qui intègrent les actions sensibles à développer avec les autres Ministères dans le cadre du Mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) auquel la RDC a adhéré depuis mai 2013.

L'engagement du pouvoir actuel en RDC en faveur de la CSU a été complété par la nomination par le Chef de l'Etat du Conseiller Spécial en charge de la Couverture Maladie Universelle, chargé de veiller à la marche du pays vers la CSU au bénéfice de tous.

Dans le droit fil de cet engagement, le Chef de l'Etat a instruit les services concernés par la santé et la CSU d'avoir un intérêt particulier sur les services et les soins de santé au bénéfice du couple mère-enfant en leur offrant des soins et des services de santé de qualité et efficaces.

2.2. Place de la CSU dans le Programme du Président de la République, Chef de l'Etat

Pour son mandat 2019-2023, le Chef de l'Etat a mis en place un Programme qui comprend quatre axes Stratégiques qui sont : la bonne gouvernance, l'homme, la société solidaire, une croissance économique durable. Ces quatre axes sont déclinés en 20 piliers dont le 9ième est « la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle ». Cette volonté politique a été réaffirmée maintes fois y compris dans le discours qu'il a prononcé au lancement du Forum sur la vaccination dont quelques extraits sont repris ci-dessous.

> « Ma vision se décline autour des quatre axes stratégiques qui sont : la bonne gouvernance, l'homme, la croissance économique, et la société solidaire. Ces quatre axes stratégiques constituent le socle sur lequel je vais asseoir mes priorités regroupées dans 20 piliers, notamment la mise en place de la couverture santé universelle»[27] (9ème Pilier).
>
> « Environ 50 millions de congolais représentant 60% de la population n'ont pas accès au système de santé. La vaillance et la bravoure de notre personnel du secteur mérite le renforcement des moyens humains et matériels adéquats».

27 **S.E. Félix-Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO**, Allocution à l'occasion du Séminaire des Gouverneurs de provinces, Kinshasa, le 22 août 2019

« Nous demanderons au gouvernement de prendre des mesures rapides pour la réhabilitation des hôpitaux de référence, la construction de plateforme de santé et la mise en place d'un système de couverture sanitaire à travers des mutuelles de santé ».

« Nous ne pouvons pas accepter un système de santé défaillant au péril de la vie de nos concitoyens ».

« Le gouvernement aura pour mission d'accroître de 10 % par an le taux de couverture des populations par un système d'assurance maladie abordable et efficace jusqu'à l'atteinte de la couverture maladie universelle. Nous réformerons en ce sens la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et allons promouvoir la mise en place d'un écosystème de couverture santé adapté couvrant l'ensemble des catégories sociales ».

2.3. Articulation entre la CSU et les autres axes du programme du Chef de l'Etat

Comme mentionné plus haut, le programme du Chef de l'Etat s'articule sur 4 axes prioritaires dont celui centré sur l'Homme avec les piliers suivants :

- Faire de l'éducation la clé du changement et le principal ascenseur social ;
- Mettre en place la CSU ;
- Promouvoir l'emploi et la formation professionnelle continue ;
- Autonomiser la femme et promouvoir la jeunesse ;

L'investissement sur la CSU permettra de développer le capital humain qui est nécessaire à l'atteinte des résultats liés aux autres piliers relatifs à l'axe « Homme », d'une part, et à l'atteinte de résultats relatifs aux trois axes restant - croissance économique durable, bonne gouvernance et société solidaire-, d'autre part. **La CSU constitue donc un prélude au développement socioéconomique du pays.**

La CSU bénéficiera largement des avantages de la mise en œuvre du Plan National du Numérique. Au premier plan, nous citerons la mise en place d'un dossier médical numérisé qui sera accessible dans tous les hôpitaux interconnectés du pays.

La gouvernance du secteur sensible du médicament sera améliorée et réduira drastiquement la présence des faux médicaments sur le marché. Il en sera de même de la lutte contre les violences basées sur le genre à travers le pays. Des dossiers médicaux standardiseés, numérisés et protégés seront accessibles par des instances juridictionnelles pour remettre la femme abusée dans ses droits. Une localisation géo-référencée des zones de vulnerabilité à travers le territoire national permettra d'orienter efficacement des programmes d'intervention en faveur des populations vulnérables.

Le présent Plan Stratégique National pour la CSU en RDC décrit la vision, le but, les objectifs et les orientations du pays. Cette description inclut aussi le cadre de mise en œuvre et les modalités de financement. Le plan décrit également le cadre de suivi et évaluation, ainsi que la gestion des risques.

CHAPITRE III : VISION, BUT, OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

3.1. Vision

« Conscient que la santé est un des droits fondamentaux des congolais, j'en ai fait l'un des principaux piliers de mon action à la tête de l'Etat. Ma vision est que tout congolais ait accès à tous les soins et services de santé de base dont il a besoin, sans encourir une ruine financière ou économique ».

« Dans cette marche vers la couverture santé universelle en RDC, j'ai instruit les services concernés d'avoir un intérêt particulier sur les services et les soins de santé au bénéfice du couple mère-enfant ». [28]

3.2. But

Contribuer à la réduction de la pauvreté et à la relance du développement de la RDC , menées par une population en bonne santé.

3.3. Objectifs

3.3.1. Objectifs généraux

1. D'ici 2030, améliorer de 30 % l'espérance de vie des Congolais ;
2. D'ici 2030, réduire de 50 % le ratio de mortalité maternelle en RDC ;
3. D'ici 2030, réduire de 50 % le taux de mortalité infanto-juvénile en RDC.

3.3.2. Objectifs Spécifiques

1. Accroitre de 41,5 à 60% la couverture des services de santé essentiels (indice de couverture des services de santé essentiels) ;
2. Réduire de 40% les dépenses catastrophiques des ménages liés au paiement des soins de santé.

[28] Président Félix Antoine Tshilombo Tshisekedi, Allocution lors du Forum International sur la vaccination en RDC

3.3.3. Résultats attendus

D'ici 2030:

1. L'offre de services de santé est complète dans au moins 80 % des formations sanitaires de 1er, 2e, 3e, et 4e échelons en RDC ;
2. La qualité des services de santé offerts est optimale dans au moins 80 % des formations sanitaires de 1er, 2e, 3e, et 4e échelons en RDC ;
3. Le pourcentage des ménages où les dépenses de santé représentent plus de 25% des dépenses totales est inférieur à 40 % ;
4. Le pourcentage des ménages du quintile le plus pauvre où les dépenses de santé représentent plus de 25% des dépenses totales est inférieur à 20 %.

3.3.4. Principes directeurs

Les principes directeurs ci-dessous décrits guideront la mise en œuvre du PSN-CSU pour la RDC. Il s'agit de :

- ***Respect des droits humains et du genre***

La mise en œuvre du processus de la CSU doit respecter tous les droits humains, en l'occurrence le droit à la protection sociale notamment par la lutte contre toutes les formes d'inégalités dont celles liées aux genres – homme/femme, enfant/vieux, riche/pauvre, etc.

Ce qui implique que l'équité de financement et l'équité d'accès aux prestations de la CSU seront scrupuleusement respectés

- ***Accès sans frais aux prestations de santé pour les indigents et les vulnérables***

L'accès aux prestations de santé est consacré par la Constitution et les lois de la RDC, notamment par la loi portant principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. Dans le cadre de la CSU, l'accès sans frais aux soins de santé est le moyen pour faire accéder les personnes à faible capacité de financement aux soins de santé. Tenant compte de la situation particulière de ces personnes, l'accès aux prestations ne sera pas payant dans le cadre de l'élimination des inégalités entre les populations, les communautés et les individus.

Dans la logique de l'accès universel, cela implique que toutes les parties prenantes au processus dans tous les secteurs impliqués doivent veiller à l'accès aux soins des populations, des familles et des individus en assurant l'équité, en enlevant les barrières de toutes sortes, en diminuant les inégalités entre eux et en éliminant les discriminations basées sur les origines, le statut socioculturel, économique ou juridique, les convictions religieuses, politiques ou idéologiques. En clair, tous les obstacles à l'accès aux soins à tous les individus doivent être levés ou contournés pour promouvoir l'accès pour tous.

- ***Progressivité de la mise en œuvre du système***

La mise en œuvre du système de la CSU doit être envisagée comme un processus c'est-à-dire de manière progressive en tenant compte de la diversité des contextes géographique, socio-culturels, économique et organisationnel et des groupes cibles des différents systèmes de couverture-maladie préexistants.

Pour ce faire, en vue de l'efficacité dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du processus et de répondre rapidement aux besoins d'ajustements continus adéquats, l'implémentation du système de la CSU se fera par étape jusqu'à la couverture complète de la population congolaise en combinant à la fois l'approche thématique par des paquets de prestations (universalisme progressif) et l'approche catégorielle par des groupes des bénéficiaires cibles (couverture progressive).

- ***Décentralisation de la gestion de la réponse***

La décentralisation consistera à un transfert d'autorité et donc de responsabilité d'un niveau de décision supérieur à un niveau de décision inferieur en matière de planification, de mise en œuvre, de supervision des activités du processus de la CSU.

Elle devra impliquer la responsabilité des communautés de base, des mutuelles de santé, des caisses-maladies et autres partenaires publics, privés, communautaires et de coopération internationale dans la prise de décisions et de la mise en œuvre des activités du processus de la CSU sous la coordination des structures ou organes décentralisés.

- ***Coordination des interventions, partenariat et multisectorialité des interventions***

La coordination des interventions va consister à rechercher la cohérence de l'ensemble du processus ou de la réponse globale à la lutte contre l'exclusion aux soins et donc une meilleure couverture-maladie en évitant des chevauchements mais plutôt en créant des passerelles entre les intervenants des différents secteurs.

Cela implique un cadre de concertation multisectorielle entre les partenaires pour échanger les informations, définir les normes, les directives et les principes à suivre dans la mise en œuvre ainsi que les rôles, attributions et compétences à remplir à chaque niveau et un cadre unique de suivi-évaluation de l'ensemble du processus.

Le double principe de partenariat et de multisectorialité est nécessaire dans le processus de la CSU et découle du besoin de coordination des interventions de diverses parties prenantes relevant de multiples secteurs en l'occurrence les secteurs public, privé et communautaire.

Le partenariat est le mécanisme par lequel les intervenants impliqués dans le processus de la CSU orientent leurs actions de manière à atteindre les objectifs communs du plan stratégique et à produire les effets synergiques attendus.

La multisectorialité qui est plutôt un état ou une donne qui s'impose suppose que les parties prenantes provenant des divers secteurs et intervenant dans le processus de la CSU mettent en avant leur implication dans leur secteur à la mise en œuvre du processus de la CSU.

Ainsi les acteurs exerçant dans l'informel, ceux exerçant dans le formel, les indépendants, les entreprises, les communautés, les médias, les prestataires de soins, les mutuelles de santé et les ONGs apportent la valeur ajoutée de leurs secteurs respectifs au processus.

- ***Participation communautaire***

La participation communautaire suppose que les individus isolés ou la communauté s'organise pour créer une dynamique en faveur du processus de la CSU et améliorer la participation communautaire dans le secteur de la santé. Cet engagement communautaire vise à augmenter la responsabilisation et l'appropriation de la communauté.

Toutes les organisations à assise communautaire (OAC) seront ainsi mises à profit pour fédérer les différents groupes de la communauté, les aiguiller vers les structures d'organisation, de gestion et de suivi de la CSU, et organiser des actions communautaires et faciliter le développement de chaque Aire/Zone de Santé selon leurs besoins. Cela ne contribue pas seulement à l'accroissement de la demande et de l'utilisation des services, y compris pour les plus vulnérables, mais aussi à la redevabilité sociale des prestataires de services qui doivent mieux répondre aux besoins réels de la communauté. Ces OAC constitueront donc un des socles de la CSU et le trait d'union entre les individus (et familles) et les structures de soins d'une part, et d'autre part entre ces individus et les mutuelles. Ce faisant, l'on pourra garantir une meilleure appropriation, la durabilité et la pérennité des effets de leurs interventions et l'implication permanente des bénéficiaires dans le processus de gestion de la CSU.

La participation communautaire permettra d'aboutir à un meilleur état de santé de la population parce que :

- A travers des structures communautaires la voix de la population est renforcée pour exprimer ses besoins ;
- La population prend part à son développement en prenant la responsabilité de son bien-être et du fonctionnement des formations sanitaires ;
- Les prestataires de soins répondent mieux aux besoins de la population en offrant les services de qualité focalisés sur ces besoins.

- ***Convergence et synergie des interventions***

Découlant du partenariat entre intervenants et de la coordination des interventions des parties prenantes provenant de divers secteurs, la convergence et la synergie veulent que les interventions doivent non seulement être concertées ou partagées, mais doivent converger vers l'atteinte des objectifs communs d'un plan d'ensemble pour optimiser les résultats des efforts déployés par les uns et les autres.

Au-delà des intervenants, les différents secteurs doivent travailler ensemble de manière harmonieuse pour réaliser la globalité, la continuité et la cohésion d'ensemble de la démarche de mise en œuvre des activités et interventions dans le processus.

Ce qui suppose, d'une part, que des plans sectoriels et décentralisés doivent découler d'un plan national d'ensemble, et, d'autre part, qu'un suivi et une évaluation du processus doivent être réguliers ou continus pour des réajustements rapides et en temps requis pour le maintien de la synergie et de la convergence des interventions.

- ***Complémentarité des parties prenantes au processus et au système***

Les interventions des différentes parties prenantes de divers secteurs doivent être complémentaires. Pour ce faire, les intervenants doivent tenir compte des liens qui doivent exister entre leurs interventions pour la poursuite efficace et effective du processus de la CSU.

Ainsi, par exemple, dans le processus de la mise en œuvre de la CSU, il faudra veiller que les interventions des parties prenantes dans la couverture maladie scolaire puissent être complétées par celles de la Couverture maladie dont la famille est déjà bénéficiaire mais jamais ces interventions ne doivent créer un chevauchement. La complémentarité des interventions est un input pour l'efficience du processus et du système de la CSU auquel le processus doit aboutir.

- ***Gestion du système basée sur l'évidence***

La gouvernance et le management du processus et du système de la CSU à mettre en place doivent être transparents en vue de garantir le maintien de la solidarité et la solidité de redevabilité avec l'obligation de rendre compte aux communautés bénéficiaires et autres parties prenantes au processus.

De ce fait, la mise en œuvre et la gestion du processus doivent être basées sur les données réelles et fiables résultant des études et de la recherche et accessibles à toutes les parties prenantes. Ipso facto, cela implique l'existence d'un système d'information performant qui garantit une prise de décision rationalisée. Les ressources humaines et les capacités administratives et organisationnelles doivent donc être renforcées et adéquates.

- ***Séparation des fonctions***

L'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre de ce plan dépendent largement de la séparation de fonctions. L'exercice de certaines fonctions est incompatible avec celui d'autres.

En l'occurrence, l'exercice de la fonction de prestataire est incompatible avec l'exercice de la fonction de payeur ou d'acheteur de prestations. De même, l'exercice de la fonction de collecteur de fonds est incompatible avec celle de gestionnaire de ces fonds.

- ***Redevabilité***

La CSU étant un droit et sa gestion relevant de la chose publique, les acteurs et les gestionnaires de l'action en CSU doivent rendre compte de cette gestion et des résultats attendus auprès des organes de coordination, de pilotage et de représentation du peuple.

La redevabilité sociale des services de santé est un aspect important de la CSU. Elle favorise le dialogue social, car les communautés expriment leurs besoins en vue de rechercher des solutions communes. Il s'agit d'une responsabilité partagée entre le secteur public et la société civile, les clients des services publics.

