

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
SECRETARIAT GENERAL



# Stratégie de Renforcement du Système de Santé

Deuxième édition

MARS 2010

# 1. TABLE DES MATIERES

1. TABLE DES MATIERES .....	2
2. LISTE DES ABREVIATIONS .....	4
I. PRESENTATION DU CONTEXTE NATIONAL .....	9
1.1. Situation géographique .....	9
1.2. Situation sociodémographique .....	9
1.3. Situation politico-administrative .....	10
1.4. Situation économique et financière .....	10
1.5. Stratégie de développement national.....	11
II. SITUATION ACTUELLE DU SYSTEME DE SANTE ET SANTE DE LA POPULATION.....	12
2.1. Evolution historique .....	12
2.2. Caractéristiques du système de santé.....	13
2.3. Problèmes du système et leurs causes éventuelles.....	14
2.3.1. Problèmes liés à la longue période caractérisée par la situation d'urgence. ....	14
2.3.2. Absence d'un cadre de référence correcte pour la définition des services de zone. ....	15
2.3.3. Effets pervers du financement de la santé.....	15
2.3.4. Participation communautaire mal comprise.....	18
2.3.5. Problème des ressources humaines.....	19
2.3.6. Absence de leadership du Ministère sur le secteur .....	21
2.3.7. Problèmes liés au secteur du médicament .....	22
2.3.8. Prestations des services et des soins de santé.....	24
2.4. Rôle des bailleurs dans l'évolution du système de santé.....	26
2.5. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement et le système de santé en RDC.....	27
2.5.1. La mortalité générale .....	28
2.5.2. La santé de l'enfant de moins de 5 ans .....	28
2.5.3. La santé de la mère et du nouveau-né.....	30
2.5.4. La prévalence du VIH/SIDA.....	31
2.5.5 Les indicateurs de la lutte contre le Paludisme.....	32
2.5.6 Les indicateurs de la lutte contre la Tuberculose.....	33
2.5.7 Les Maladies Tropicales Négligées (MTN).....	34
2.5.8 Prévalence des maladies non transmissibles .....	36
2.5.9 Gestion des urgences et catastrophes .....	37
2.6. Des raisons d'espérer .....	39
2.7. Quelques leçons apprises de la mise en œuvre de la première édition de la SRSS.....	39
III. STRATEGIE .....	42

3.1. Introduction.....	42
3.2. Axes stratégiques .....	42
3.2.1. Revitalisation de la zone de santé et correction des distorsions induites à ce niveau .....	43
3.2.1.1. Développement du leadership intégré au niveau de la ZS.....	46
3.2.1.2. Rationalisation du fonctionnement des structures de santé.....	46
3.2.1.3. Amélioration de la couverture sanitaire de la ZS.....	47
3.2.1.4. Amélioration de la qualité des soins .....	47
3.2.1.5. Participation communautaire .....	48
3.2.2. Renforcement de la gouvernance et du leadership.....	50
3.2.2.1. Réforme et décentralisation dans le secteur de la santé.....	50
3.2.2.2. Réforme du système national d'information sanitaire .....	52
3.2.2.3. Recherche sur le système de santé .....	52
3.2.2.4. Pilotage du système de santé.....	52
3.2.2.5. Amélioration de la gestion des formations sanitaires et autres structures de santé .....	52
3.2.3. Développement des ressources humaines pour la santé .....	53
3.2.4. Réforme du secteur du médicament .....	54
3.2.5. Réforme du financement de la santé.....	54
3.2.5.1. Ressources domestiques .....	55
3.2.5.2. Ressources extérieures.....	55
3.2.5.3. Contribution des ménages et le financement privé.....	55
3.2.6. Renforcement du partenariat intra et inter sectoriel .....	57
IV. MONTAGE INSTITUTIONNEL .....	57
V. COUT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SRSS.....	57
VI. ANNEXES .....	58

## 2. LISTE DES ABREVIATIONS

ASRAMES	Association Régionale d'Achat des Médicaments Essentiels
AT	Assistance Technique
BAD	Banque Africaine de Développement
BCAF	Bureau de Coordination des Achats FEDECEME
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CA	Conseil d'Administration
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CNP	Comité National de Pilotage
CPP	Comité Provincial de Pilotage
CPN	Consultation Pré Natale
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSR	Centre de Santé de Référence
DEP	Direction d'Études et Planification
DPM	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des plantes médicinales
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCRIP	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
ECZ	Équipe Cadre de Zone
ECP	Equipe Cadre Provinciale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ELSS	Etat des Lieux du Secteur de la Santé
EPSP	Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
ESU	Enseignement Supérieur et Universitaire
ETD	Entité Territoriale Décentralisée
FED	Fonds Européen de Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Achat et de Distribution de Médicaments Essentiels
FONAMES	Fonds National Médico-Sanitaire
FOSA	Formation Sanitaire
HGR	Hôpital Général de Référence
IDS	Inspection de District sanitaire
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IEM	Institut d'Enseignement Médical
ITM	Institut Technique Médical
MESU	Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
MICS 2	Multi Indicators Clusters Suvery
MID	Médecin Inspecteur de District
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MPH	Master of Public Health
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS – AFRO	OMS région Afrique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAP	Programme d'Actions Prioritaires
PARSS	Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PDSZ	Plan de Développement Sanitaire de la Zone de Santé
PEV	Programme Élargie des Vaccinations
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le Sida
PNLO	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST
PNLT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNS	Politique Nationale de la Santé
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PPTTE	Pays Pauvre Très Endetté
PS	Poste de Santé
PS9FED	Programme Santé du 9ème Fonds Européen de Développement
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
SANRU	Santé en milieu Rural
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
SWAP	Sector Wide Approach
USAID	Agence Internationale de Développement des États Unis d'Amérique
USD	Dollar américain
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'immunodéficience Acquis
ZS	Zone de Santé

# PREFACE

---

La Stratégie de Renforcement du Système de Santé, SRSS en sigle, a été adoptée par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses partenaires techniques et financiers (PTF) lors de la revue annuelle organisée en février 2006. Le but poursuivi est d'améliorer l'offre, la qualité ainsi que l'utilisation des services de santé par l'ensemble de la population congolaise. Coptée par le Ministère du Plan dans le document de croissance et de réduction de la pauvreté, DSCRP en sigle, elle devenue la contribution du secteur de la santé à la lutte contre la pauvreté.

La seconde édition de la SRSS a une portée politique importante dans la mesure où elle constitue avec le Plan National de Développement sanitaire, PNDS en sigle, des éléments déclencheurs du point d'achèvement de l'initiative des pays pauvres très endettés, IPSTE en sigle. L'atteinte de ce point d'achèvement permettra au pays de bénéficier de la remise de la dette estimée à 12 milliards des dollars américains.

La Déclaration du Groupe Inter Bailleurs Santé faite le jour de l'adoption de la SRSS constitue une volonté politique manifeste de ces derniers à s'aligner sur la stratégie sectorielle. Cet alignement a certes connu une portée limitée aux seules opérations de terrain (dans les Zones de Santé) étant donné que la plupart des projets en cours dans le secteur étaient antérieurs à la SRSS.