3.4. Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques de ce plan s'articulent autour de 5 axes suivants :

1. Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé ;
2. Extension de la protection financière pour tous ;
3. Renforcement de l'approche de la « Santé dans toutes les politiques » pour réduire la charge de morbidité et assurer la viabilité du dispositif de la couverture universelle en santé ;
4. Gouvernance et gestion du système national de la CSU ;
5. Mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la CSU.

3.4.1. Axe stratégique 1: Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé

Enoncé de la stratégie : L'amélioration de l'accessibilité aux soins de qualité consiste à augmenter la couverture sanitaire de toute la population vivant en RD Congo avec une offre de soins de qualité tout en accroissant l'utilisation de ces derniers.

Ainsi, quatre sous-axes sont développés avec leurs interventions prioritaires, à savoir :

- Amélioration de l'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de qualité en utilisant différents réseaux de prestataires (publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif, agents de santé communautaires) ;
- Revitalisation de l'approche des Soins de Santé Primaires en prenant en compte les particularités liées aux différents contextes, ruraux et urbains et les situations provinciales ;
- Amélioration et assurance de la qualité des services de santé suivant une politique et stratégie nationale sur la qualité santé, incluant une approche d'accréditation des établissements de santé ;
- Amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, notamment les épidémies et les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire.

1) *Sous axe 1.1 : Amélioration de l'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de qualité en utilisant différents réseaux de prestataires (publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif, agents de santé communautaires).*

Pour que chaque Congolais ait accès aux soins de santé de base à moins de 5 Km ou à une heure de marche, il va falloir ajouter progressivement plus de 6000 centres de santé à ceux qui existent selon les normes. Pour ce faire, les interventions prioritaires ci-après seront menées par le Ministère de la santé en développant un partenariat public-privé et les autres Ministères qui organisent l'offre des soins de santé dans leurs attributions (les services de santé du Ministère des affaires sociales, les services de santé de l'armée et de la Police nationale, les services de santé du Ministère de l'enseignement supérieur et universitaire, et des entreprises).

Il s'agit notamment des interventions prioritaires suivantes :

- *Intervention 1 : Actualisation des normes d'organisation, de fonctionnement et des ressources des structures et formations de sanitaires*

Les normes d'organisation, de fonctionnement et des ressources de la Zone de santé (ZS) ont été adoptées en 2006 et ont fait l'objet de plusieurs actualisations.

Elles étaient basées sur le modèle de la ZS rurale. Elles doivent être actualisées au regard de l'évolution croissante de la population urbaine qui nécessite des normes particulières et de la médicalisation évidente de centres de santé tant en milieu rural qu'urbain. Elles doivent aussi tenir compte de la contribution du secteur privé dans les offres de soins de santé.

De même, les normes d'organisation, de fonctionnement et des ressources des structures sanitaires de niveaux provincial et national devront être fixées en tenant compte de standards internationaux (et des ressources disponibles).

- *Intervention 2 : Développement d'une carte sanitaire nationale et un schéma d'organisation des services de santé dans chaque province*

Une fois les normes actualisées, la prochaine étape sera de développer une carte sanitaire. La carte sanitaire est un outil de gestion prospective du secteur. Elle permettra d'avoir une cartographie, une géolocalisation des infrastructures, de gros équipements médico-sanitaires, des ressources humaines disponibles, venant du secteur tant public que privé, et au besoin des problèmes de santé rencontrés dans les différents milieux (provinces et zones de santé) ; elle permettra en plus d'identifier et de décrire les gaps en termes d'infrastructures, équipements, ressources humaines par rapport aux normes actualisées. La carte sanitaire identifiera en fonction des besoins, les sites d'implantation de nouvelles infrastructures sanitaires et de gros équipements dans toutes les provinces. Ces données permettront le développement des plans de couverture des zones de santé et des provinces (schéma d'organisation et d'implantation des services de santé) ainsi que le plan d'investissement sectoriel pour rapprocher les soins de santé des populations nécessiteuses et reimplanter le circuit de référence et contre référence.

- *Intervention 3 : Développement et mise en œuvre d'un plan d'investissement dans le secteur de la santé pour résorber progressivement les gaps relevés*

Le plan d'investissement sectoriel permettra la construction et la réhabilitation des infrastructures y compris leur dotation en eau et électricité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et la dotation en équipements pour produire les prestations de qualité nécessaires au développement de la CSU. Ce plan devra permettre au secteur privé et aux partenaires externes d'identifier et d'aligner leur investissement dans le secteur.

La mise en œuvre de ce plan consistera à augmenter la couverture sanitaire par l'implantation de nouveaux centres de santé conformément à la carte sanitaire, au remplacement de tous les centres de santé ne répondant pas aux normes y relatives et à la réhabilitation ceux qui existent. Elle consistera aussi à construire les Hôpitaux généraux de référence (HGR) dans les Zones de santé (ZS) qui en manquent et à rénover ceux qui existent. Elle consistera également à construire les Hôpitaux provinciaux généraux de référence (HPGR) dans les Provinces qui en manquent et à réhabiliter ceux qui existent ainsi que les Cliniques universitaires (Kinshasa, Lubumbashi et Kisangani). Le Gouvernement veillera à la construction et l'équipement des nouvelles Cliniques universitaires pour les nouvelles facultés de médecine qui répondent aux normes.

- *Intervention 4 : Développement et mise en œuvre d'un plan d'investissement en faveur des services de santé de la Police et de l'Armée*

A l'instar de tous les services publics de santé, les services de santé de l'armée et de la police n'ont pas été épargnés par la dégradation des infrastructures et des équipements sanitaires à tous les niveaux. Etant donné que les services de l'Armée et de la Police relèvent respectivement des ministères des forces armées et de l'intérieur, un plan d'investissement pour la mise aux normes des infrastructures sanitaires et équipements sera élaboré et mis en œuvre pour chacun de ces deux services.

- *Intervention 5 : Alignement de paquets des soins actuels sur les paquets essentiels de la CSU par niveau*

La définition des paquets de service essentiels pour la CSU nécessite de tenir compte du profil épidémiologique du pays et des provinces en particulier pour définir les paquets de services dont la population a besoin et qui seront concernés par l'assurance maladie. Ces paquets seront élaborés en tenant compte des 5 cohortes d'âge proposées par l'OMS : (i) grossesse et nouveau-né comprenant la période depuis la date de conception jusqu'à 6 semaines de vie, (ii) enfants de 7 semaines à 9 ans, (iii) adolescents de 10 à 19 ans, (iv) adultes de 20 à 59 ans et (iv) personnes avec âge supérieur à 60 ans. Ainsi, les paquets de soins actuels (PMA/PCA) devront être alignés au modèle de paquets essentiels pour la CSU.

Ces paquets standardisés devront être offerts par toutes les formations sanitaires publiques ainsi que privées. L'accréditation des formations sanitaires se fera en fonction de la disponibilité de ces paquets de soins.

- *Intervention 6 : Définition d'un panier de soins et réalisation des études actuarielles nécessaires à son application*

La définition du panier de soins se fera sur la base d'un certain nombre de critères dont le profil épidémiologique national, l'impact espéré de sa mise en œuvre sur la baisse des dépenses catastrophiques de santé, etc. Ce panier de soins constitue le paquet de services et de soins dont bénéficiera la population couverte par une assurance maladie. Il sera fourni par le secteur public et privé. Il sera progressif dans ce sens qu'il intègrera progressivement d'autres interventions en fonction de la disponibilité des ressources.

2) *Sous axe 1.2 : Elaboration et mise en œuvre d'une réponse multisectorielle, intégrée et inclusive aux maladies chroniques non transmissibles*

Compte tenu de l'environnement actuel du pays avec un système de santé éprouvé par les maladies transmissibles et des épidémies récurrentes, la RDC doit se doter d'un plan de réponse plus intégré et tenant compte des réalités locales en vue de mieux répondre à son engagement de lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) et l'incorporer dans une politique globale de Couverture Santé Universelle. Il sera une boussole pour orienter tous les acteurs à divers niveaux :

- Les politiques : pour les aider à prendre les décisions en se basant sur les évidences scientifiques et contextuelles
- Les décideurs techniques sectoriels : pour leur permettre d'élaborer des plans opérationnels (annuels voire pluriannuels)
- Les différents niveaux opérationnels (les spécialistes et les acteurs communautaires) : pour la mise en œuvre efficiente des actions
- La communauté : actrice et bénéficiaire

Cette réponse sera régie par les principes directeurs suivants : une action globale et intégrée de développement, une action multisectorielle avec la pleine participation de la société civile, une approche prenant en compte toute la durée de la vie avec un engagement communautaire qui intègre les avantages d'une approche basée sur la décentralisation et qui assure l'équité.

- *Intervention 1 : Inscrire la lutte contre les MNT comme priorité de développement et de santé publique au niveau national*
    - Intégrer les MNT comme problème prioritaire dans tous les documents stratégiques des différents secteurs
    - Développer des mesures législatives, réglementaires et juridiques de lutte contre les facteurs de risque des MNT
- *Intervention 2 : Renforcer la multisectorialité, l'intégration ainsi que l'engagement communautaire pour accélérer la lutte contre les MNT en RDC*
    - Créer (ou rendre fonctionnel) un Comité National de Lutte contre les MNT
    - Promouvoir la participation communautaire dans le domaine des MNT
- *Intervention 3 : Assurer la prise en charge de qualité des MNT à tous les niveaux de la pyramide sanitaire*
    - Intégrer les MNT au paquet minimum d'interventions des formations sanitaires
    - Renforcer les capacités des ressources humaines (qualité et quantité) pour la promotion, la prévention et la prise en charge des MNT
    - Renforcer le plateau technique des structures sanitaires pour la prise en charge des MNT selon les niveaux
    - Instaurer un mécanisme de suivi-évaluation des actions de lutte contre les MNT
    - Surveiller l'évolution des MNT ainsi que les facteurs de risque associés
    - Promouvoir et appuyer la recherche de qualité pour la lutte contre les MNT et l'évolution des facteurs de risque associés.

3) *Sous axe 1.3 : Revitalisation de l'approche des Soins de Santé Primaires en prenant en compte les particularités liées aux différents contextes, ruraux et urbains et les situations provinciales*

Les interventions prioritaires visant la revitalisation de l'approche des Soins de santé primaires (SSP) sont notamment :

- *Intervention 1 : Organisation d'une conférence internationale sur les SSP en RDC*

La conférence internationale sur les SSP en RDC sera alimentée par les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre des soins de santé primaires depuis Alma Ata.

Cette conférence est placée dans le cadre du renouveau des SSP et sera une opportunité pour partager les expériences à la fois nationales et internationales sur la mise en œuvre des soins de santé primaires, tels que les bonnes pratiques, les leçons apprises, les défis auxquels les uns et les autres sont confrontés et les perspectives pour mettre en œuvre la Déclaration d'Astana au niveau national.

Elle sera un véritable point de départ pour le renouveau des soins de santé primaires dans le pays.

- *Intervention 2 : Développement et mise en œuvre d'une stratégie de relance des soins de santé primaire en RDC*

Le développement d'une stratégie de relance des soins de santé primaires passera par : (i) l'évaluation de la fonctionnalité des zones de santé en particulier et la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires en général , (ii) l'élaboration d'une stratégie de relance des soins de santé primaires sur base des résultats de cette évaluation pour renforcer la dynamique actuelle en faveur de la CSU, (iii) inclure dans le budget de l'état et accroitre le financement pour le développement des soins de santé primaires, (iv) prévoir dans les financements extérieurs une part conséquente dédiée au développement des soins de santé primaires dans le pays (v) poursuivre la réforme du niveau intermédiaire pour créer les conditions d'une offre des soins de santé intégrés centrés sur la personne à tous les niveaux.

4) *Sous axe 1.4 : Amélioration et assurance de la qualité des services de santé suivant une politique et stratégie nationale sur la qualité santé incluant une approche d'accréditation des établissements de santé tant publics que privés*

L'offre des services et des soins de santé de qualité sur l'étendue du territoire national auxquels les populations peuvent accéder est une exigence fondamentale de la CSU, quel qu'en soit le fournisseur : le secteur public ou privé.

Pour permettre d'aller vers une amélioration continue de la qualité des soins et services de santé publics, il faudra mettre en place les interventions prioritaires suivantes :

- *Intervention 1 : Rendre disponibles et de façon permanente les intrants essentiels pour assurer la qualité des soins dans les formations sanitaires*

Il s'agit du personnel de santé qui doit être bien formé, des médicaments et produits de santé de qualité, des ordinogrammes des soins et les protocoles thérapeutiques, de l'eau potable et de l'énergie**.** En outre, chaque Formation sanitaire devra disposer d'une infrastructure de gestion des déchets biomédicaux.

- *Intervention 2 : Mettre à l'échelle la stratégie de la démarche qualité intégrée (DQI) et ses outils*

Il s'agira notamment de promouvoir des stratégies incitatives en faveur de la démarche qualité.

- *Intervention 3 : Instituer au niveau national et provincial un système d'accréditation des établissements des soins et des prestataires*

L'accréditation est un des moyens reconnus pour vérifier régulièrement si les critères prédéfinis de qualité sont remplis par les postulants à l'accréditation. Elle est normalement faite par un organe externe indépendant. Le programme d'accréditation des Formations sanitaires s'étendra aussi au secteur privé à but lucratif ou non lucratif.

- *Intervention 4 : Renforcer le système de supervision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire*

La supervision permettra d'assurer des redressements progressifs de la mauvaise pratique si le volet formatif est renforcé.

- *Intervention 5 : Mettre à l'échelle les mesures de Prévention et de contrôle de l'infection (PCI)*

Il serait nécessaire d'élaborer un plan national d'amélioration de la PCI, car les indicateurs de la PCI sont considérés comme fiables pou la qualité des soins offerts dans les établissements de soins de courte durée.

Les mesures seront prises pour que le personnel de santé soit formé en PCI, que les intrants soient disponibles et que la PCI soit appliquée tant au niveau de Formations sanitaires qu'à celui de la communauté. Les évaluations périodiques devront être menées pour apprécier le niveau de la PCI et y proposer des actions correctrices.

- *Intervention 6 : Promouvoir une offre de prestation des services de qualité du privé non lucratif*

Parmi les actions prioritaires, il y a notamment : (i) la mise en place d'un cadre de concertation avec le secteur privé non lucratif ; (ii) la dotation en équipements, (iii) la réhabilitation des infrastructures, la fourniture d'eau et de l'électricité aux formations sanitaires.

- *Intervention 7 : Promouvoir une offre de prestation des services de qualité du privé lucratif*

Les actions essentielles vont consister à : (i) mettre en place un partenariat avec l'alliance du secteur privé de la santé (ASPS) ; (ii) réguler et assainir ce secteur en gardant clair à l'esprit que l'Etat a un rôle important de facilitation pour encourager les bonnes initiatives.

- *Intervention 8 : Mettre en place une Autorité de Régulation et de Contrôle de la CSU (ARC_CSU) en RDC*

L'ARC_CSU est une personne morale de droit public dotée de la personnalité civile. Au sein du dispositif de mise en œuvre de la CSU en RDC, ce service public aura pour mission principale de réguler et de contrôler le système de CSU ainsi que les prestations de santé inhérentes à lui.

5) *Sous axe 1.5 : Amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, notamment les épidémies, et les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire*

La CSU sera atteinte seulement quand les systèmes en place pourront assurer la continuité des offres de soins de santé à toute la population même en situations de catastrophe/ d'urgence, ainsi que la capacité de prévenir, detecter et riposter aux épidémies et autres évennements de santé publique.