Cette seconde édition de la SRSS va permettre d'amorcer la question relative à l'alignement non seulement opérationnel, mais aussi institutionnel de la contribution des bailleurs ainsi que le renforcement de l'appropriation du Gouvernement pour plus d'efficacité. Les données relatives au diagnostic sectoriel sont y actualisées. Elle capitalise les leçons tirées de la mise en œuvre de la première édition, ainsi que l'évolution du contexte tant national qu'international. Elle comprend six axes comme la première. Cependant ces axes sont réaménagés de façon à mettre l'accent sur des domaines dans lesquels les progrès conditionnent la réussite de l'action de l'ensemble du secteur de la santé. Ainsi, la Gouvernance et le renforcement du leadership ainsi que la réforme du secteur du médicament sont devenus des axes à part entière de la SRSS.

Les six axes stratégiques de cette seconde édition de la SRSS sont donc : la revitalisation de la Zone de Santé et la correction des distorsions induites à ce niveau qui en constitue l'axe principal, le renforcement de la gouvernance et du leadership, le développement des ressources humaines pour la santé, la réforme du secteur du médicament, la réforme du financement de la santé, et le renforcement du partenariat intra et inter sectoriel. Pour préserver la cohérence interne des axes de la stratégie, les programmes qui en découlent pour les 5 années à venir sont mises en annexes du document.

Le développement de la Zone de santé vise le rétablissement des soins de santé primaires qui ont bien fonctionné en RDC vers les années 1970-1980. L'objectif à terme est d'offrir à la population des soins de santé de qualité, centrés sur la personne et non des soins qui font des exigences des programmes prioritaires leur objectif primordial. La matérialisation de cet axe stratégique sur lequel on travaille depuis 2006, correspond à la réforme des prestations recommandée par l'OMS dans son rapport sur la santé dans le monde intitulé : 'Soins de Santé Primaires, maintenant plus que jamais'.

Le renforcement de la gouvernance et du leadership du MSP sur l'ensemble du secteur vient régler la question de l'évolution du contexte national marqué par la constitution de la République qui fait de la République Démocratique du Congo, un Etat unitaire fortement décentralisé et qui met en place des entités territoriales décentralisées qui ont l'autonomie de gestion de leurs ressources. Il permet également d'améliorer le processus de prise de décision, ainsi que la normalisation et la

régulation du secteur. Il correspond à la reforme du leadership Gouvernance proposée par l'OMS dans le rapport précité.

La reforme du financement de la santé aborde une des options fondamentales de la constitution qui stipule que la santé est un droit pour tout congolais. L'exclusion d'une partie importante de notre population des services de santé au motif qu'elle n'est pas en mesure de faire face au coût qui en résulte est tout simplement inacceptable. Les expériences de couverture universelle générées dans le pays depuis plusieurs années y compris lors de la mise en œuvre de la première édition de SRSS dans vont être poursuivies. Ceci démontre que la reforme de la couverture universelle préconisée par l'OMS est en cours d'exécution en RDC dans plusieurs Zones de Santé.

Le DSCRП stipule que l'amélioration de la santé de la population est un objectif à la fois économique et social auquel doivent contribuer tous les secteurs de la vie nationale. La reforme des politiques publiques trouve donc toute sa place ici. Dans le cadre de la cohésion gouvernementale, le MSP devra se rassurer que les actions des autres secteurs qui ont un impact sur la santé de la population tel que l'eau et l'assainissement, l'environnement, l'éducation, etc. sont prises en compte dans les politiques et plans sectoriels et leur mise en œuvre est effective à tous les niveaux pour créer de la synergie en terme d'amélioration de la santé de la population.

L'adhésion de la RDC au partenariat international pour la santé (IHP+) représente une double opportunité pour la RDC. Elle constitue une reconnaissance des efforts entrepris dans le pays en vue de renforcer le système de santé comme préalable à la réalisation durable des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et d'autres objectifs de santé et d'autre part, elle permet de réduire en amont, nous l'espérons, le risque de fragmentation de l'aide internationale et donc, celle des prestations dans nos Zones de Santé.

La SRSS est une stratégie qu'il faut voir sur le long terme. Elle sera tous les cinq ans déclinée en Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui seront relayées par des Plans Provinciaux de Développement Sanitaire (PPDS) et des Plans de Développement Sanitaire des Zones de Santé (PDSZ).

**DR. VICTOR MAKWENGE KAPUT**

**Ministre de la Santé Publique**

## REMERCIEMENTS

---

La publication de cette seconde édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) m'offre l'opportunité de remercier tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à son élaboration et à son actualisation.

Mes remerciements vont d'abord au Premier Ministre et chef du Gouvernement qui a accepté de lancer le processus d'élaboration du PNDS 2011- 2015 lors de la réunion organisée à cet effet au Grand Hôtel de Kinshasa le 25 janvier 2010. Mes remerciements s'adressent également à leurs Excellences Messieurs les Ministres du Plan et du Budget représenté par le Vice Ministre, pour avoir rehaussé de leur présence à la revue annuelle du secteur de la santé, revue au cours de laquelle a été validé le diagnostic sectoriel qui a servi à l'actualisation de la SRSS et à l'élaboration du PNDS.

La présence de Son Excellence le Ministre du Plan aux côtés de son collègue de la Santé Publique le jour de la validation de ces deux documents précités a été d'un réconfort moral appréciable dans la mesure où elle traduit l'amorce de l'appropriation par le Gouvernement à la fois de la stratégie sectorielle et du PNDS 2011-2015. Cette appropriation va se concrétiser avec l'adoption par le Gouvernement de ses documents avant la fin de ce mois de mars 2010.

Mes remerciements vont également à tous les partenaires techniques et financiers (PTF) qui n'ont pas résigné sur les moyens tant matériels, humains que financiers pour produire non seulement cette nouvelle édition de la SRSS, mais aussi le Plan National de Développement Sanitaire qui est la traduction de celle-ci en actions concrètes pour les cinq prochaines années.

Je pense tout particulièrement aux cadres du Ministère de la Santé Publique qui, conscients de leur responsabilité vis-à-vis de l'histoire, se sont mobilisés autour de la Direction d'Etudes et Planification dans sa mission d'appui à l'élaboration des politiques et des plans du Ministère de la Santé. La dynamique ainsi créée au tour de l'élaboration du PNDS et de l'actualisation de la SRSS est véritablement une expérience unique au sein du MSP. Que les uns et les autres trouvent ici l'expression de ma sympathie.

S'il est vrai que l'actualisation de la SRSS est plus une question de forme pour l'adapter au format fourni par le Ministère du Plan, il est tout aussi vrai que l'on a saisi cette opportunité que nous offre cette actualisation pour capitaliser les expériences de terrain. Que tous les partenaires d'appui aux Zones de Santé et au niveau provincial qui ont contribué à générer ces expériences trouvent ici l'expression de ma sincère gratitude.

Ainsi, je voudrai enfin remercier à travers leurs organisations tous les experts qui ont apporté une assistance technique dont la valeur se passe de tout commentaire lors de la dernière étape du processus d'élaboration du PNDS qui a certes profité à l'actualisation de la SRSS. Les annexes de la SRSS telles que exigées par le Ministère du Plan ont largement bénéficié de cette expertise.

A tous et à toutes, grand merci.

**Dr LOKADI OTETE OPETHA,**

**Secrétaire Général**



## I. PRESENTATION DU CONTEXTE NATIONAL

### 1.1. Situation géographique

1. **La RDC se situe au cœur de l'Afrique et figure parmi les géants du continent** avec une superficie de 2 345 000 km<sup>2</sup>. Elle partage 9 165 kilomètres de frontière avec neuf pays voisins, à savoir : la République du Congo à l'Ouest, l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l'Est, la République Centrafricaine et le Soudan (au Nord) ainsi que la Zambie et l'Angola au Sud. L'extension de ses frontières, combinée au manque d'infrastructures de transport et de communication, rend particulièrement ardues les échanges et déplacements des biens et de personnes.

2. **Le pays est situé à cheval sur l'Equateur avec un climat équatorial chaud, humide au centre et tropical au Sud et au Nord.** La moitié de la végétation est incluse en grande partie dans les forêts. Ainsi, six des onze provinces de la RDC ont une forte proportion de zones forestières de l'ordre de 40 à 70 pour cent. L'autre moitié proche des tropiques est dominée par la savane. Toutes ces régions abritent une diversité de population dont une bonne partie, notamment les pygmées, n'est pratiquement pas recensée.

### 1.2. Situation sociodémographique

3. La RDC est le second pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 60 millions d'habitants disproportionnellement répartie sur le territoire. Selon l'enquête 1-2-3 (2005), 69,6 % de la population vit en milieu rural contre 30,4% en milieu urbain. Le pays est sous-peuplé avec seulement 24 habitants au km<sup>2</sup>. Il sied de souligner que particulièrement la ville Province de Kinshasa a une très forte densité, avec 577 habitants au km<sup>2</sup> suite à la concentration des infrastructures économiques, scolaires, universitaires et sanitaires ainsi que des institutions administratives et politiques. Ceci offre à la population de la capitale une meilleure offre d'emploi que dans les Provinces attirant ainsi, les populations en provenance des autres provinces.

4. La population d'âge économiquement actif (20-64 ans) c'est-à-dire les adultes qui doivent prendre en charge à la fois des enfants et des vieillards, représente 40% de la population totale, soit 38,8% chez les hommes et 41,2% chez les femmes. La diversité géographique ponctuée par les forêts et les cours d'eau se combine à la grande diversité culturelle et linguistique pour accentuer la dispersion et l'enclavement géographiques de différents groupes. Ainsi l'ampleur des besoins sociaux de base, en l'occurrence des besoins éducatifs, à satisfaire s'articule, pour les politiques nationales, à la complexité d'atteindre des populations dispersées sur de vastes étendues et, de surcroît, dans des zones très difficiles d'accès.

5. Pour l'ensemble du pays, l'incidence de la pauvreté (71,34%) est très élevée si on la compare à celle des autres pays de l'Afrique centrale. En effet, la pauvreté atteint des proportions effroyables, touchant plus de 70% de la population du pays. L'ampleur de la pauvreté varie considérablement d'une région à une autre, selon qu'on réside en milieu urbain et rural, selon les groupes socioprofessionnels (les travailleurs indépendants et les apprentis sont les plus pauvres (77%) ; suivies des manœuvres, des employés et ouvriers semi qualifié (66%). On compte plus de 40% de pauvres parmi les cadres de direction et de collaboration) ainsi que selon les groupes sociodémographiques (la pauvreté frappe surtout les ménages où l'âge du chef est compris entre 30 et 65 ans (plus de 70% de pauvres). Il résulte de cette situation la non satisfaction des besoins fondamentaux de la population de sorte que des réformes vigoureuses sont à entreprendre dans le secteur économique pour permettre la réduction de la pauvreté. Dans ces conditions, les besoins de financement massif des secteurs sociaux comme la santé contrastent avec les ressources relativement maigres mobilisées et/ou mobilisables par l'Etat.

### 1.3. Situation politico-administrative

6. **La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend onze Provinces.** Chaque province est divisée en districts, les districts sont à leur tour, divisés en territoires, les territoires en secteurs et les secteurs sont divisés en villages ou localités. La RDC compte 41 districts et 222 territoires. La constitution de la troisième République prévoit le passage à 26 provinces. Votée en février 2006, cette nouvelle organisation territoriale doit prendre effet dans les trois ans qui suivront l'installation effective des institutions politiques prévue par la Constitution (Article 226). A ce jour, cette nouvelle disposition n'est pas encore en place et devrait l'être d'ici fin 2010. Ce découpage doit permettre une décentralisation du pouvoir vers les Provinces grâce à une plus grande autonomie de gestion.

7. Cette disposition constitutionnelle traduit la volonté politique non seulement de rapprocher, des centres de décision, des administrés dispersés sur de vastes étendues souvent difficiles d'accès, mais elle est également motivée par le souci de bonne gouvernance à travers la participation des communautés de base au processus de décision concernant leurs propres affaires. L'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, la répartition concrète des compétences et l'allocation conséquente des ressources, demeure un véritable défi et doit encore faire l'objet de négociations et de compromis.

Figure 1: Carte administrative de la RDC



### 1.4. Situation économique et financière

8. Depuis 2001, avec la mise en place du Programme intérimaire renforcé, la RDC est sur la voie du redressement au regard des progrès accomplis dans les domaines politiques et économiques. En effet, durant cette période, le Gouvernement a pris d'importantes mesures afin d'instaurer la démocratie et rétablir la paix. L'économie a réagi favorablement à ces avancées. Aussi, sur le plan économique, les réformes et les politiques macroéconomiques prudentes ont contribué à relancer la croissance et à réduire significativement l'inflation. Sur la période 2002-08, la croissance et l'inflation ont évolué respectivement de 6 % et de 15,9% l'an. Toutefois, depuis le mois de juillet 2008, il s'observe un essoufflement de la croissance économique suite principalement à l'effondrement du secteur minier, conséquence de la crise financière internationale. Ainsi, la croissance s'est ralentie à

2,7% en 2009 et l'inflation est montée à 45%. Le PIB par tête a chuté d'environ 174,5 dollars américains en 2008 à 156,8 dollars en 2009, soit un niveau cinq fois inférieur à la moyenne africaine. Une telle tendance comporte certainement des effets défavorables au développement du système de santé du fait de la stagnation ou amenuisement des ressources allouées à santé.