En même temps, des prestations de soins de qualité et la confiance de la population envers les établissements de soins sont une condition préalable pour un système de surveillance qui fonctionne. Pour ce sous-axe, les interventions prioritaires suivantes seront menées :

- *Intervention 1 : Renforcer les capacités des structures et de la population à prévenir, détecter et riposter aux épidémies et autres urgences de santé publique*

Par l'application du règlement sanitaire international, surtout par le financement et la mise en œuvre du Plan d'Action national pour la Sécurité sanitaire nouvellement adopté. Ceci concerne le renforcement du système de surveillance et d'alerte précoce, des laboratoires, de la capacité de réponse rapide et de gestion clinique des cas, ainsi que les autres mesures de santé publique pour la prévention, la détection et la riposte aux urgences sanitaires.

- *Intervention 2 : Elaborer et mettre en œuvre un plan de contingence multirisque à vision multisectorielle*

En ce qui concerne les catastrophes naturels et urgences humanitaires, un plan de préparation et de contingence multirisque basé sur une évaluation compréhensive des risques aux urgences devra être développé pour chaque province, voire même chaque zone de santé. Ce plan permettra l'allocation des ressources nécessaires pour assurer la continuité des offres des soins de santé pour toute la population ainsi que le fonctionnement du système de santé même en situations d'urgence avec potentiellement des déplacements forcés de la population y compris les personnels de santé, la fermeture des structures de santé, la rupture de la chaine d'approvisionement d'intrants, du système de transport et de communication, etc.

Au-delà de renforcement des structures, c'est tout un effort de création d'un système résilient fonctionnant à travers l'alignement, la synergie entre l'offre, la demande des soins et les facteurs contextuels. Il s'emploie à maintenir ses performances lorsque les systèmes sont touchés par des crises attendues ou inattendues.

Par ailleurs, le Ministère de la santé prendra des mesures particulières pour s'assurer de l'amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité à différents niveaux du système national de santé. Ces mesures porteront notamment sur :

- Le développement des ressources humaines en santé ;
- L'amélioration du Système national d'approvisionnement en médicaments ;
- La gestion de l'information sanitaire ;
- Le financement des soins de santé.

3.4.2. Axe stratégique 2 : Extension de la protection contre les risques financiers liés à la maladie pour tendre vers l'assurance maladie universelle

Enoncé de la stratégie : L'élargissement de la protection financière consiste à réduire considérablement le nombre des individus et des ménages exposés au risque de s'appauvrir ou tout au moins aux conséquences financières liées à la maladie du fait de la consommation des prestations de santé qui leur sont nécessaires. Ceci se fera à travers des mécanismes d'adhésion obligatoire dûment ciblés, sans exclusion des pauvres.

Sous axes :

1. Prise en charge des indigents, des retraités non couverts, des chômeurs et des vulnérables par une assistance médicale ciblée et soutenable pour ne laisser personne en rade.
2. Extension progressive de la couverture du risque maladie au secteur informel et au monde rural.
3. Renforcement du régime d'assurance-maladie obligatoire pour les personnes exerçant dans le secteur formel.

1) *Sous axe 2.1. La prise en charge des indigents, des retraités non couverts, des chômeurs et des vulnérables économiques par une assistance médicale ciblée et soutenable pour ne laisser personne en rade.*

L'économie de la RDC repose largement sur le secteur informel et en particulier sur le monde rural où habite 70 % de la population.

La très grande majorité de la population exerce dans l'informel et dans le secteur agricole. Une grande frange de la population congolaise vit avec moins de 1 USD par jour par individu. La pauvreté est donc généralisée au sein de cette majorité qui ne bénéficie d'aucune protection sociale en général et d'aucune couverture santé en particulier. La très grande majorité de la population congolaise finance ses propres soins de santé par des paiements directs.

A titre d'exemple, les paiements directs par les ménages de soins d'épisodes de malaria grave de l'enfant atteignent, pour la moitié de ces ménages, jusqu'à 30 % de leurs revenus annuels, selon certaines études. Une infime partie de la population est couverte par des mutuelles de santé gérant une assurance maladie volontaire assortie des copaiements pouvant atteindre 70 % de la facture des soins consommés.

- *Intervention 1 : identification des personnes indigentes*

La prise en charge des indigents concerne la frange de la population qui ne pourra pas s'acquitter de droits d'adhésion et de cotisations aux mutuelles de santé. Un ciblage rigoureux permettra d'identifier les populations économiquement faibles, ayant droit à l'assistance médicale ; une telle disposition permettra une meilleure rationalisation des ressources. Le ministère en charge de l'action sociale en collaboration avec les services compétents des Entités territoriales décentralisées devra se doter de plus de moyens pour un ciblage rigoureux des indigents nécessaire à la soutenabilité des dispositifs d'assistance médicale qu'il faudra nécessairement mettre en place pour lutter contre l'exclusion.

Pour ce faire, il s'agira de capitaliser les plateformes et instruments existants, notamment le registre social unifié. D'autres approches sont actuellement pilotées. Elles utilisent onze dimensions de la pauvreté (e.g., revenu, conditions d'habitation, sécurité alimentaire, possessions de biens et moyens de productions etc…) sur la base de laquelle 10% des populations totales ont été identifiées comme indigents et ont reçu des soins de santé (Dr Mudekereza A., Munane S. et Byamungu J. 2019).

- *Intervention 2 : Affiliation et financement intégral sur ressources publiques des personnes indigentes et autres mentionnées dans le sous axe dans divers dispositifs de protection financière fonctionnels ou à créer selon les provinces*

Cette affiliation et le financement intégral de la prise en charge sanitaire des indigents par des ressources domestiques requièrent la mise en œuvre des réformes en finances publiques le plus rapidement possible. Ces réformes et l'amélioration de la gouvernance permettront de lever les goulots d'étranglement d'éxecution budgétaire et de rendre plus disponibles les resources financières déjà existantes.

- *Intervention 3 : Mettre en en place et/ou renforcer le fonctionnement des fonds d'équité et autres de compensation et d'égalisation des risques financiers afin de couvrir efficacement les besoins de santé des indigents et des vulnérables*

Certains mécanismes de subventionnement des soins au profit des indigents sont en place dans le pays. Ces mécanismes sont pour la plus part soutenus par des financements des bailleurs de fonds. L'intervention en question consistera à capitaliser ces mécanismes, à les renforcer au besoin et, dans tous les cas, à les intégrer dans le fonctionnement du mécanisme de la CSU dans le pays.

- *Intervention 4 : Basculement des bénéficiaires de l'assistance médicale vers les mutuelles de santé communautaires.*

Une stratégie de basculement des bénéficiaires de l'assistance médicale vers les mutuelles de santé sera mise en place pour progressivement pour réduire le coût de l'assistance médicale. Des initiatives de promotion d'activités génératrices de revenu pour lutter contre la pauvreté seront développées pour créer les conditions du passage de l'assistance à l'autonomie progressive pour les populations indigentes.

2) *Sous axe 2.2. Extension progressive de la couverture du risque maladie au secteur informel et au monde rural*

Les études montrent que le risque d'emprunter ou de vendre un bien pour soigner un cas de maladie endémique, notamment un cas de paludisme grave de l'enfant,

est plus élevé chez une personne travaillant dans le secteur informel que pour celui qui exerce dans le formel.

En revanche, ces études révèlent que tous sont poussés à emprunter ou à vendre des biens ou encore à recourir à une aide hors du ménage pour payer des soins paludiques graves de l'enfant.

- *Intervention 1 : Enrôlement des acteurs du secteur informel dans les mutuelles de santé et autres mécanismes de partage de risque existants au niveau des zones de santé et des provinces*

L'avancée vers l'assurance maladie universelle savère une condition de la protection de la quasi-totalité des populations contre le risque financier à lié la maladie. Elle se fera donc par une obligation d'adhésion pour les populations non soumises à des dispositions réglementaires les y contraignant, c'est à dire une obligation de dépense qu'il s'agira de rendre intelligemment effective. Ces populations évoluant dans le secteur informel environnent de la population en RDC. Elles constituent la cible prioritaire des stratégies à mettre en place pour l'extension de l'assurance maladie. Les associations et regroupements socioprofessionnels peuvent constituer une voie de couverture quasi-automatique.

Cette extension se fera par une mise en place progressive de mécanismes d'adhésion obligatoire, étant donné que l'adhésion sur une base volontaire pourrait constituer un obstacle majeur pour progresser vers la Couverture Sanitaire Universelle.

L'adhésion obligatoire à un dispositif d'assurance maladie, couverture de base, se fera de façon intelligente. Elle passera par l'institutionnalisation d'une obligation attachée ou couplée à des bénéfices (obtention de permis, registre de commerce, soumission aux marchés publics, accès aux micro-crédits, distribution de semences etc.) pour des segments de la population entretenant des relations avec l'Administration Publique. Elle favorisera un assouplissement des modalités d'adhésion, une amélioration du ciblage, un renforcement de l'équité et une

amélioration de la protection financière des ménages. De cette façon, l'enrôlement se fera progressivement, en adéquation avec l'Article 76[29] de la loi précitée.

- *Intervention 2 : Appui à l'adhésion aux mutuelles de santé et autres mécanismes de partage de risque existants*

Pour soutenir l'adhésion des populations aux mutuelles de santé, une subvention différenciée des cotisations sera mise en place par le gouvernement[30]. Dans certains pays, la subvention au tout venant est de 50% et 100% pour les indigents à affilier aux mutuelles de santé. La RDC adoptera son propre schéma en fonction de ses réalités et de ses possibilités.

- *Intervention 3 : Appui à l'amélioration du fonctionnement et de la gestion des mutuelles de santé communautaires et d'autres mécanismes de partage de risque existants*

La professionnalisation de la gestion des mutuelles de santé communautaires reste un grand défi. Le besoin de renforcement des capacités des gestionnaires de la mutualité devra être pris en charge pour améliorer le fonctionnement et la viabilité des mutuelles de santé qui bénéficieront également d'une subvention d'appui au fonctionnement aux niveaux de mise en commun. L'entité territoriale la plus décentralisée sera le niveau d'enrôlement et de collecte des cotisations. La mise en commun se ferait au niveau de la province pour réduire les coûts administratifs de gestion et pour faire encore mieux profiter de la solidarité entre mutualistes.

- *Intervention 4 : En partenariat avec les provinces, expérimentation de dispositifs innovants de protection financière ciblant les ménages du secteur informel*

Cette intervention consistera à encourager et à soutenir des initiatives locales (provinciales) offrant ou incluant une protection des membres contre les dépenses de santé catastrophiques.

[29] Article 76 : La mutuelle de sante peut organiser, en son sein, divers types de mutuelle suivant les centres d'intérêt des populations cibles, notamment des mutuelles d'entreprises, des mutuelles professionnelles ou corporatives, des mutuelles scolaires et étudiantes, des mutuelles de quartier ou de village, du secteur informel.

[30] La subvention proviendrait du fonds de solidarité santé destiné à financer la couverture sanitaire universelle.

3) *Sous Axe 2.3. Renforcement du régime d'assurance-maladie obligatoire couvrant des personnes exerçant dans le secteur formel*

La très grande majorité de la population qui exerce dans l'informel est exposée au risque de tomber dans la pauvreté en cas de consommation des services de santé. Toutefois, une grande partie des personnes exerçant dans le secteur formel public et privé est également exposée à ce risque.

Les dispositions de l'article 70 de la loi n°17/002 du 8 février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité, sont insuffisamment respectées, ce qui a pour conséquence une exposition aux risques financiers pour nombre d'acteurs des services concernés.

- *Intervention 1 : Faire respecter les dispositions légales concernant l'assurance maladie obligatoire pour le formel public*

Il s'agira d'abord de rendre effectives les dispositions légales en les faisant respecter par les employeurs-payeurs qui ont la possibilité de faire la rétention de cotisation à la source pour les employés du secteur formel public. L'Etat employeur donnera l'exemple.

- *Intervention 2 : Faire respecter les dispositions légales concernant l'assurance maladie obligatoire pour le formel privé*

A cet effet, il faudra un alignement des dispositions du Code du travail en rapport avec la protection sociale en santé à la loi sur la mutualité. L'inspection du travail et de la sécurité sociale veillera au respect de la loi portant mutuelle de santé pour les acteurs du secteur privé formel en RDC.

- *Intervention 3 : Rendre disponible une assurance complémentaire privée*

Des mutuelles complémentaires d'adhésion volontaire pourraient se développer conjointement pour couvrir le reste à charge supporté par l'assuré.

3.4.3. Axe Stratégique 3 : Renforcement de l'approche « Santé dans toutes les politiques publiques » pour réduire la charge de morbidité afin d'assurer la viabilité du dispositif de la couverture universelle en santé

Enoncé : Promouvoir un cadre de vie sain afin de réduire les risques des maladies endémiques, épidémiques, l'excès de charge de morbidité et des accidents qui causent la surmortalité.

A cet effet, la couverture et l'accès aux services de santé, d'eau potable, d'électricité, d'assainissement du milieu ainsi que de promotion d'un environnement propice à la santé seront étendus à l'ensemble des communautés à l'échelle nationale. Les conditions dans les transports terrestre, maritime et aérien seront améliorées et des mesures de protection appropriées seront renforcées pour sécuriser les usagers.

L'agriculture, la pêche et l'élevage seront développés pour combattre la faim. De plus, des actions de promotion d'une alimentation saine seront renforcées pour assurer une sécurité alimentaire pour tous et pour combattre la malnutrition au sein des communautés de base. Enfin, des réponses appropriées face aux situations d'urgence et aux catastrophes seront développées pour réduire l'impact négatif sur la santé des populations victimes, pour mitiger les risques sanitaires et pour développer la résilience. Dans cette visée, le pays s'emploiera à appuyer la recherche et le développement des solutions locales, plus efficientes et respectueuse des équilibres bio-écologiques, pour la prévention et le contrôle de diverses urgences de santé.

1) *Sous-axe 3.1 : Améliorer la couverture et l'accès des populations à l'eau potable*

L'accès de la population à l'eau potable est un droit garanti par la Constitution de la RDC en son article 48. Il fait partie de 9 cibles de la composante environnementale de l'objectif 3 de développement durable. La plupart des maladies diarrhéiques (dont le choléra qui est devenue endémique dans certaines provinces) sont favorisées par l'insuffisance de l'approviionnement en eau potable des communautés. On note également que seules 38% des formations sanitaires sont approvisionnées en eau potable, ce qui pose un sérieux problème de qualité des soins. Pour améliorer la couverture et l'accès de la population à l'eau potable, le gouvernement de la République va renforcer l'investissement dans les infrastructures de desserte en eau potable pour traduire ses énormes ressources d'eau douce en eau potable qui répond aux besoins de consommation afin d'améliorer l'accès de la population à l'eau potable.

- *Intervention 1 : Rendre disponible l'eau potable dans toutes les formations sanitaires du pays*

L'intervention 1 fera en sorte que l'eau potable soit disponible dans les formations sanitaires existantes et aussi dans toutes celles qui seront constuites, quels que soient la province et le lieu. L'approvionnement des formations sanitaires en eau potable devra être inclus dans les normes d'implantation des structures de santé.

- *Intervention 2 : Approvisionnement en eau potable des communautés qui vivent en milieux urbain et rural .*

L'intervention 2 va permettre de mener des actions pour que chaque ville et chaque agglomération du pays aient un système de desserte en eau potable fonctionnel en permanence, qui satisfait aux besoins des habitants. En milieu rural, il s'agira de la construction d'adductions gravitaires rurales et périurbaines ainsi que des forages d'eau souterraine à gestion communautaire, particulièrement pour des communautés isolées, sur l'ensemble du territoire national. Cette intervention se fera de façon progressive. Elle sera mise en œuvre de sorte que les premiers points d'adduction en eau potable puissent être implantés, en priorité, dans les parties du territoire national où les madadies dues à l'insuffisance en approvisionnement en eau potable, telles que le choléra, ont tendace à être endémiques.