9. D'importants dépassements des crédits monétisés ont dégradé la situation budgétaire au cours de la période 2006-09, malgré une bonne performance des recettes. Les recettes budgétaires ont été exécutées au-delà de la programmation, avec une augmentation graduelle de 11,4 % en 2005 à 12,9 % du PIB en 2006 et 18,5% du PIB 2009 pour chuter à 17,9 % du PIB en 2010, sous l'effet de la crise financière internationale. Les dépenses sur ressources propres ont été exécutées au-delà du plafond programmé dans le plan de trésorerie sur la période 2002-09 suite à des pressions sécuritaires et humanitaires, qui ont induit des accroissements imprévus en cours d'exercice des dépenses courantes de souveraineté, de sécurité et celles liées à la décentralisation. La difficulté de maîtriser les dépenses courantes s'est traduite par un accroissement excessif des agrégats monétaires entre 2006-07.

### 1.5. Stratégie de développement national

10. Le Gouvernement s'est engagé en 2006, à travers le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) qui a couvert la période allant de 2006 à 2008, à mettre en place une nouvelle génération de réformes économiques et sociales pour lutter contre l'extrême pauvreté. L'objectif est d'une part de consolider les acquis des programmes économiques passés et rendre durable la croissance, et d'autre part de renforcer la sphère sociale et de s'assurer que les bonnes performances économiques se traduisent par une nette amélioration des conditions de vie des populations.

11. L'objectif ultime que le Gouvernement vise à travers la présente stratégie est l'amélioration durable et effective des conditions de vie des populations pour une période d'une génération de 25 ans (vision 26/25) répartie sur trois ans, en s'attaquant aux principales causes de la pauvreté telles que relevées dans le diagnostic. Le tableau ci-dessous retrace les principaux objectifs quantitatifs de ladite stratégie et les priorités d'action qui en découlent ont fait l'objet d'une préférence dans les choix budgétaires et les allocations de ressources dans le CDMT.

**Tableau 1: Objectifs quantitatifs de réduction de la pauvreté (en %, sauf indications contraires)**

Indicateurs de développement	2006	2007	2008	2009
Taux de croissance du PIB réel	6,5%	7%	7,7%	8,4%
Taux d'inflation fin de période (IPC)	21,3%	8%	6%	6%
Taux de mortalité infanto-juvénile	126 <sup>1</sup>	-	-	89
Taux de mortalité maternelle	1289	-	-	944
Taux Brut de Scolarisation Primaire	64%	64,1%	70,8%	80%
Taux de prévalence du VIH/SIDA	4,5%	<4,5%	<4,5%	<4,5%
Taux de desserte en Eau Potable	22%	22%	24%	26,9%
Taux de desserte en assainissement	9%	9%	11,5%	15%
Incidence de la pauvreté	70,68%	70%	<70%	<70%

<sup>1</sup> Les données relatives à la mortalité infanto juvénile et maternelle correspondent à celle de l'enquête MICS2 réalisée en 2001. Les valeurs de ces deux indicateurs étaient respectivement de 126 décès pour 1000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 5 ans et 1289 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

12. Le DSCRП repose sur 5 piliers : (i) Promouvoir la bonne gouvernance et consolider la paix (par le renforcement des institutions) ; (ii) : Consolider la stabilité macroéconomique et la croissance ; (iii) Améliorer l'accès aux services sociaux et réduire la vulnérabilité ; (iv) : Combattre le VIH/Sida ; et (v) Promouvoir la dynamique communautaire. Pour opérationnaliser la stratégie, le Gouvernement, en collaboration avec ses Partenaires Techniques et Financiers, a mis en place un PAP 2007-08 reconduit jusqu'en 2010. Ces piliers sont étroitement liés et interdépendants les uns des autres, et les progrès dans un domaine sont tributaires des avancées faites dans les autres — il en est ainsi de la croissance et de la réforme de l'État, ou encore des prestations de services sociaux dont la santé, de la réforme de l'État et de la dynamique communautaire.

13. Concernant la santé, le DSCRП stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. La réalisation d'un tel objectif nécessite la contribution de l'ensemble des secteurs de la vie nationale, ce qui revient à agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau et l'environnement, l'amélioration de conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. en même temps qu'on met en place les services de santé et qu'on se rassure de leur utilisation par la population.

**14. L'objectif du secteur de la santé dans le DSCRП consiste à assurer les soins de santé primaires de qualité à toutes la population en particuliers aux groupes vulnérables en vue de combattre les grandes endémies telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose, la trypanosomiase, etc. ainsi que les maladies non transmissibles.**

## II. SITUATION ACTUELLE DU SYSTEME DE SANTE ET SANTE DE LA POPULATION

### 2.1. Evolution historique

15. L'évolution historique du système de santé de la RDC comme celle d'autres Etats africains se distingue par le caractère institutionnel et par l'initiative des pouvoirs publics. A son accession à la souveraineté internationale, la RDC hérite d'un système de santé basé essentiellement sur des hôpitaux et dispensaires appuyés par des équipes mobiles de lutte contre les grandes endémies. Les multiples crises politiques que connaîtra le pays immédiatement après, et qui se sont accompagnées de l'effondrement progressif de l'économie, ne vont pas épargner le secteur de la santé. C'est ainsi que très vite, les nombreux hôpitaux et dispensaires du pays vont se retrouver démunis de leurs équipements, et la chaîne d'approvisionnement en médicaments connaîtra plusieurs ruptures entre le niveau central et les points d'utilisation. L'arrière-pays sera le plus touché.

16. Le besoin de restructuration du système de santé pour faire face à la situation sera clairement souligné dans le Manifeste de la Santé et de Bien-être publié en 1968. Et en vue de matérialiser cette orientation, il sera créé en 1973, le Conseil National de la Santé et du Bien-être. Cette structure qui se voulait inter-sectoriel, devait être chargé de la conception, de l'orientation et du contrôle de la politique sanitaire nationale.

17. En plus de grandes orientations politiques, les années 70 sont caractérisées par le développement des expériences en médecine communautaire, respectivement à Bwamanda (province de l'Equateur), à Kisantu (province du Bas-Congo), à Kasongo (province du Maniema) et Vanga (province de Bandundu). Ces expériences vont être déterminantes et vont influencer d'une manière caractéristique la politique de santé de la RDC. C'est en effet de ces expériences que sont nées les premières unités décentralisées associant la population à leur fonctionnement : les Zones de Santé.

18. Quoique plusieurs réflexions aient été menées, et alimentées de surcroît par des expériences de terrain, il n'existe pas à proprement parler jusqu'en 1984 de document spécifiquement consacré à la politique sanitaire. La RDC achèvera effectivement en 1984 de définir sa politique et sa stratégie dans le domaine de la santé, concrétisant ainsi son adhésion à la charte de développement sanitaire en Afrique.

19. Ce processus commencé en 1975, à l'instigation du Ministre de la Santé Publique de l'époque, avec l'organisation de la première conférence nationale sur la médecine communautaire, sous l'impulsion de deux réseaux confessionnels impliqués dans l'offre des soins (catholique et protestant), attendra le Plan d'Action sanitaire 1982 – 86 et parallèlement le Programme de Réhabilitation Economique de 1983 – 86 pour voir apparaître les préoccupations des autorités politiques vers les soins de santé primaires et voir consacrer la zone de santé (ZS) comme unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre de la nouvelle politique axée sur la stratégie des soins de santé primaires.

20. L'année 1985 sera celle de l'achèvement de la délimitation du pays en zones de santé mais aussi l'année de la fin des actions mues par une vision du système de santé. Cette année sera aussi celle de la restructuration du FONAMES (Fonds National Médico-Sanitaire), dont la mission n'est plus celle de combattre les endémo-épidémies mais devient celle de coordonner au nom du Ministère de la Santé, l'aide des partenaires aux Zones de Santé. Malheureusement, le FONAMES ne jouera jamais ce rôle, laissant ainsi continuer le manque de coordination efficace de l'aide des partenaires aux Zones de Santé.

21. La période 1987 – 1991 est celle du fléchissement de l'enthousiasme des partenaires pour l'extension de la couverture en Zones de Santé fonctionnelles. Quelques éléments pour essayer de comprendre le phénomène : - le projet de formation des cadres des Zones de Santé (PNUD-OMS) mis en œuvre par le FONAMES met l'accent sur le médecin chef de Zone de santé comme représentant du Ministre de la Santé Publique et non comme membre de l'équipe de la Zone de santé ; les décisions unilatérales du Ministère de la Santé Publique de permuter les médecins chefs de Zones de Santé problématiques (qui ont mal géré) vers des Zones de Santé fonctionnelles au mépris du principe de méritocratie; - les décisions unilatérales du Ministère de la Santé Publique (MSP) de transférer les médecins chefs de Zones de santé formés en santé publique (MPH) des Zones de Santé fonctionnelles vers les fonctions administratives aux niveaux intermédiaire et national ;

22. La période de 1993 à 2005 se caractérise par des aides humanitaires et des opportunités manquées. En effet, cette période a été marquée sur le plan national par le changement en mai 1997 du régime politique avec une opportunité de remise en question de l'ensemble de la vie nationale. Plusieurs rendez-vous sont à mentionner sur le plan sanitaire : - l'organisation des états généraux de la santé en décembre 1999 ; - la tenue du colloque SANRU en février 2003 avec comme thème "rebâtissons les soins de santé primaires en RDC" par le fondement communautaire, la gestion améliorée, le leadership dynamique et l'intégration aussi bien des programmes, des partenaires que des autres secteurs sociaux ; - et enfin, la tenue en mai 2004 de la Table Ronde de la santé.

23. Mais qu'est ce qui fait que le système de santé soit moins performant qu'il ne l'a été avant 1985 ? Et pourtant, le flux financier dans le secteur de santé, quoique toujours insuffisant, n'a jamais été aussi important qu'aujourd'hui.

## **2.2. Caractéristiques du système de santé**

24. La situation d'urgence, consécutive aux troubles sociopolitiques que connaît le pays depuis 1990, a donné lieu à l'introduction des interventions humanitaires dont l'approche a été essentiellement une approche sélective des problèmes de santé. Ces interventions qui, avec la normalisation de la situation socio-économique, devaient au fur et à mesure laisser la place aux interventions de développement, passent malheureusement à la chronicité et démasquent au fil de temps leur vrai visage : un outil de déstructuration du système de santé de la RDC.

25. L'approche sélective des problèmes de santé avec une priorité accordée aux interventions de lutte contre certaines maladies, dites les plus meurtrières, a atteint son point culminant avec l'adoption en septembre 2000, lors du sommet du millenium des Nations Unies, des Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) dans le but d'accélérer la réduction de la pauvreté. Ceci



s'est traduit par la création au niveau international d'une série des programmes sélectifs et des fonds d'appui aux problèmes spécifiques de santé.

26. A l'évidence, sur le plan interne de la RDC, le bon sens suffit pour dire que l'organisation actuelle du niveau central du Ministère de la santé en 13 Directions Centrales et 52 Programmes Spécialisés rend très difficile la fonction de coordination intra sectorielle qui doit être assurée par le Secrétaire Général à la Santé, et conduit inévitablement aux chevauchements dans les missions et attributions des directions et programmes spécialisés. Cet état de chose n'est pas sans conséquence sur l'offre des soins au niveau opérationnel.

27. De plus, les stratégies de survie individuelles et institutionnelles prévalentes depuis des décennies, et qui au fil de temps sont devenues des caractéristiques de fonctionnement des institutions (ministères de la santé & éducation notamment) ont conduit à une multiplication effrénée des structures aussi bien de formation que de prestation des soins. C'est ainsi qu'on a dénombré en 2009, 39 facultés et 108 instituts supérieurs des Techniques Médicales (ISTM). (ELS, 2009). Depuis 1998 le nombre d'ITM (Instituts des Techniques Médicales) a augmenté d'environ 54% passant ainsi de 255 à 466 en 2009 selon les états des lieux organisés en 1998 et en 2009. . Le nombre des diplômés des ITM est passé d'une moyenne annuelle d'environ 1500 entre 2001 et 2005 à environ 3000, sinon plus entre 2007 et 2009 !

28. Subsidièrement à ce qui se passe au niveau central, une tendance se dessine pour le niveau intermédiaire, la multiplication des bureaux dans une logique de reproduction des tâches des directions centrales et la création des coordinations et points focaux des programmes spécialisés. Les 2 échelons du niveau intermédiaire à savoir, l'inspection médicale provinciale et l'inspection de district, tirent ainsi leurs priorités du niveau central.

29. Au niveau opérationnel, outre le fait qu'un nouveau découpage des zones de santé est intervenu, l'intégration des structures de la zone de santé pose problème (l'hôpital évolue à part et fait concurrence aux centres de santé). La plupart des programmes subsidiés par des bailleurs des fonds étendent leurs activités jusqu'au niveau périphérique. Le PMA au lieu d'être mis en œuvre de façon intégrée par une équipe polyvalente, devient un PMA sélectif mis en œuvre par du personnel spécialisé.

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

### **2.3. Problèmes du système et leurs causes éventuelles**

31. Les problèmes identifiés lors de différentes visites de terrain en 2005 et les différentes études qui ont été réalisées dans le secteur peuvent être regroupés en 9 catégories :

#### **2.3.1. Problèmes liés à la longue période caractérisée par la situation d'urgence.**

32. Les situations d'urgence qui ont prévalu ces dernières années avec la préoccupation de faire tout et tout de suite ont été un prétexte pour faire des interventions de façon disparate, sans suivre une démarche cohérente. Parmi les conséquences liées à cette façon de faire on peut citer : (i) la substitution des structures de l'administration de la santé chargée de la mise en œuvre des activités par les organisations non gouvernementales (cas des ONGs engagées dans la lutte contre le VIH/SIDA qui installent dans tout le pays des centres de traitement aux antirétroviraux), (ii) la mise en place des circuits parallèles d'approvisionnement en médicaments qui contournent et donc fragilisent le système national, (iii) la mise en place des plusieurs circuits d'information sanitaire avec comme résultat que chaque CS a désormais près de 40 canevas de rapports mensuels à remplir, etc.