- *Intervention 3 : Amélioration de la gouvernance et de la gestion des ouvrages*

A travers la présente intervention, il sera développé des actions pour renforcer l'application des lois et réglementations nationales et internationales sur l'eau. Il sera aussi développé des actions pour améliorer les capacités et les compétences en gestion des ouvrages aménagés et des réseaux de distribution d'eau à tous les niveaux, gage de durabilité.

2) *Sous-axe 3.2 : Renforcer les mesures d'assainissement du milieu et promouvoir un environnement propice à la santé*

L'environnement insalubre est souvent source de propagation des maladies qui mettent en danger la santé des personnes au sein des communautés. Pour réduire les risques des maladies liées à un environnement insalubre et malsain, le pays

doit mettre en œuvre et promouvoir des politiques qui visent la promotion d'un environnement favorable à la santé par des interventions de lutte contre l'insalubrité et de conservation de la nature.

- *Intervention 1 : Assainir les formations sanitaires des différents niveaux*

L'assainissement dont Il s'agit ici consiste à mettre en place, dans chaque formation sanitaire, un espace d'assainissement protégé doté d'un incinérateur, d'un trou à placenta, d'un trou à ordures et d'un dispositif pour gérer des déchets en verre. Il s'agit également de doter chaque structure de santé des latrines hygiéniques, des douches et des poubelles à ordures en quantité suffisante. Il s'agira en outre de faire en sorte que tous les outils qui contribuent à l'assainissement des formations sanitaires soient inclues dans les normes d'implantation des infrastructures sanitaires.

- *Intervention 2 : Développer des systèmes publics et privés de collecte et de traitement des déchets solides et liquides*

La gestion des déchets solides à travers de systèmes organisés de collecte, d'évacuation, de traitement et de transformation en chaines de valeurs, tels que le recyclage, le compostage des déchets organiques, la fabrication des pavés, la production de l'énergie, etc. améliore le cadre de vie en débarrassant l'environnement des nuisances liées aux déchets mal gérés et en décomposition. Les déchets non ou mal gérés polluent l'environnement et constituent des lieux de multiplication des parasites qui transmettent les maladies.

- *Intervention 3 : Renforcer l'hygiène collective et individuelle et une gestion saine de l'environnement et de la biodiversité*

Il s'agit d'abord de développer des actions pour la promotion, au niveau des communautés, des bonnes pratiques et des comportements favorables à l'hygiène, ensuite de porter à l'échelle de mesures de protection individuelle et collective et, enfin, de lutter contre les vecteurs des maladies transmissibles.

3) *Sous -axe 3.3 : Améliorer les conditions dans les transports et promouvoir des mesures de protection des usagers*

Les accidents de circulation sont en passe de devenir la principale cause des décès hospitaliers dans la ville de Kinshasa. Des transports améliorés associés aux bonnes

voies de communication régulièrement entretenues et en bon état facilitent la circulation des personnes et des biens et réduisent la survenue des accidents mortels ou générateurs de morbidités invalidantes et de longue durée. Ils facilitent aussi l'accès aux services de santé et améliorent la fluidité des approvisionnements.

Ainsi, investir dans la modernisation des voies et des moyens de transports et dans le renforcement de la règlementation dans les transports, constituent des mesures efficaces de sécurité de la population. Les interventions retenues dans le secteur de transport, qui est un support efficace pour progresser vers la CSU, sont les suivantes :

- *Intervention 1 : Renforcer la régulation dans le secteur de transport*

Il s'agit d'appliquer et faire respecter la réglementation en vigueur pour les différents types de transport. Des mesures phares dans ce domaine sont : (i) rendre obligatoire l'utilisation des casques chez les motocyclistes, (ii) l'introduction du code de la route dans le cursus scolaire, (iii) appliquer avec tolérance zéro la règlementation relative à la conduite en état d'ébriété, (iv) rendre obligatoire le contrôle technique des équipements de transports.

4) *Sous axe 3.4 : Renforcer l'agriculture, la pêche et l'élevage, puis promouvoir une alimentation saine des communautés afin de combattre la malnutrition dans toutes ses formes*

Comme cela a été mentionné précédemment, un enfant de moins de 5 ans sur cinq présente une insuffisance pondérale, dont 7 % sous la forme sévère. Plus de deux enfants de moins de 5 ans sur cinq (43 %) souffrent de malnutrition chronique ou d'un retard de croissance, dont 23 % sous la forme sévère. Pour combattre la malnutrition et assurer une sécurité alimentaire à l'ensemble de la population de la RDC, le pays doit exploiter ses énormes potentiels agricoles, ses ressources marines et de pêche, et ses ressources pastorales. Il doit donc les mettre en valeur. Les interventions prioritaires dans ce domaine sont les suivantes:

- *Intervention 1 : Améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle*

Il s'agit de développer et de mettre en œuvre : (i) la promotion des programmes d'investissements publics et privés pour accroitre la production agro-pastorale et celle de la pêche (ii) assurer un encadrement des populations des milieux ruraux

dans les techniques de diversification de rentabilisation de l'agriculture, de pêche et d'élevage ; promouvoir la consommation des aliments de qualité et promouvoir des pratiques alimentaires saines.

- *Intervention 2 : Renforcer des mesures de prophylaxie et de lutte contre les zoonoses*

A travers cette intervention, il faut opérationnaliser des programmes de prophylaxie par la vaccination des animaux et de surveillance des maladies d'animaux à l'intérieur du pays et aux frontières.

5) *Sous-axe 3.5 : Promouvoir la coordination de l'action et le développement des solutions locales, respectueuses des équilibres bio-écologiques, pour la prévention et le contrôle de diverses urgences de santé*

La RDC est connue pour disposer d'une réserve de pharmacopée traditionnelle variée. Cette pharmacopée a été mise à contribution à quelques reprises pour en venir à bout de certains défis de santé auxquels a été confronté le pays. Pour exploiter pleinement ce potentiel au profit du pays et du monde, le dispositif de la CSU au pays devra mettre en place un cadre de financement de la recherche biomédicale, dont les essais cliniques et vaccinaux. Une collaboration plus active avec les praticiens de la médecine traditionnelle sera également promue.

D'un autre côté, conformément aux engagements internationaux du pays et en accord avec l'agenda de l'Union Africaine en la matière, la RDC mettra en place un Institut de Santé Publique chargé de coordonner l'action multisectorielle de prévention et de riposte face aux épidémies et autres urgences de santé.

- *Intervention 1 : Mettre en route un cadre de collaboration avec les institutions de recherche et les chercheurs indépendants actifs dans le domaine des essais cliniques et vaccinaux*

Par cette intervention, le dispositif de CSU appuiera le Conseil Scientifique National dans la mise en route d'une collaboration agissante avec les institutions et les personnes à même de mener des essais cliniques et vaccinaux crédibles, partant de la pharmacopée traditionnelle congolaise et agissant seules ou en collaboration avec d'autres instituions ou personnes à travers le monde. Le but de cette collaboration est de tirer de cette pharmacopée des médicaments, des vaccins ou

d'autres procédés thérapeutiques susceptibles d'être utiles dans la prévention ou dans la prise en charge des urgences et des autres problèmes de santé comportant le risque d'alourdir la charge de morbidité ou d'éprouver le systèmed'offre de services de santé.

- *Intervention 2 : Mettre en place en RDC, un Institut National de Santé Publique chargé de coordonner la prévention et la riposte contre les épidémies et autres urgences de santé*

Cette institution aura la charge de coordonner l'action de prévention et de riposte contre les épidémies et les urgences de santé. Pour cela, elle travaillera en collaboration étroite avec les services du ministère de la Santé Publique, notamment la Direction Générale de la lutte contre la maladie. De plus, elle organisera et elle développera le réseau national de laboratoires de santé publique. Dotée d'une autonomie de gestion, elle sera placée sous la tutelle du Ministre ayant la santé publique dans ses attributions.

6) Sous -axe 3.6 : Promouvoir la littératie en santé

La littératie en santé désigne la capacité d'un individu à trouver de l'information sur la santé, à la comprendre et à l'utiliser dans le but d'améliorer sa propre santé ou de développer son autonomie dans le système de santé. La littératie en santé relève de la prévention et de la promotion de la santé, en engageant les individus dans des actions de santé publique, ainsi qu'en les impliquant dans les décisions concernant leur propre santé. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la littératie en santé correspond aux « aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé » (Glossaire de la promotion de la santé Genève, 1998). Elle suppose une continuité de l'apprentissage pour permettre aux individus d'atteindre leurs objectifs, de développer leurs connaissances et leur potentiel et de participer pleinement à la vie de leur communauté.

Les études montrent qu'un faible niveau de littératie est associé à :

- une augmentation de la morbidité et de la mortalité prématurée ;
- une prévalence plus élevée des facteurs de risque ;
- une autogestion moins efficace des maladies chroniques ;

- une participation plus faible au dépistage et vaccination ;
- une durée de soins plus longue et une utilisation inadéquate des médicaments ;
- des coûts plus élevés pour le système de santé.

Inversement, un niveau élevé de littératie en santé a un impact positif sur la santé de la population et sur les facteurs sociaux. La population est plus réceptive aux messages de prévention et fait davantage de lien entre les messages et sa situation. Elle est plus en mesure d'effectuer des choix en matière de santé et de modifier ses comportements. De manière générale, les populations ayant un niveau élevé de littératie en santé ont un état de santé perçu meilleur.

En ayant une idée positive de la santé en raison d'un niveau de littératie meilleur, la population participe davantage à la lutte contre les facteurs de risque s'engageant dans des programmes de prévention.

- *Intervention : Pour obtenir une meilleure littératie en santé, les interventions auront trait à l'éducation à la santé, aux médias, aux autorités locales, aux mutualités et aux entreprises.*

3.4.4. Axe stratégique 4 : Gouvernance et gestion du système national de CSU

Enoncé de la stratégie : L'amélioration de la gouvernance de la CSU va consister à créer les conditions dans lesquelles les différentes parties prenantes interviennent. Elles le feront de façon coordonnée, complémentaire pour plus d'efficacité et d'efficience dans l'ensemble du programme. Cet axe stratégique comprend quatre sous axes qui sont : (i) la mise en place/renforcement des mécanismes de coordination de la CSU à tous les niveaux, (ii) la production et l'utilisation de l'information pour une prise des décisions basée sur l'évidence, (iii) la mise en place des mécanismes de redevabilité à tous les niveaux, (iv) l'accélération des réformes sectorielles et transversales qui ont un impact sur l'instauration de la CSU et (v) le renforcement du partenariat national et international en faveur de la CSU.

1) Sous-axe 4.1 : Promouvoir la coordination de la CSU à tous les niveaux

La coordination de différentes parties prenantes qui interviennent dans la CSU est confiée au Comité Technique de Coordination qui en rend compte au Comité de Pilotage du Conseil National de la CSU. Les structures sectorielles et même

thématiques agissant dans la mise en œuvre de la CSU auront à leurs niveaux des mécanismes de coordination adaptés. Les activités à mener dans le cadre de ce sous- axe viseront à faciliter et maintenir l'implémentation, le déploiement et le fonctionnement du CTC_CNCSU et des dispositifs sectoriels de coordination.

2) *Sous-axe 4.2 : Production et utilisation de l'information pour une prise des décisions basée sur l'évidence dans le cadre de la CSU*

Ce sous-axe va consister à faire en sorte que l'information de qualité qui couvre tous les domaines d'intervention de la CSU (offre des services de santé de qualité, protection contre le risque financer, déterminants de la santé et actions transversales) soit produite en temps réel pour la prise de décision à tous les niveaux de l'appareil de l'Etat. Les interventions à mettre en œuvre dans ce domaine sont :

- *Intervention 1 : Définir l'architecture du système d'information pour la CSU*

Il s'agira ici, à partir du système d'information sanitaire existant, de mettre en place un système d'information pour la CSU qui inclura tous les secteurs impliqués dans l'instauration de celle-ci. Pour ce faire, l'Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et de l'Informatique de la santé (ANiCiiS), existant comme service public du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, sera transformée en un établissement public à caractère technique, doté d'une autonomie administrative et financière.

- *Intervention 2 : Appuyer le renforcement des systèmes d'information sectoriels*

Les systèmes d'information sectoriels existants seront évalués et les plans de renforcement et d'amélioration de la qualité des données seront élaborés et mis en œuvre à tous les niveaux. Ce travail sera réalisé sous la conduite de la nouvelle ANiCiiS.

- *Intervention 3 : Digitaliser le système d'information de la CSU*

Cette action va consister à élaborer et à mettre en œuvre un plan de transformation du système d'information actuelle basée sur des supports « papiers » à un système

digitalisé pour faciliter la collecte, l'analyse, la diffusion de l'information ainsi que la prise de décision en temps réel. Ce travail sera conduit par la nouvelle ANiCiiS.

3) *Sous-axe 4.3 : Mise en place des mécanismes de redevabilité à tous les niveaux*

Des mécanismes de redevabilité seront mis en place à tous les niveaux. Il s'agit d'amener les acteurs à tous les niveaux à rendre compte des résultats, mais aussi de l'utilisation des ressources mises à leur disposition. Le Conseil des Ministres au niveau national sera l'espace dans lequel les ministres sectoriels impliqués dans la CSU rendront compte régulièrement au Premier Ministre des résultats enregistrés dans la mise en œuvre des actions inscrites dans leurs feuilles de route respectives. Le Premier Ministre disposera pour ce faire d'un tableau de bord extrait de la feuille de route nationale pour suivre les actions sectorielles et transversales relatives à la CSU. Les mécanismes constitutionnels de suivi de l'action gouvernementale par le Parlement seront activés pour permettre au gouvernement de rendre compte de son action relative à la CSU. La conférence des gouverneurs sera mise à profit pour instaurer la redevabilité des gouvernements provinciaux envers le Chef de l'Etat. Cette redevabilité se fera sur base des feuilles de route provinciale. Au niveau provincial, les ministres ayant en charge les domaines d'intervention de la CSU rendront compte de leurs actions aux gouverneurs au cours des conseils des ministres à ce niveau. Les revues annuelles deviendront des plateformes de redevabilité et de responsabilité au niveau de chaque secteur.

4) *Sous-axe 4.4 : Accélération des réformes sectorielles et transversales ayant un impact sur l'instauration de la CSU*

Dans le but de garantir une meilleure progression vers la CSU, des mesures devront être prises pour accélérer les reformes sectorielles et transversales qui ont un impact sur l'instauration de la CSU. Les interventions suivantes devront être entreprises :

- *Intervention 1 : Accélérer la mise en œuvre de la décentralisation politique et administrative*

La décentralisation politique et administrative est une réforme transversale qui a un impact sur l'instauration de la CSU dans ce sens qu'elle devra permettre aux provinces et aux ETD de disposer des compétences et des ressources nécessaires à

la réalisation de leurs compétences constitutionnelles dont le développement des SSP. Le processus actuel de la décentralisation sera évalué et un plan d'accélération de la réforme élaboré et mis en œuvre.

- *Intervention 2 : Mettre en œuvre la réforme des finances publiques*

La réforme des finances publiques va contribuer à améliorer l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources et améliorer ainsi les chances de faire des avancées vers la CSU. Elle démarrera en 2020 dans les secteurs prioritaires dont celui de la santé. Les secteurs concernés et qui sont impliqués dans la CSU vont se préparer à la mise en œuvre de la réforme d'ici 2023. Parmi les actions relatives à cette préparation, on peut citer la mise en place des directions administratives et financières, le renforcement des capacités des acteurs dans la planification stratégique, etc.

- *Intervention 3 : Accélérer la mise en œuvre des réformes sectorielles.*

Cette intervention comprend les actions suivantes : (i) renforcer les capacités des structures en charge de la mise en œuvre des réformes au MSP, (ii) évaluer l'état d'avancement de la mise en œuvre des réformes, (iii) documenter le processus de mise en œuvre des réformes (leçons apprises, défis, etc.), (iv) élaborer et mettre en œuvre un plan d'accélération de la mise en œuvre des réformes sectorielles incluant une stratégie de levée des goulots, des résistances.