33. On a également assisté à une multiplication des infrastructures qui ne répondent à aucune logique de rationalisation de la couverture sanitaire. Dans la logique de rapprocher les soins de santé

des bénéficiaires, nous assistons à la création des Centres de Santé de Référence (CSR) pratiquant des interventions chirurgicales et postes de santé (PS) dans les aires de santé. Outre le fait que la création des CSR et PS ont une influence néfaste sur la qualité des soins, ces dérives ont également comme conséquence, par leur inefficience, des effets à long terme sur la durabilité du système, d'un point de vue économique, mais aussi d'un point de vue technique.

### **2.3.2. Absence d'un cadre de référence correcte pour la définition des services de zone.**

34. L'hôpital semble avoir été « oublié » comme élément structurant de la zone de santé et comme structure chargée de l'appui au développement des services de 1er échelon. La séparation des responsabilités entre la gestion de l'hôpital et de la zone de santé (médecin chef de l'hôpital et médecin chef de zone) constitue également un élément déstructurant du système.

35. L'idée que l'équipe polyvalente du CS travaille par délégation de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) semble progressivement céder le pas à la mise en place au niveau du CS des activités de contrôle des maladies segmentées en relation avec des programmes prioritaires bien financés (PNT, PEV, PNLS, PNSR, PNTHA, PNLO,...). Par ces faits, la notion d'intégration, de globalité et de continuité qui caractérisent les SSP disparaît et la supervision est vidée de son contenu, en tant qu'instrument de formation continue visant un renforcement global des capacités du personnel en charge des services en contact avec la population.

36. Au niveau de l'équipe de gestion de la zone de santé, il y a peu de travail d'équipe. Ceci est dû notamment au fait que les services de la zone de santé (CS et HGR) ne sont pas (ou peu) vus comme des services intégrés, ayant des fonctions spécifiques mais complémentaires et devant fonctionner de manière coordonnée.

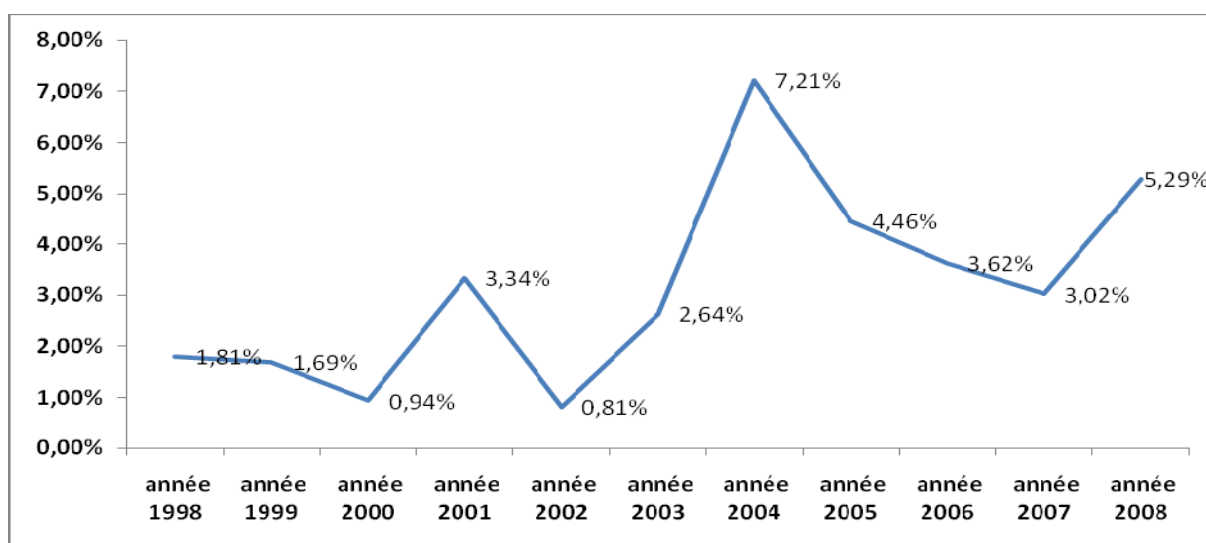
37. S'il est vrai que tout le monde s'accorde sur la nécessité de développer les zones de santé comme le recommande d'ailleurs le cadre normatif du secteur de santé (PNS et PDDS), il est tout aussi vrai que les acteurs du secteur de la santé ne se sont pas encore accordés sur la manière de le faire, sur la stratégie (principales interventions) à mettre en œuvre en vue du développement des zones de santé. Cette absence de vision commune a été décrite dans plusieurs fora organisés au sein du secteur de la santé. Parmi ces fora, on peut citer : la Table Ronde du secteur de la santé organisée en mai 2004, la revue annuelle 2004, etc. **La stratégie de renforcement du système de santé définie adoptée en 2006 et dont on est à sa deuxième édition aujourd'hui et qui est essentiellement basée sur le développement des Zones est justement destinée entre autre à combler ce vide**

### **2.3.3. Effets pervers du financement de la santé**

38. Le système de financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur un trépied constitué du budget de l'Etat, des apports extérieurs (bilatéraux et multilatéraux) et du recouvrement des coûts des soins et services de santé auprès des usagers (jusqu'à 70% des frais de fonctionnement).

39. **Le budget de l'Etat consacré à la Santé. La part du budget de l'Etat consacré à la santé est restée toujours inférieure aux engagements des chefs d'Etat à ABUJA en 2001.** Le budget de l'Etat consacré à la santé est resté inférieur à 2% du budget global de l'Etat entre 1998 et 2000, il est remonté à 3.34% avant de retomber à moins de 1% en 2002. La part la plus élevée du budget de l'Etat consacré à la santé a été enregistrée en 2004, soit 7.21%.

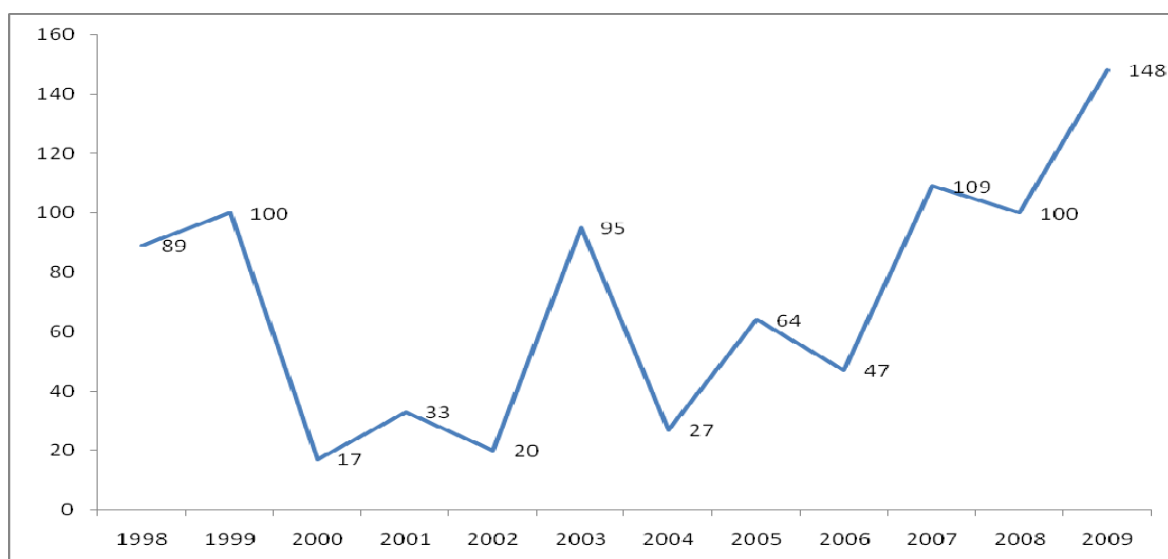
**Figure 2: budget de l'Etat consacré à la santé comme % du budget total entre 1998 et 2008**