5) *Sous-Axe 4.5 : Renforcement du partenariat national et international en faveur de la CSU*

Au niveau national, un partenariat public privé (PPP) efficace sera mis en place pour promouvoir la contribution du secteur privé lucratif et non lucratif à l'instauration de la CSU. Ce partenariat couvrira aussi bien l'offre des services de santé que le financement de ce dernier. Le Partenariat au développement sera renforcé pour améliorer l'efficacité de l'aide. Au niveau provincial, le PPP sera développé pour encourager les acteurs qui interviennent à ce niveau à améliorer leur contribution en faveur de la CSU.

6) *Sous-axe 4.6 : Recherche et innovations*

La recherche opérationnelle et l'innovation seront encouragées pour promouvoir des approches les plus adaptées au développement de l'offre des services de santé

de qualité et au déploiement de l'assurance maladie sur toute l'étendue de la République.

7) Sous-axe 4.7 : Renforcement de l'inspection et contrôle

L'inspection et le contrôle seront renforcés à tous les niveaux. Ils seront effectués au niveau sectoriel par les structures qui ont l'inspection et le contrôle dans leur responsabilité, et au niveau national, par la Cour des Comptes. Les structures en charge de l'Inspection et du Contrôle seront dotées des ressources conséquentes pour leur permettre de remplir leur mission de façon efficace et sans conflit d'intérêt.

3.4.5. Axe stratégique 5 : Mobilisation des ressources en faveur de la CSU

Le PNDS 2019-22 donne un déficit de financement moyen de 1,8 milliard USD par an de 2019 à 2030. Le déficit de financemt équivaut à 20% du budget et à 2,4% du PIB sur cette période. Si aucune décision politique n'est prise pour sortir du statu quo actuel, le financement du secteur de la santé ne pourra pas permettre la réalisation de la CSU. En effet, les niveaux actuels de financement planifié, budgétisé et prévisible du système de santé sont loins de subvenir aux besoins sanitaires les plus élémentaires décrits dans le plan santé à moyen terme ou dans les plans nationaux à plus long terme. Des solutions techniques sont possibles. Pourtant, elles ne pourront être réalisées qu'avec un appui politique fort et sans équivoque.

1) **Allocation budgétaire** - En mettant l'accent sur les dépenses intérieures de santé, celles-ci pourraient passer de 180 millions USD en 2019 à 280 millions USD en 2022 (le scénario du statu quo serait de 225 millions USD en 2022). Ensuite, si le secteur de la santé réussit à plaider en faveur d'une plus grande part du budget national, les dépenses intérieures totales consacrées à la santé pourraient être multipliées par trois d'ici 2030 par rapport à la projection du scénario de statu quo pour 2030.
2) **Taxes spécifiques** - Sept taxes spécifiques différentes ont été analysées. La moyenne des taxes spécifiques permettrait de réduire le déficit de financement de la santé de 5%, soit 80 millions USD par an. Il est clair que les trois meilleures options en termes de score et d'échelle des revenus potentiels seraient de taxer

les industries extractives pour la santé, d'imposer des taxes sur le tabac et les alcools ou de prélever une taxe sur les compagnies aériennes.

3) **Efficacité** - Les ressources nécessaires à la santé pourraient être moindres si le même montant était dépensé plus efficacement. L'analyse a montré qu'il était possible de réduire les besoins en ressources de santé de 500 millions USD par an sur l'ensemble de la période, ce qui réduirait ainsi le déficit de financement de plus de 40% d'ici 2030. Ces gains augmenteraient avec le temps plutôt que d'être également répartis; à partir de 60 millions en 2020 et à 1 milliard USD en 2030.

- *Intervention 1 : Améliorer l'efficience dans l'utilisation des ressources existantes*

La première intervention à mettre en œuvre dans ce domaine sera l'amélioration de l'efficience dans l'utilisation des ressources existantes pour produire plus des résultats (amélioration du taux de décaissement, plus de transparence dans l'exécution du budget, améliorer la sincérité budgétaire, arrêter de rémunérer les fictifs, rationaliser les prescriptions médicales, etc.). Pour ce faire, une étude d'efficience sera menée dans le secteur de la santé. Elle permettra de mesurer l'importance des ressources qui sont gaspillées chaque année, elle identifiera les domaines dans lesquels des économies d'échelle peuvent être réalisées et proposera des mesures à prendre. Les mesures en vue d'améliorer l'efficience seront étendues à l'aide au développement.

- *Intervention 2 : Accroitre les ressources budgétaires en faveur de la santé*

La seconde mesure va consister à mobiliser davantage des ressources budgétaires en faveur de la santé dans le but de réaliser dans le moyen termes, soit dans les dix années qui suivent, l'engagement pris par les Chefs d' Etat à Abuja en 2001 selon lequel 15% des ressources du gouvernement seront consacrés à la santé.

- *Intervention 3 : Mettre en place des financements innovants dédiés à la santé*

La troisième intervention consistera à prendre des mesures pour mettre en place des financements innovants dédiés à la santé au niveau national, provincial et local. Au niveau national, ces financements serviront notamment à alimenter la caisse d'assurance maladie en faveur des indigents et autres vulnérables. Au niveau

provincial et local (Entités Territoriales Décentralisées), ces ressources seront utilisées pour financer la revitalisation des soins de santé primaire (extension de la couverture sanitaire, etc.).

- *Intervention 4 : Promouvoir le financement privé en faveur de la santé*

Le financement privé à la fois lucratif et non lucratif sera encouragé. Des mesures seront prises pour que les entreprises privées, y compris dans le domaine minier qui s'installent en RDC apportent une contribution substantielle au financement de la santé.

- *Intervention 5 : Mobiliser la caisse de péréquation en faveur des investissements dans le secteur de la santé*

Le lancement de la caisse nationale de péréquation est une opportunité pour accroitre les ressources destinées aux investissements dans le secteur de la santé.

Toutes les stratégies et interventions clés de la CSU en RDC peuvent être représentées dans le schéma suivant, qui indique également les piliers de l'action, et les instruments de faciciltation de leur mise en œuvre :

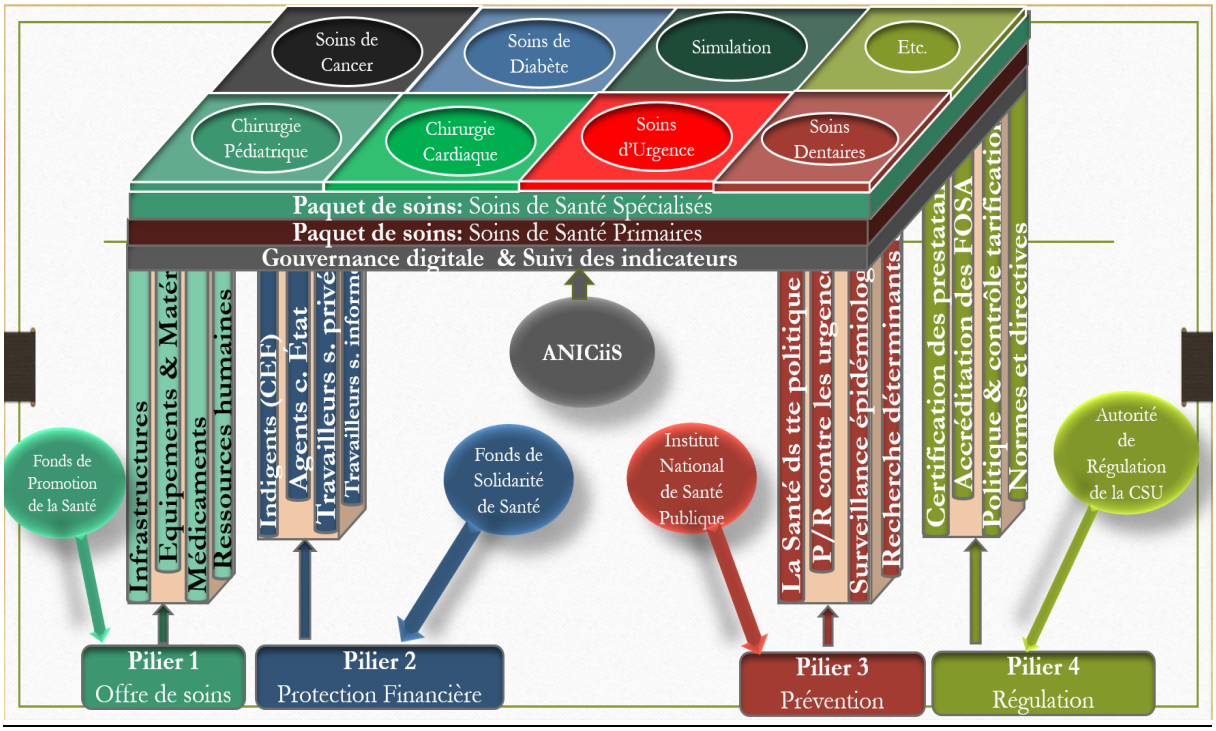


Figure 7 : Piliers, interventions clés, et instruments de facilitation de la mise en œuvre de la CSU en RDC.

CHAPITRE IV : ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS DE LA CSU

4.1. Organes de pilotage et de coordination de la CSU en RDC

4.1.1. Au niveau national

Le Conseil National de la Couverture Santé Universelle (CN-CSU) est l'organe suprême du dispositif de la CSU en République Démocratique du Congo. Il constitue le cadre de redevance de toute l'action en CSU au pays devant le Président de la République. Le CN-CSU a comme mission de définir la politique nationale de la CSU et de s'assurer de sa mise en œuvre efficace et efficiente en accord avec ses orientations. Pour ce faire, le CN-CSU est chargé de (i) définir les grandes orientations relatives à la couverture universelle en santé en RDC et au développement du capital humain en rapport avec cette dernière, (ii) assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre des interventions relatives à la Couverture Santé Universelle en RDC ; (iii) délibérer sur toutes les questions relatives à la Couverture Santé Universelle en RDC et (iv) mobiliser les ressources en faveur de la CSU en RDC. Le CN-CSU comprend deux organes : le Comité de Pilotage et le Comité Technique de Coordination.

- **Le Comité de Pilotage (CP_CSU) :**

C'est l'organe de conception, d'orientation et de suivi de la mise en œuvre des interventions relatives à la Couvertuse Santé Universelle en RDC.

Les membres du Comité de Pilotage sont :

1. Le Président de la République, qui le préside
2. Le Premier Ministre
3. Le Directeur de Cabinet du Président de la République
4. Les membres du Gouvernement ayant dans leurs attributions :
    a. l'Administration du Territoire
    b. l'Environnement
    c. les Insfrastructures, travaux publics et reconstruction
    d. le Plan
    e. le Budget
    f. la Défense
    g. l'Enseignement primaire, secondaire et technique
    h. la Santé

i. les Finances
j. l'Agriculture
k. l'Enseignement supérieur et universitaire
l. la Prévoyance sociale
m. les Affaires sociales
n. la Recherche scientifique
o. le Genre, famille et enfants

5. Le Conseiller Spécial du Président de la République en charge de la Couverture Maladie Universelle.

Le Comité de Pilotage est présidé par le Président de la République et, en son absence, par le Premier Ministre.

Le Conseiller Spécial du Président de la République en charge de la Couverture Maladie Universelle est le Secrétaire du Comité de Pilotage.

Le Comité de Pilotage se réunit en session ordinaire deux fois par an et, en session extraordinaire, chaque fois que cela est nécessaire, sur convocation de son Président.

Le Secrétaire prépare l'ordre de jour des réunions et les soumet à l'approbation du Président. Il en rédige également les comptes rendus, et assure le suivi des recommandations et orientations.

- **Le Comité Technique de Coordination (CTC_CSU)** :

C'est l'organe de coordination de l'action et des acteurs de la CSU en RDC. Il est composé de :

1. Le Conseiller Spécial du Président de la République en charge de la Couverture Maladie Universelle
2. Un délégué du Premier Ministre
3. Les Secrétaires Généraux des ministères dont les Ministres siègent au Comité de Pilotage de la CSU
4. Le Directeur Général du Fonds de Promotion de la Santé
5. Le Directeur Général du Fonds de Solidarité de la Santé
6. Le Directeur Général de l'Agence Nationale de l'Ingénierie Clinique, de l'Information et de l'Informatique de la Santé

7. Le Directeur Général de l'Autorité de régulation de la prestation en santé
8. Le Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique/CDC_RDC
9. Un Représentant du patronat
10. Un Représentant de l'intersyndicale.

Le CTC-CSU aura pour mission de : (i) valider l'ensemble des interventions pour la mise en œuvre de la CSU, (ii) faire le suivi de l'ensemble des interventions relatives à la CSU, (iii) formuler les recommandations à adresser aux différents acteurs de mise en œuvre de la CSU, assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations des différentes réunions, rédiger les rapports trimestriels, semestriels et annuels de suivi de la mise en œuvre de la CSU, (iv) préparer les réunions du Comité National Multisectoriel de la CSU, (v) préparer avec le Secrétariat du Gouvernement, les rapports d'étapes et les points à inscrire aux Conseils des ministres en rapport avec la CSU, (iv) organiser des revues périodiques sur base des résultats techniques et des rapports financiers de la mise en œuvre des actions relatives à la CSU.

Le Conseiller Spécial du Président de la République en charge de la Couverture Maladie Universelle dirige le CTC_CSU, dont il est le Coordonnateur. Dans l'exécution de ses tâches, le Coordonnateur est assisté d'un cabinet et d'un pool d'experts permanents. Il peut recourir à toute expertise requise pour des tâches spécifiques.

Le CTC_CSU se réunit au moins une fois par semaine ; mais en cas de nécessité et d'urgence, il peut se réunir plus d'une fois, sur convocation et sous la présidence de son Coordonnateur.

4.1.2. Au niveau provincial

Le Comité Provincial de la CSU (CP-CSU) est l'organe d'orientation de la CSU au niveau provincial. Le Gouverneur de la Province en assure la présidence et le vice-gouverneur en assurera la vice-présidence. Les autres membres sont les Ministres provinciaux en charge des portefeuilles dont question au point précédent. Le Ministre provincial en charge de la Santé en est le Secrétaire-Rapporteur.

Le CPMP-CSU aura pour mission de : (i) s'assurer de la mise en œuvre des orientations nationales relatives à la CSU au niveau provincial, (ii) adapter , le cas échéant, les orientations nationales au contexte provincial, (iii) mobiliser les

ressources provinciales en faveur de la CSU, (iv) assurer l'équité dans la mise à disposition des ressources entre entités territoriales décentralisés et (v) assurer le suivi de la mise en œuvre de toutes les interventions relatives à la CSU dans la province.

Le CP-CSU se réunit une fois par trimestre ou en session extraordinaire sur convocation de son président.

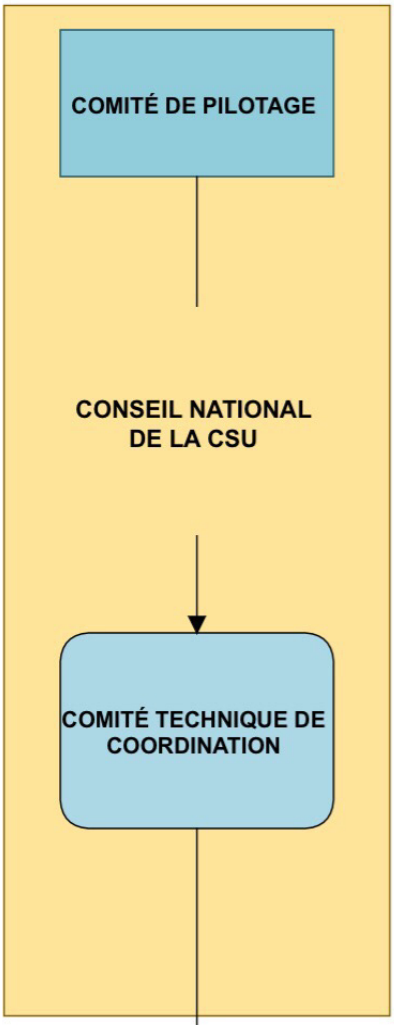
4.1.3. Au niveau local

Le Comité Local de la CSU (CL-CSU) est l'organe d'appui des activités CSU présidé par le maire de la ville ou l'administrateur du territoire, selon le cas. Le maire-adjoint ou l'administrateur de territoire- adjoint en assurera la vice-présidence. Les membres du CLM-CSU sont : (i) le médecin chef de zone de santé, (ii) le chef de bureau en charge des finances et budget et, (iii) le chef de bureau en charge de la prévoyance sociale, (iv) l'inspecteur agricole du territoire, (v) le chef de bureau en charge de l'eau, (vi) le chef de bureau en charge de l'assainissement.

Le CLM-CSU aura pour mission de : (i) assurer la mise en œuvre des actions relatives à la CSU au niveau local, (ii) mobiliser les ressources locales en faveur de la CSU, (iii) assurer la coordination de tous les acteurs qui interviennent dans la CSU au niveau local, (iv) mettre en œuvre les interventions sur le terrain.

Le CLM-CSU se réunira une fois par trimestre ou en session extraordinaire sur demande de son président ou de l'un de ses membres.

Le Secrétariat du CLM-CSU sera assuré par le Médecin Chef de Zone de Santé.



COMPOSITION
1. SEM le Président de la République
2. SEM le Premier Ministre
3. SEM le Directeur de Cabinet du Président de la République
4. Leurs Excellences les Ministres ayant dans leurs attributions :
L'Administration du Territoire
L'Environnement
La Fonction Publique
Les Infrastructures, Travaux Publics, et Reconstruction
Le Plan
Le Budget
La Défense
L'Enseignement Primaire, Secondaire, et Technique
La Santé
Les Finances
L'Agriculture
L'Enseignement Supérieur et Universitaire
La Prévoyance Sociale
Les Affaires Sociales
La Recherche Scientifique
Les Genre, Famille et Enfants
5. Le Conseiller Spécial du Président de la République en charge de la Couverture Maladie Universelle

COMPOSITION
1. Le Conseiller Spécial du Président de la République en charge de la Couverture Maladie Universelle
2. Un délégué du Premier Ministre
3. Les Secrétaires Généraux à:(Tous les ministères dont les Ministres sont membres du
Comité de Pilotage)
4. Le Directeur Général du Fonds de Promotion de la Santé
5. Le Directeur Général du Fonds de Solidarité de la Santé
6. Le Directeur Général de l'Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et d'Informatique de la Santé
7. Le Directeur Général de l'Autorité de Régulation de la Prestation en Santé
8. Le Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique/CDC_RDC
9. Un représentant du patronat
10. Un représentant de l'intersyndicale

COMPOSITION
1. SEM le Gouverneur de Province
2. Leurs Excellences les Ministres provinciaux ayant dans leurs attributions :(Tous les secteurs dont les Ministres sont membres du Comité de Pilotage)
3. Le Directeur Provincial du Fonds de Promotion de la Santé
4. Le Directeur Provincial du Fonds de Solidarité de la Santé
5. Le Directeur Provincial de l'Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et d'Informatique de la Santé
6. Le Directeur Provincial de l'Autorité de Régulation de la Prestation en Santé
7. Le Directeur Provincial de l'Institut National de Santé Publique/CDC_RDC
8. Un représentant provincial du patronat
9. Un représentant provincial de l'intersyndicale

COMPOSITION
1. L'Administrateur du Territoire/le Bourgmestre de la Commune
2. Le/les Médecin(s) Chef(s)de Zone de Santé
3. Les Chefs de Bureau (tous) dont les portefeuilles sont membres du CP_CSU
4. Un représentant local de l'intersyndicale
5. Le représentant local de la/des mutuelle(s) de santé
6. Le/les Directeur(s)de l'Agence/des Agences d'Achat de Prestations de Santé

Figure 8 *: Organes de pilotage et de coordination de la CSU en RDC*

4.2. Cadre et dispositif de mise en œuvre

La marche vers la CSU est unique et propre à chaque pays qui apprend des expériences des autres. La RDC est dans un contexte particulier d'un processus transformationnel à long terme tirant bénéfice des opportunités existantes. Elle s'inscrit en droite ligne des recommandations de la Conférence d'Astana (2018) qui rétablit la place des soins de santé primaires. Ensuite, elle s'enrichit de la réalité des menaces actuelles et à venir dans le cadre de la sécurité sanitaire mondiale pour bâtir un système de santé résilient comme fondement de la CSU.

C'est pour cette raison que la mise en oeuvre de la CSU privilégie :

a) l'alignement de l'offre ainsi que de la demande des services de santé de qualité en cohérence avec la maîtrise des déterminants de la santé pour un système de santé résilient et qui respecte ses fonctions et objectifs dans un environnement toujours changeant ;

b) le renforcement de la gouvernance interne constamment améliorée où tous les plans stratégiques sectoriels sont en harmonie et où toutes les ressources tant internes qu'externes sont bien coordonnées.

Le dispositif de mise en œuvre de la CSU en RDC comprend :

4.2.1. Les services attitrés des ministères impliqués dans la CSU

La mise en œuvre des interventions/actions relatives à la CSU repose entre autres sur les ministères et autres services publics au niveau national et provincial dans les limites des responsabilités constitutionnelles des uns et des autres. Ces actions sont reprises dans la feuille de route nationale qui, elle-même, se décline en (et procède des) feuilles de route sectorielles et provinciales. On peut citer notamment :

- Le ministère de la Santé Publique, Hygiène et Protection sera responsable du développement et l'amélioration de l'offre et de la qualité des services. Il assumera également la coordination et la régulation des interventions de toutes les parties prenantes à l'offre de services de santé, y compris des partenaires nationaux et internationaux, des acteurs du secteur privé lucratif et non lucratif qui organisent les services de santé dans le pays.

- Le ministère en charge de l'Enseignement Supérieur et Universitaire aura la responsabilité d'améliorer l'offre et la qualité des services de santé offerts dans les cliniques universitaires.
- Les services médicaux de l'armée et de la police auront la responsabilité d'améliorer l'offre et la qualité des services qu'ils organisent.
- Le Ministère en charge de la protection sociale aura la responsabilité de superviser l'encadrement de la demande et la protection financière des utilisateurs des services de santé, notamment via l'implantation de l'assurance maladie sur toute l'étendue du territoire national**.**
- Les ministères en charge du transport, de ressources hydraulique et l'électricité, de l'agriculture, de la pêche et de l'élevage s'assureront que les actions à prendre à leur niveau pour agir sur les déterminants de la santé et réduire la charge de la morbidité sont effectivement prises. Elles s'harmonisent avec le déroulement de la feuille de route nationale.
- Le ministère en charge de la décentralisation et des réformes institutionnelles aura la responsabilité d'accélérer la mise en œuvre des réformes transversales qui ont un impact potentiel sur l'instauration de la CSU.
- C'est le cas du transfert des charges, des compétences et des ressources aux provinces et aux ETD, la mise en place de la fonction publique provinciale et de la fonction publique locale, la mise en place de la caisse de péréquation, etc.
- Les ministères des finances et du budget auront, chacun en ce qui les concerne, la responsabilité de mobiliser et de mettre à disposition en temps réel les ressources budgétaires auprès des services en charge de réaliser les activités de la feuille de route de la CSU.

4.2.2. Le Fonds de Promotion de Santé

Le Fonds de Promotion de Santé (FPS) est un établissement public à caractère social doté d'une personnalité juridique ainsi que d'une autonomie de gestion. Au sein du dispositif de mise en œuvre de la CSU en RDC, le FPS a pour mission d'assurer la gestion fiduciaire des financements alloués au développement et à l'amélioration de la qualité de l'offre des services de santé en RDC.

À cet effet, le FPS est chargé de :

1. Gérer les ressources publiques allouées au développement et à l'amélioration de l'offre des services de santé, à l'exception de celles destinées à la rémunération des prestataires ;
2. Gérer les financements destinés à renforcer tout le dispositif d'amélioration de la gouvernence de la santé ;
3. Rendre compte de la gestion des ressources allouées au développement et à l'amélioration de l'offre de services de santé ;
4. Passer et gérer les marchés, et suivre les contrats relatifs à l'acquisition de biens et des services en rapport avec l'offre de services de santé ;
5. Financer les activités de régulation de la prestation sanitaire en RDC.

Le FPS est créé par la Loi n°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC. Ce fonds est organisé par un Décret du Premier Ministre. Il est placé sous la tutelle du Ministère ayant la Santé Publique dans ses attributions.

Dans le cadre de sa mission au sein du dispositif de mise en œuvre de la CSU, le FPS rend également compte de son action au Comité Technique de Coordination de la CSU.

4.2.3. Le Fonds de solidarité de Santé

Le Fonds de Solidarité Santé (FSS) est un Etablissement Public à caractère social doté d'une personnalité juridique ainsi que d'une autonomie de gestion. Au sein du dispositif de mise en œuvre de la CSU en RDC, le FSS a pour objet de mobiliser et de gérer les financements destinés au paiement des prestations de santé dans le cadre de la Couverture Santé Universelle.

À cet effet, le FPS est chargé de :

1. Organiser la solidarité financière des bénéficiaires de l'action en santé des secteurs formel et informel ;
2. Collecter les fonds destinés à l'assurance des services de santé préventifs, curatifs et promotionnels ;
3. Contractualiser avec les Formations Sanitaires (Établissements de soins de santé) accréditées, du secteur public, privé lucratif ou non lucratif ;
4. Financer la prise en charge équitable des soins de santé des bénéficiares, y compris les indigents et les personnes vulnérables ;
5. Financer les déficits enregistrés dans certains régimes d'assurance maladie obligatoires ;
6. Mettre en exécution les directives édictées par le Comité Technique de Coordination du CN_CSU en rapport avec l'achat/le subventionnement des prestations de santé.

Le FSS est créé par la Loi n°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC. Ce fonds est organisé par un Décret du Premier Ministre. Il est placé sous la tutelle du Ministère ayant la Prévoyance Sociale dans ses attributions. Dans le cadre de sa mission au sein du dispositif de mise en œuvre de la CSU, le FPS rend également compte de son action au Comité Technique de Coordination de la CSU.

4.2.4. L'Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et de l'Informatique de la Santé

L'Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et de l'Informatique de la Santé (ANiCiiS) qui était jusqu'à présent un service du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention sera transformée par un Décret du Premier Ministre en un établissement public à caractère technique, doté de l'autonomie administrative et financière.

Au sein du dispositif de mise en œuvre de la CSU en RDC, l'ANiCiiS a pour mission d'assurer la gouvernance digitale de la CSU et le développement de l'informatique de santé.

À cet effet, l'ANiCiiS est chargée de :

1. Assurer la coordination du numérique/digital du système d'information sanitaire en regroupant toutes les compétences technologiques à un seul endroit ;
2. Mettre en place un système de santé numérique ;
3. Assurer l'harmonisation et la standardisation des processus d'acquisition et d'implémentation des logiciels et équipements informatiques et biomédicaux connectés ;
4. Promouvoir la recherche dans le domaine des technologies de l'information et de la communication appliquées au secteur de la santé ;
5. Contribuer à la formation initiale et continue en matière d'informatique de la santé ;
6. Contribuer à l'information scientifique et technique sur l'informatique de la santé ;
7. Assurer la communication sur la télé santé et sur l'informatique médicale (santé numérique) ;
8. Concevoir et mettre en œuvre des programmes d'information, d'éducation et de communication en vue d'une mobilisation sociale des populations autour des actions prioritaires de santé publique ;
9. Veiller à la prévision et à l'application des clauses contractuelles sur le transfert de compétences informatiques sur tout équipement biomédical acquis pour le compte des établissements de santé ;

10. Veiller à l'utilisation sécurisée pour les patients des équipements biomédicaux connectés ;
11. Assurer des prestations dans le domaine de sa compétence, telles que la collecte des données médicales de la population dans le but de faciliter la prise en charge médicale et l'accès aux soins ;
12. Apporter un appui technique et scientifique aux structures dans le domaine de la santé numérique.

Le Décret portant transformation du service public ANiCiiS en établissement public organisera celui-ci et précisera le contenu de sa mission quant aux volets de la gouvernance digitale de la CSU et de l'informatique de la santé.

4.2.5. L'Autorité de Régulation et de Contrôle de la Couverture Santé Universelle

L'Autorité de Régulation et de Contrôle de la CSU (ARC_CSU) est un service public de régulation et de contrôle de la Couverture Santé Universelle en RDC. L'ARC_CSU est une personne morale de droit public, dotée de la personnalité civile. Au sein du dispositif de mise en œuvre de la CSU en RDC, l'ARC_CSU a pour mission principale de réguler et de contrôler le système de CSU ainsi que les prestations de santé inhérentes à elle.

À cet effet, l'ARC_CSU est chargée de :

1. Veiller à la mise en œuvre des paquets de soins de santé dans le cadre de la CSU ;
2. Fixer les normes et les standards d'accréditation et de certification ;
3. Accréditer les formations sanitaires et certifier le personnel médical ;
4. Sanctionner la non-conformité aux normes et standards d'accréditation et de certification par la suspension ou le retrait de celles-ci ;
5. Veiller au respect des protocoles thérapeutiques des soins et services de santé couverts par les paquets validés ;
6. Veiller au respect des contrats signés entre le Fonds de Solidarité de la Santé et les formations sanitaires et établissements pharmaceutiques ;
7. Veiller au respect des contrats signés entre le Fonds de Promotion de Santé et les investisseurs ainsi que les fournisseurs du secteur de la santé ;
8. Veiller au droit à l'information des bénéficiaires des soins quant aux procédés thérapeutiques et aux autres mécanismes de prise en charge.

Un Décret du premier Ministre créera et fixera l'organisation de l'ARC_CSU qui relèvera du Conseil National de la CSU à travers son Comité Technique de Coordination.

4.2.6. L'Institut National de Santé Publique

L'Institut National de Santé Publique (INSP), encore appelé Centre de Prévention et de Contrôle de Maladie de la RDC (CDC_RDC) est un établissement public à caractère téchnique, doté d'une personnalité juridique ainsi que d'une autonomie de gestion. Au sein du dispositif de mise en œuvre de la CSU en RDC, l'INSP a pour mission principale d'assurer prévention, la détection, la riposte et la surveillance des maladies potentiellement épidémiologiques, des maladies non transmissibles, des autres urgences en santé publique ainsi que le renforcement des capacités des professionnels de la santé dans ces différents domaines.

À cet effet, l'INSP est chargé de :

1. Coordonner la prévention, la détection, la riposte et la surveillance des maladies à potentiel épidémique et des autres urgences en santé publique en RDC ;
2. Promouvoir et impulser l'approche « la santé dans toutes les politiques » et toutes les stratégies visant la réduction de la charge de la morbidité ;
3. Produire et mettre à disposition les statistiques sanitaires de la RDC ;
4. Assurer le renforcement des capacités des prestataires et autres acteurs de santé impliqués dans la réduction de la charge de la morbidité et dans la production et l'utilisation des statistiques sanitaires ;
5. Gérer et développer le réseau national de laboratoires de santé publique ;
6. Appuyer la recherche en santé, la production et la prise en compte des évidences scientifiques dans la dispensation des soins et services de santé.

Un Décret du premier Ministre créera et fixera l'organisation de INSP, qui sera placé sous la tutelle du Ministre ayant la santé publique dans ses attributions.