Source : DPSB, Ministère du budget

40. **Un autre problème que pose le budget de l'Etat consacré à la santé est celui du taux de décaissement.** En effet, si ce dernier a également évolué avec le temps depuis 2001, il est resté en moyenne de 54% sur la période allant de 1998 à 2009 si l'on ne prend pas en compte des pics liés à des dépenses d'urgence ou à des augmentations des primes et salaires intervenues en plein exercice budgétaire. . En 2006 par exemple, sur les 1.8 USD par habitant prévu dans le budget de l'Etat consacré à la santé, seul 0.8 USD ont été décaissés, soit moins de 50%. La figure suivante reprend le taux de décaissement du budget de l'Etat consacré à la santé sur la période allant de 1998 à 2009.

**Figure 3 : taux de décaissement du budget de l'Etat consacré à la santé entre 1998 et 2009**



Source : DPSB, Ministère du budget.

41. A cause du désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de santé, il s'est créé des flux financiers où l'argent de la contribution des malades remonte pour financer les niveaux administratifs supérieurs. Cette pratique s'est intensifiée à partir des années 1990, lorsque

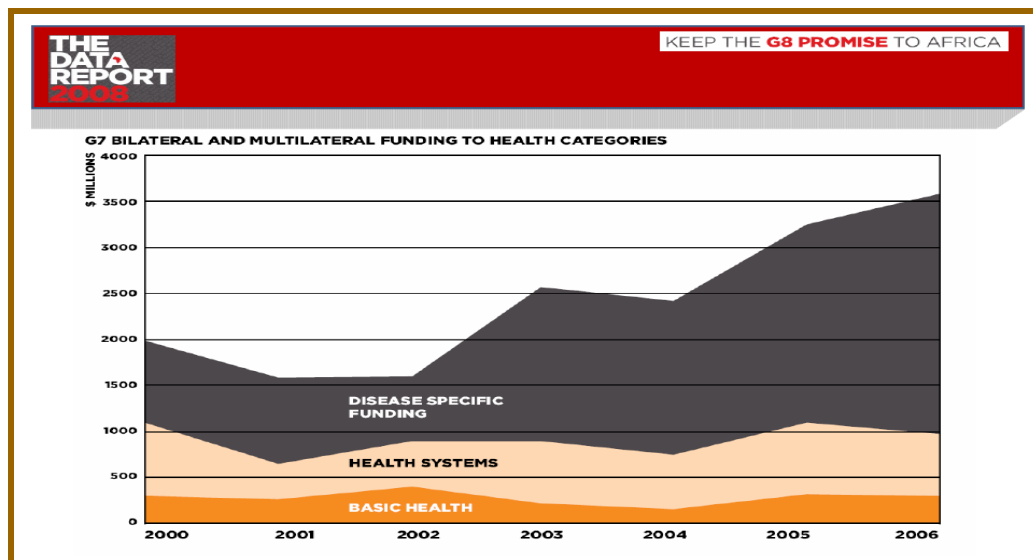


les centres de santé et hôpitaux ont été amenés à reverser 5-10% de leurs entrées financières aux bureaux centraux des zones de santé (BCZS) qui eux-mêmes devaient en faire autant pour le niveau provincial, et celui-ci pour le niveau central. Ces versements servent au fonctionnement des activités, mais également aux rémunérations des personnels à ces différents niveaux. Au fil des années ce système de taxation informelle et inéquitable s'est enraciné et est devenu un des moteurs du système pour la survie financière des individus et des institutions.

42. Ce système « de survie » est également alimenté par toute une série de canaux comprenant notamment toutes sortes d'autorisations de fonctionnement ou d'ouverture pour les privés, les amendes et taxes,...etc. Un privé à but lucratif non régulé s'est installé. Dans un contexte d'absence des mécanismes pour assurer la qualité des soins, le développement anarchique du privé constitue un facteur de danger pour la santé des populations et un facteur d'explosion des coûts des soins de santé et partant de l'accentuation de la pauvreté (les grands contributeurs étant les ménages)

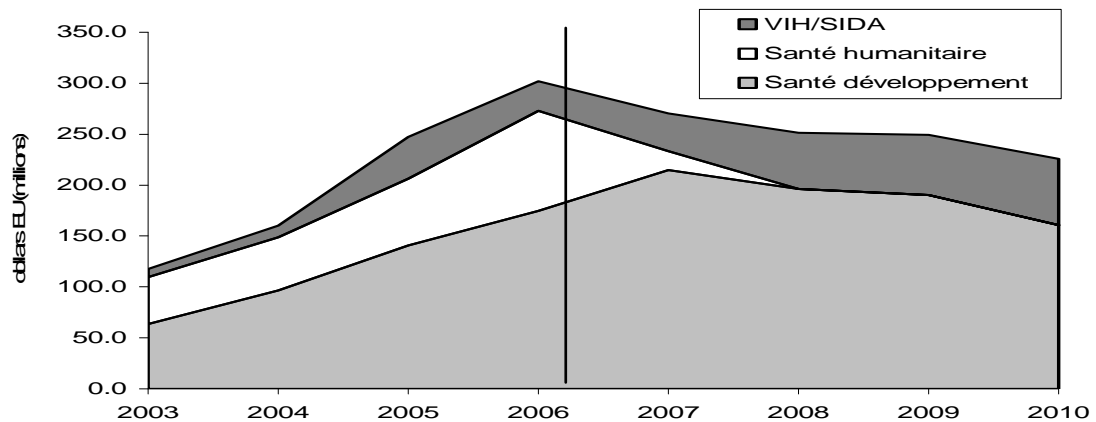
43. L'aide extérieure consacrée à la santé a certes augmenté depuis 2001, mais elle est en grande partie destinée aux programmes verticaux (Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, le VIH/SIDA et la Tuberculose, Multi Country Aids Programm...etc.). Le fait que ces ressources destinées à la lutte sélective contre la maladie aient été pratiquement les seules disponibles dans le secteur de la santé au lendemain de la redéfinition de la politique nationale de santé, a certainement contribué à la marginalisation de la stratégie basée sur les soins de santé primaires et de la zone de santé comme unité opérationnelle. On a donc assisté à des services de santé basés sur les indicateurs des programmes spécialisés contre la maladie en lieu et place des services de santé centrés sur la personne. Le graphique suivant montre l'évolution et la structure de l'aide internationale consacrée à la santé mise à disposition des pays africains par les pays développés membres du G8.