La figure 7 ci-dessous résume ce qui vient d'être décrit sur les organes de mise en œuvre de la CSU en RDC.

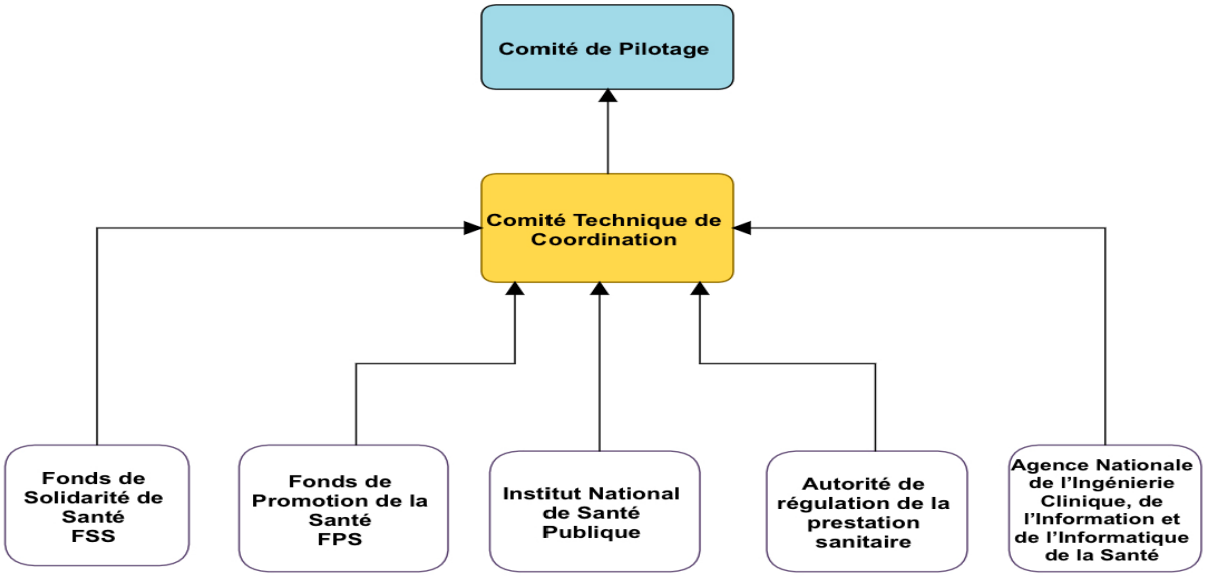


Figure 9 : Organes de pilotage, de coordination, et instruments de facilitation de la mise en œuvre de la CSU en RDC

4.3. Cadre de Suivi, Evaluation, Redevabilité et apprentissage (CSERA) de la CSU en RDC

La feuille de route nationale qui inclut l'essentiel des actions à mener par les différents secteurs impliqués et les provinces sera le document de référence pour le suivi et l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National de la CSU.

4.3.1. Organes impliqués dans le CSERA de la CSU en RDC

- **Le Comité Technique de Coordination de la CSU**

Le CTC_CSU aura la responsabilité d'assurer la redevabilité de l'ensemble des actions du dispositif de la CSU en RDC. Le suivi sera fait aucours des réunions périodiques ordinaires et extraordinaires du Comité. Pour l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage (la capitalisation), le Comité peut recourir aux services d'institutions spécialisées en la matière.

- **Le Conseil des ministres au niveau provincial**

Dans le cadre de leurs réunions régulières, les Conseils des ministres des gouvernements provinciaux assureront le suivi de la mise en œuvre des actions relatives à la CSU dans les différentes provinces respectives.

C'est le cadre dans lequel chaque ministre provincial impliqué dans la mise en œuvre des actions retenues dans la feuille de route de la CSU au niveau provincial fera le point de l'état d'avancement des actions sous sa responsabilité au Gouverneur de province. Le Conseil des ministres provincial sera aussi le cadre où seront validés les rapports techniques soumis au Comité de Coordination Technique de la CSU avant leur soumission au Comité National Multisectoriel de la CSU.

- **Le Comité Local Multisectoriel de la CSU**

Le comité local Multisectoriel de la CSU assurera le suivi de la mise en œuvre des actions relatives de la CSU au niveau de la commune ou du territoire.

4.3.2. Indicateurs de suivi de la CSU en RDC

La Couverture Santé Universelle est la cible 3.8 des Objectifs de Développement Durable (ODD). Cette cible consiste à faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle comprenant une protection contre les risques financiers. Elle donne accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.

La RDC adopte les deux indicateurs suggérés par l'OMS et la Banque Mondiale au niveau national et régional[31]. Il s'agit de :

- Indice de la couverture des services (indicateur 3.8.1 des ODD). Cet indicateur mesure la couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les interventions de référence concernant notamment la santé de la reproduction, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; les maladies transmissibles; les maladies non transmissibles; la capacité des services et l'accès pour l'ensemble de la population, dont la plus défavorisée. Cet

[31] https://www.who.int/universal_health_coverage/progress-report-2014/fr/
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272598/9789242513554-fre.pdf

indicateur inclut également certains déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base[32].

- Indice des dépenses catastrophiques (indicateur 3.8.2 des ODD). Cet indicateur mesure la proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, c'est-à-dire qu'elles atteingnent ou dépassent 25% du revenu total du ménage.

L'incidence de l'appauvrissement lié à des dépenses directes de santé n'est pas un indicateur à proprement parler des ODD, mais au vu du contexte national marqué par une pauvreté généralisée, il sera utilisé pour mesurer la proportion de la population qui passe sous la ligne de pauvreté du fait du paiement des soins de santé. Le seuil de pauvreté de 1,90 dollar par jour en parité de pouvoir d'achat de 2011 sera utilisé pour mesurer cet indicateur.

Pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte, ces indicateurs seront désagrégés en fonction du revenu, du sexe, du lieu de résidence (milieu urbain et rural), de l'âge, de la situation géographique (la région, ETD), origine, existence ou non d'un handicap, etc.

4.3.3. Indicateurs d'impact

Il est attendu que l'instauration de la CSU puisse contribuer à l'atteinte de l'ODD3 qui consiste à permettre « à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », mais aussi à l'atteinte d'au moins quatre autres ODD tels que l'ODD1 (Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde), l'ODD4 (Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie), l'ODD5 (Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles), de l'ODD8 (Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous) et de l'ODD16 (Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement

[32] Santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (besoins non satisfaits en planification familiale, couverture vaccinale au pentavalent 3, quatrième consultation prénatale, traitement de la pneumonie), maladies transmissibles (traitement antituberculeux efficace, traitement antirétroviraux, moustiquaires imprégnées d'insecticides, approvisionnement en eau potable et assainissement de base) ; maladie non transmissible (tension artérielle normale, glycémie normale, dépistage du cancer du col, prévalence des non-fumeurs du tabac) ; capacités et accès aux services (densité des lits d'hôpitaux, densité des agents de santé, accès aux médicaments essentiels, indice des principales capacités acquises en vertu du Règlement Sanitaire International).

durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous).

Ainsi, l'impact de la CSU sera mesuré en termes de sa contribution à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, à la réduction de la mortalité maternelle, à la réduction de la mortalité générale, à l'augmentation de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé, de la réduction de la pauvreté, de la croissance économique, etc.

4.3.4. Modalités de Suivi et Evaluation

Le suivi mensuel des activités de mise en œuvre du Plan Stratégique National de la CSU inscrites dans la Feuille de route se fera au niveau sectoriel. Les rapports sectoriels alimenteront le suivi trimestriel fait par le Comité de Coordination Technique de Suivi de la CSU.

Des évaluations à mi-parcours et finale indépendantes du Plan Stratégique National de la CSU seront conduites. Les résultats de ces évaluations alimenteront les revues à mi-parcours et finales du Plan Stratégique National de la CSU.

Une évaluation d'impact va être menée au cours de l'année qui suit celle de la fin de la mise en œuvre du Plan Stratégique National de la CSU.

4.3.5. Renforcement des mécanismes de Suivi et Evaluation

L'architecture de la gestion de l'information stratégique relative à la CSU sera définie. Pour la rendre fonctionnelle et efficace, un plan de renforcement des capacités des systèmes d'information et de suivi et évaluation de tous les secteurs clés engagés dans la mise en œuvre des actions relatives à l'instauration de la CSU sera élaboré et mis en œuvre. Il couvrira tous les aspects relatifs aux sources des données, la collecte, la qualité, l'analyse, l'utilisation et la dissémination des données.

CHAPITRE V : MODALITES DE FINANCEMENT

Cette section traite de la façon dont les ressources financières destinées à la Couverture Santé Universelle seront générées, affectées et utilisées. Elle est subdivisée à cinq sous-sections : (i) les principes du système de financement ; (ii) la mise en commun des ressources et paiement des prestations, (iii) accréditation des prestataires ; (iv) les intermédiaires financiers.

Par ailleurs, ce plan ne présente pas le budget indicatif ou la hauteur de ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre. Ceci fera l'objet d'un document séparé.

5.1. Principes du système de financement.

Les modalités de financement dans le cadre de la CSU trouvent leur fondement dans l'article 47 de la Constitution du 18 février 2006, qui dispose que « **le droit à la santé** et à la sécurité alimentaire est garanti ». Ainsi, les principes suivants sous-tendent la mise en œuvre du financement de CSU en RD Congo :

- **L'universalité** : tous les citoyens de la RDC ont les mêmes droits d'accès aux soins, sans discrimination par rapport au statut socio-économique ;
- **La solidarité nationale** : la contribution de tous, à savoir la population active du secteur formel et informel, à l'exception des indigents, permet de garantir l'équité et la mutualisation généralisée du risque maladie notamment entre les bien-portants et les malades ;
- **La décentralisation** : le système national de Couverture Santé Universelle est décentralisé, il est proche des communautés et des prestataires de soins de santé. L'unité fonctionnelle du système et le Territoire (ou la Commune). C'est également à ce niveau que la collecte s'organise (participation communautaire) ;
- **L'équité en matière d'accès et d'utilisation** : les ressources et les services de santé doivent être répartis en fonction des besoins de la population pour réduire les inégalités géographiques et de revenu ;
- **La rationalisation du financement:** le financement du système de CSU sera varié et composé essentiellement des ressources domestiques (en majorité) et extérieures. Il englobera des subsides et subventions de l'Etat, des contributions des employés et des retributions des employeurs, des

mécanismes de financement de l'indigence, des dons, des legs, la participation financière des partenaires techniques et financiers, etc. Il s'agira donc des fonds tant domestiques qu'extérieurs. Une rationnalisation de ces différents financements permettra d'éviter la dilapidation, le double-emploi, ou encore des aspects de la CSU orphelins de financement. La rationalisation demandera, d'une part, une mise en commun transparente des financements venant de ces différentes sources et, d'autre part, une séparation entre la fonction de collecte et celle d'utilisation des fonds.

Cette section n'abordera pas des questions déjà évoquées dans d'autres documents de référence. Il s'agit notamment de celles relatives aux possibilités d'accroissement substantiel de l'espace budgétaire, aux approches efficientes pour des meilleurs résultats des dépenses engagées pour les soins de santé de qualité, à la gouvernance, à l'assainissement du climat des affaires, aux performances macro-économiques ; etc.

Par contre, les modalités de financement sont articulées, d'une part, par la loi sur la mutualité (loi organique n° 17/002 du 8 Février 2017) qui détermine les principes fondamentaux relatifs à la mutualité et, d'autre part, à la loi sur la Santé Publique (Loi n°18/035 du 13 Décembre 2018) qui fixe les principes fondamentaux relatifs à la l'Organisation de la Santé Publique en RDC. Cette dernière encourage le processus de la CSU tout en prenant en compte l'extension progressive de la protection sociale à l'ensemble de la population et la mise en place des Fonds de Promotion de la Santé (FPS) et Fonds de Solidarité de Santé (FSS).

5.2. Besoins totaux en financement :

Les études actuarielles appropriées détermineront le coût total annuel de la CSU en RDC. Elles proposeront la répartition la plus adaptée de ces financements entre différence facette de l'action en CSU.

En attendant ces études, les estimations actuelles basées sur les orientations de l'OMS, de l'OIT et de la Banque Mondiale sur la budgétisation de l'action en CSU chiffrent ces besoins en :

- Pour la première année : 4 milliards de dollars américains seront répartis en :
    - 1,4 milliards de dollars américains pour le renforcement de l'infrastructure et de l'équipement des établissements de soins
    - 740 millions de dollars américains pour les dotations initiales en médicaments essentiels
    - 500 millions de dollars américains pour l'appui à la production, au renforcement des capacités et à la normalisation des ressources humaines en santé
    - 160 millions de dollars américains pour le renforcement de la régulation et du contrôle
    - 1,2 milliards de dollars américains pour le subventionnement des coûts des prestations de santé au profit des bénéficiaires.
- À partir de la deuxième année : 2,5 milliards de dollars américains seront répartis en :
    - 450 millions de dollars américains pour le renforcement de l'infrastructure et de l'équipement des établissements de soins
    - 200 millions de dollars américains pour la dotation en médicaments, en vaccins et en logistique des produits de santé
    - 400 millions de dollars américains pour l'appui à la production, au renforcement des capacités et à la normalisation des ressources humaines en santé
    - 50 millions de dollars américains pour le renforcement de la régulation et du contrôle
    - 1,4 milliards de dollars américains pour le subventionnement des coûts des prestations de santé au profit des bénéficiaires.

5.3. Financement de l'offre : le Fonds de Promotion de la Santé (FPS)

Le processus de CSU en RDC nécessite que l'offre de des services de santé soit renforcée, tant en disponibilité qu'en qualité. Le ministère de la Santé Publique a la charge d'élaborer et de mettre en œuvre un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Le Fonds de Promotion de la Santé (FPS) sera l'outil de financement qui canalisera les financements alloués au développement de l'offre et de sa qualité.

Le CTC-CSU veillera à ce que le développement de l'offre des services de santé, qui se déroulera conformément au PNDS, soit en phase avec les besoins identifiés du dispositifs, du processus et des résultats de la CSU.

Pendant que le FPS sera encore en train d'être mis en place et/ou en train d'être déployé, des financements dédiés au développement de l'offre de services de santé et de leur qualité peuvent être gérés en utilisant des dispositifs financiers existants et qui ont fait leurs preuves en matière de financement de l'action en santé. L'Etablissement d'Utilité Publique Fonds de Développement des Services de Santé (EUP_FDSS), qui a signé une Convention de Dévolution de service public avec le ministère de la Santé Publique et un contrat avec le ministère des Finances pour la gestion de certains financements de la santé, jouera ce rôle.

5.4. Financement de la Demande : le Fonds de Solidarité de Santé (FSS)

En tant que Caisse d'Assurance Santé, le FSS aura la charge d'organiser la solidarité des bénéficiaires de l'Action en santé, afin de les protéger contre les dépenses catastrophiques. Il aura ainsi la charge de collecter les fonds de différentes contributions et d'en assurer la gestion et l'utilisation. Il gérera les financements venant de différentes assurances publiques en santé.

Conformément aux articles 66, 67, 68 et 69 de la loi numéro 17/002 du 08 février 2017 portant sur les principes fondamentaux des mutualités, les employeurs privés et l'Etat sont soumis au principe de requalification des obligations mises à leurs charges concernant la prise en charge des soins de santé de leurs employés.

Cela annonce le passage du régime octroyé au régime contributif avec comme conséquence : une cote-part venant de l'employeur et une contribution du travailleur pour la prise en charge des soins de santé.

Le FSS sera chargé de collecter ces contributions auprès des employeurs et des employés, par un dispositif décrit ci-après.

Le CTC_CSU établira la Feuille de route qui fixera le calendrier de couverture et de mise à l'échelle des activités du FSS.

Le FSS collaborera avec l'Autorité de Régulation et de Contrôle de la CSU pour la détermination des paquets de services de santé à subventionner et leurs coûts.

5.4.1. La Collecte de fonds :

Conformément à son calendrier de déploiement, le FSS développera son système de collecte des contributions venant de différents types d'assurance santé. En attendant que ce déploiement soit optimal, et pour raison d'efficience, le FSS utilisera au besoin les dispositifs existants et fonctionnant pour la collecte de fonds d'autres formes de prestations sociales. Il s'agira notamment de :

(i) la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) pour collecter les cotisations de soins et services de santé pour les travailleurs du secteur privé contractuel ;

(ii) la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'Etat (CNSSAP) pour collecter les cotisations de soins et services de santé pour tous les Agents Publics de l'Etat, notamment les fonctionnaires, les policiers et les militaires ;

(iii) Le Fonds National des Services Sociaux (FNSS) du Ministère des Affaires Sociales, pour collecter les cotisations de soins et services de santé des vulnérables et indigents ;

(iv) les mutuelles de santé (et leurs féitières) pour collecter les cotisations de soins et services de santé de la population œuvrant dans l'économie informelle et dans le secteur agropastoral, ainsi que des groupes individualisés.

En plus de ces mécanismes existants, le FSS créera, dès sa mise en place, une Caisse nationale d'assurance santé pour les élèves et les étudiants.

Une étude actuarielle permettra de définir la part de contribution de chaque partie. Toutefois, il se pose une exigence de revoir les salaires des agents de l'Etat à la hausse comme il a été le cas pour la révision du SMIG pour le secteur privé depuis janvier 2018.

Concernant les vulnérables et indigents, la mise en place de régimes non contributifs sera appliquée en encourageant le transfert monétaire conditionné avec accès aux soins de santé comme critère de conditionnalité pour garantir le paiement des soins de santé des indigents à travers les mutuelles de santé au niveau local. Tenant compte des ressources nationales limitées, le Gouvernement entend, à brève échéance, orienter les transferts envisagés vers les populations pauvres et vulnérables pour soustraire un grand nombre de Congolais de la pauvreté et pour accroitre leur capacité d'acquérir des biens et des services. A cet égard et tirant des leçons des programmes passés ou existants, le Gouvernement s'attèlera à améliorer le ciblage des groupes vulnérables afin que soient touchés les bénéficiaires réels des régimes non contributifs mis en place. La mise en place du registre unique devient à cet effet prioritaire.

En outre, il sera également développé de programmes des travaux publics à haute intensité de mains d'œuvre privilégiant l'accès de personnes vulnérables capables de travailler à des emplois temporaires avec obligation d'adhésion aux mutuelles de santé au niveau local (avec prélèvement à la source).

5.4.2. L'utilisation des fonds : le paiement des prestations

Le paiement des prestations de santé est du ressort du FSS. Celui-ci reglèra les factures validées des Formations sanitaires par virement bancaire des montants des factures dans les comptes de ces FOSA. Là où les institutions bancaires sont trop éloignées des FOSA, le FSS recourrera à des intermédiaires financiers actifs dans la contrée pour réaliser ces paiements. Toute sous-traitance entre le FSS et les intermédiaires financiers respectera le principe de séparation de la fonction de collecteur d'avec celle de gestionnaire ou payeur. Des documents ad hoc du FSS détermineront les modalités de validation et de reglèment des factures des FOSA, et les délais y relatifs. La figure 10 ci-dessous illustre résume le processus de collecte et de gestion des financements du système de la CSU.

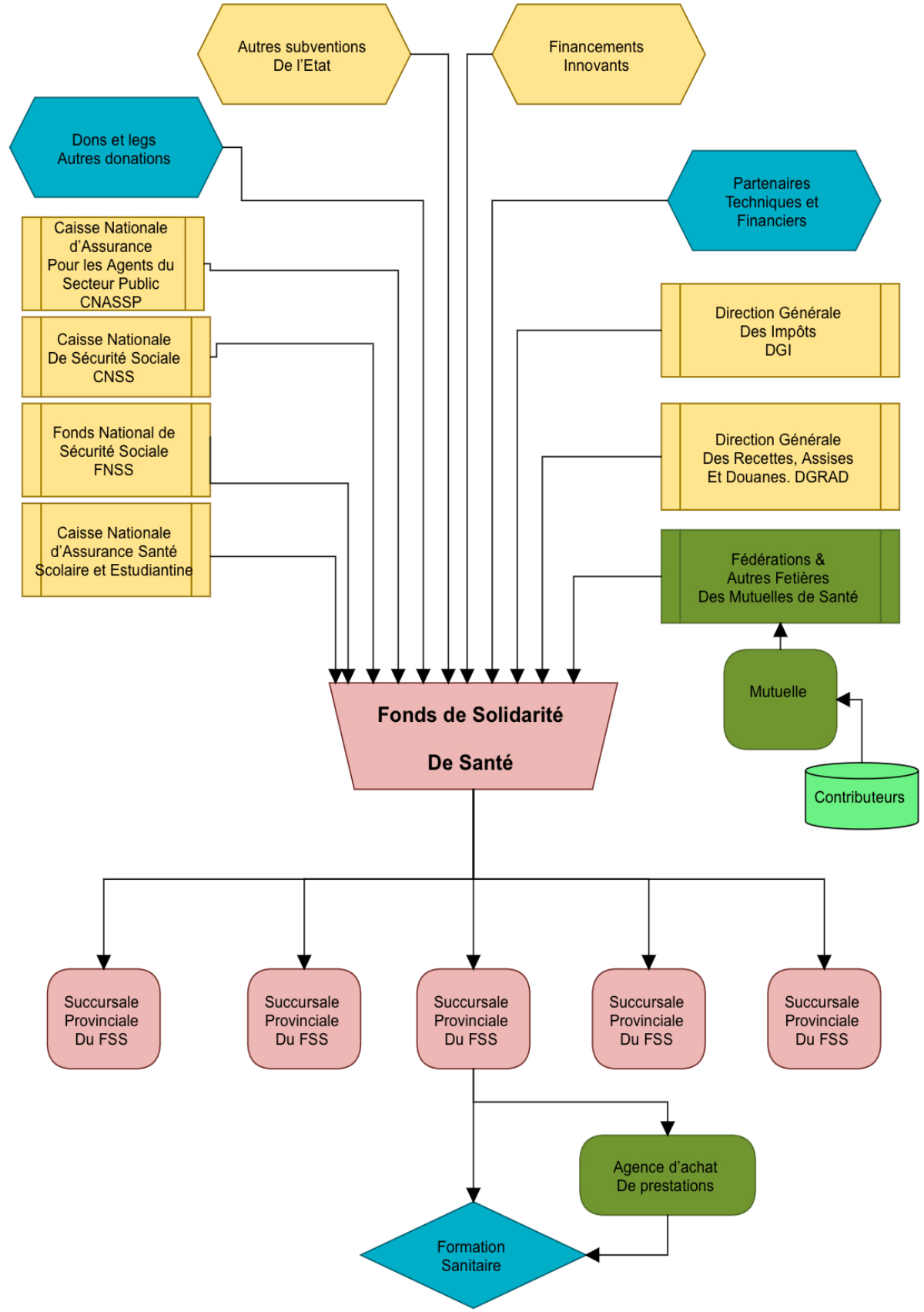


Figure 10 : Illustration du circuit de collecte de fonds et d'achat de prestations de santé dans le cadre de la CSU

5.5. Accréditation des prestataires et maintien d'un minimum des critères de fonctionnalité et de qualité.

La CSU consistera à couvrir de manière progressive un paquet de services obligatoires, de qualité et accessibles à l'ensemble de la population et répondant à ses besoins réels.

Pour y parvenir, la qualité des prestataires est une des clés. Pour garantir une qualité optimale des prestataires, un système d'accréditation sera opérionnel pour toutes les catégories des prestataires de services de santé. L'intégration des formations sanitaires dans le système de CSU tiendra compte de cet impératif.

La passation de contrat dans le cadre de l'achat des prestations sera obligatoire avec des formations sanitaires accréditées conformément aux normes préalablement édictées.

Le contrat sera signé avec au moins :

- Un Centre de Santé par aire de santé ;
- Un hôpital général de référence au niveau de la Zone de Santé ;
- Un hôpital secondaire au niveau provincial ;
- Et un hôpital tertiaire au niveau provincial.

Pour s'assurer du maintien de la qualité de l'offre, une évaluation périodique de la qualité des soins prodigués sera organisée et un bonus de performance sera accordé aux prestataires performants.

5.5.1. Les intermédiaires financiers

Dans le cadre de la CSU, le Comité Technique de Coordination fera recours à trois catégories d'intermédiaires financiers :

i. Les collecteurs de fonds pour alimenter le Fonds de Solidarité de la Santé ;
ii. Les structures d'achat de performance en lien avec le Fonds de Promotion de la Santé, et enfin ;
iii. Les organisations capables d'acheter les services pour le compte du Fonds de Solidarité de Santé.

Concernant les collecteurs de fonds, chacun d'eux disposera d'une base des données propre et d'un système d'enregistrement avec possibilité d'émission des cartes biométriques pour la catégorie dont il couvre les services au niveau provincial.

Un pourcentage du montant collecté sera rétrocédé aux collecteurs. Ce montant sera dégagé au pourcentage prévu pour le fonctionnement du FSS et sera déterminé après étude. La clé de répartition des recettes devra répondre aux standards internationaux : au moins 75% de recettes affectés au paiement des sinistres ; 10% comme fonds de réserve et 15% pour le fonctionnement de la caisse (FSS) et le paiement d'intermédiaires financiers (collecteurs, paiement des prestations de l'assurance et paiement basé sur le contrat de performance).

5.5.2. Besoins en financement

Pour réaliser la CSU, la RDC augmentera progressivement le financement de la Santé. Celui-ci passera, toutes sources confondues, de 22 USD par habitant et par an en 2019 à 64 USD par habitant et par an en 2030. Chaque année, les différentes parties prenantes à la CSU se réuniront pour adopter un budget réaliste et conséquent, et déterminer la contribution de chaque source de financement. Cette réunion annuelle, appelée Forum National CSU, est également un des cadres de vulgarisation du rapport sur la marche vers la CSU, rapport qui sera préparé par le CTC_CSU, et adopté par le Comité de pilotage.

CHAPITRE VII : GESTION DE RISQUES

7.1. Analyse politico-économique

Depuis quelques années, la RD Congo aspire à rejoindre le groupe des économies émergentes dans un délai relativement court (2030). Cela suppose une mobilisation de tous les secteurs du pays. C'est en fait l'ambition exprimée par la Constitution (2006) du pays qui a déterminé une gestion décentralisée du pouvoir faisant de la gouvernance locale le moteur du développement national.

Cependant, bien que les dernières élections (décembre 2018) aient abouti à une passation démocratique du pouvoir, la RD Congo continue à faire face à certains défis qui risquent de compromettre la mise en place du nouveau contrat social basé sur la CSU. A cause du nouveau visage politique à double teinte, la nouvelle administration en place doit constamment négocier ses ressources par le fait d'une coalition des parties. Le temps de négociations pourrait retarder la mise en œuvre des programmes et l'atteinte des résultats.
Le tableau suivant énumère quelques risques identifiés et la manière dont il est proposé de les prendre en compte.

Domaines	Description des risques	Gestion des risques
Politique et sécurité	L'instabilité politique et les troubles civils sont de nature à empêcher la prise des decisions stratégiques ainsi que leur mise en œuvre effective et durable.	Réaliser effectivement le programme du Chef de l'Etat dans un contexte de stabilité et de paix civile.
Gouvernance et redevabilité	Le manque de transparence et la mauvaise gestion des ressources et notamment des ressources financières entraine gaspillage,	Tout en prêchant par l'exemple, les responsables aux différents niveaux veilleront au respect des principes de gestion transparente de l'ensemble des ressources, humaines,

	inéfficience et démotivation des acteurs. Une faible coordination au sein du secteur de la santé, entre les différents acteurs impliqués dans la CSU et entre les partenaires limite la synergie et l'éfficacité dans la planification et la mise en œuvre.	matérielles et financières. Le contrôle de la gestion et les inspections seront réalisés de manière systématique et les sanctions positives te négatives seront prise avec équité et rigueur. La fonctionnalité des organes de pilotage et de suivi du PSN_CSU sera assurée et les plus hautes autorités (Chef de l'Etat, Premier Ministre) seront tenus régulierement informées.
Croissance économique inclusive et réduction de la pauvreté	La stagnation ou la régression de l'économie nationale, l'aggravation des inégalités et la non réduction de la pauvreté limiteraient considerablement les capacités de financement de la santé, tant par l'état que par les ménages. Ces derniers seront en outre encore plus exposés aux dépenses de santé catastrophiques.	Il sera nécéssaire que la RDC, avec l'appui des partenaires, assure une croissance economique inclusive et une réduction progressive et significative de la pauvreté au cours de la période 2020-2030 et au delà.
Financement	L'absence ou la faiblesse du financement, la mauvaise allocation des ressources financières notamment en faveur des provinces et des zones de santé peut	Au-délà des engagements, l'augmentation de la dépense de santé par habitant et du pourcentage du budget national consacré à la santé devrait être realisée sans

	constituer un facteur de blocage critique dans la mise en oeuvre.	delais et poursuivie pendant les années a venir. Le transfert effectif des fonds (Budget national, finacements des partenaires, Fonds autonomes de la sante) vers les niveaux les plus décentralisés devra être assuré.
Décentralisation et participation communautaire	Les retards dans la décentralisation des compétences et des ressources adéquates en faveur des provinces et des zones de santé constitue une contrainte sérieuse pour l'approche des soins de santé primaires qui représentent un levier majeur de la CSU. Le manque de participation des communautés constituerait un frein aussi bien pour la couverture par les services de santé que pour la promotion de la santé et la protection contre les dépenses catastrophiques de santé.	La mise en œuvre effective de la décentralisation qui dépend largement du ministere de l'Intérieur conditionne le succès du PSN_CSU. Elle devrait être accélérée dans les meilleurs délais. La participation communautaire devra être sérieusement renforcée sur la base des expériences locales probantes et avec la contribution de la Société civile et des ONG.

7.2. Autres risques à la réalisation du plan

L'exécution de ce plan pourrait connaitre d'autres risques d'ordre naturel, social, financier, économique ou autres qui doivent donc être pris en compte. Pour faire face à des situations imprévues ou des facteurs non-contrôlables, le PNS_CSU dispose d'une flexibilité sous forme de mécanismes d'adaptation. La Feuille de route de la mise en œuvre du PSN_CSU détaille ces mécanismes d'adaptation au niveau national et au niveau provincial.

D'une autre part, la gestion des risques repose sur la résilience du système de santé qui dépend, elle-même, d'une plus grande résilience nationale.

Liste de Figures

Figure 1: Carte géographique de la RDC......8
Figure 2 : Comparaison de l'espérance de vie de la RDC avec d'autres pays d'Afrique.....13
Figure 3 : Comparaison de la mortalité infantile de la RDC avec d'autres pays de l'Afrique
.....14
Figure 4 : Sources de financement de la santé (2016)......31
Figure 5 : Budget de la santé en RDC de 2003 à 2015.....32
Figure 6 : Les différents facteurs qui influencent la santé.....35
Figure 7 : Piliers, interventions clés, et instruments de facilitation de la mise en œuvre de la CSU en RDC.....78
Figure 8 *: Organes de pilotage et de coordination de la CSU en RDC*.....83
Figure 9 : Organes de pilotage, de coordination, et instruments de facilitation de la mise en œuvre de la CSU en RDC.....92
Figure 10 : Illustration du circuit de collecte de fonds et d'achat de prestations de santé dans le cadre de la CSU.....102