**Figure 4 : évolution de l'aide internationale consacrée à la santé dans les pays africains (G8)**



44. La forte dépendance du financement de la santé vis-à-vis de l'extérieur a fortement influencé la structure du financement de la santé en RDC. Il s'en est donc suivi des dysfonctionnements qui se matérialisent dans la structure du MSP à tous les niveaux du système de santé : la multiplication de directions et de programmes spécialisés ainsi que la fragmentation des prestations au niveau périphérique. La figure suivante réalisée en 2007 lors de la revue des dépenses publiques consacrées à la santé, montre l'évolution de l'aide au développement consacrée à la santé et en fait une projection jusqu'en 2010. La structure de ce financement comme on le voit est proche de celle de l'aide mise à disposition par des pays industrialisés au cours de la même période.

**Figure 5: Estimation et projection de l'appui des bailleurs de fonds internationaux aux programmes de santé et de lutte contre le VIH/SIDA, 2003-10**

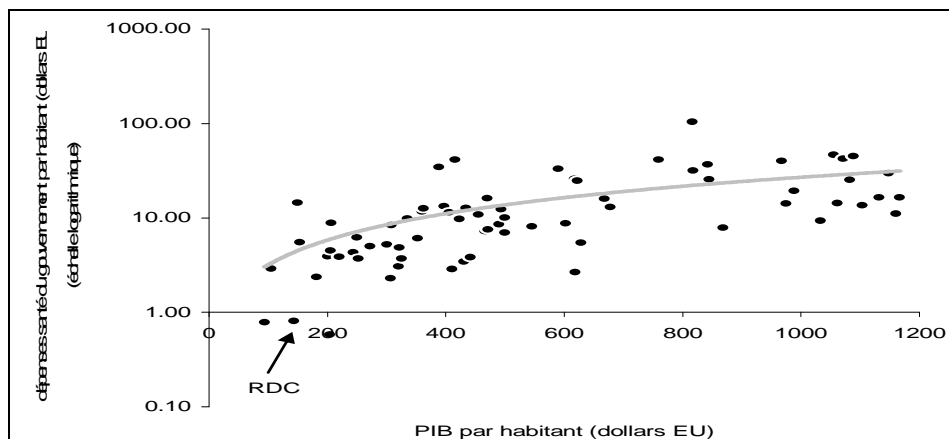


Source : Banque Mondiale, revue des dépenses publique

45. Outre la création des structures correspondantes au niveau intermédiaire, les programmes exercent un effet d'aspiration des ressources importantes du niveau intermédiaire vers des réunions fréquentes au niveau de Kinshasa. Au lieu de se préoccuper d'appuyer le développement des ZS, la structure intermédiaire regarde vers le haut, pour en tirer des bénéfices immédiats.

46. Dans un contexte de pauvreté, les interventions humanitaires sont été perçues par une certaine classe politique' comme le seul moyen d'octroyer des ressources (véhicule, moto, groupe électrogène, etc.) à 'sa communauté', ceci est l'une des raisons qui expliquent que le nombre des Zones de Santé est passé de 306 à 515 en 2003. De façon générale, les dépenses de santé en RDC restent très faibles par rapport aux besoins. Elles sont parmi les plus faibles des pays à produit intérieur brut inférieur à 1200 USD comme le montre la figure suivante :

**FIGURE 6: Dépenses publiques de santé par habitant vs. PIB par habitant, pays avec un PIB par habitant inférieur à 1200 (dollars EU)**



Source : Banque Mondiale, revue des dépenses publique

### 2.3.4. Participation communautaire mal comprise

47. Devant le constat de services peu fonctionnels, on voit apparaître une floraison intense de « relais communautaires » dont la qualification et le niveau technique sont insuffisants pour constituer une alternative au personnel de santé qualifié. Si le recours aux « relais communautaires » pouvait se justifier dans les années 70, la situation a complètement changé, le

contexte du système de santé est aujourd'hui caractérisé par une pléthore du personnel infirmier et une inflation des écoles d'enseignement médical.

48. L'une des idées centrales de la participation communautaire est que la population devrait avoir un mot à dire sur ce qu'on lui offre : on en est bien loin. Et pourtant, la population contribue pour près de 70% au financement des charges récurrentes du fonctionnement des certaines zones de santé.

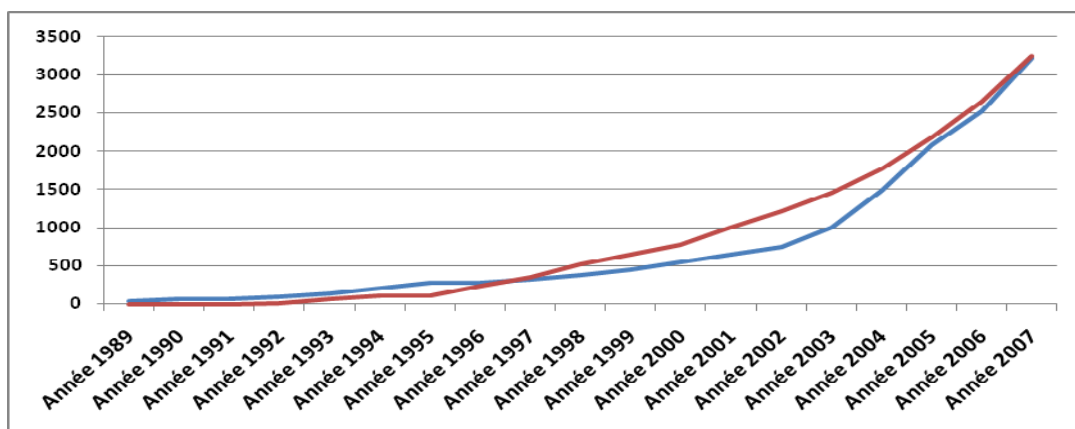
### 2.3.5. Problème des ressources humaines

49. Bien que fragmentaires, les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé sont un problème sérieux en RDC. Si en 1998, le nombre de médecins en RDC était d'environ 2000 et celui des infirmiers 27.000, à l'heure actuelle, il est difficile de dire combien il y a des médecins et d'infirmiers en RDC. En effet, comme indiqué plus haut, il existe dans le pays près de 60 établissements d'enseignement supérieur qui forment des médecins et des infirmiers. Près de 1500 médecins sortent chaque année des seules Universités de Kinshasa et de Lubumbashi. Tout porte à croire que leur nombre est sérieusement en hausse depuis le début des années 2000. Les Instituts des Techniques Médicales (ITM), qui sont à environ 362 dans le pays forment chaque année près de 7.000 infirmiers. Pour cette catégorie aussi, le nombre est en croissance rapide.

50. Les effets pervers de cette inflation du personnel commencent déjà à se faire sentir sur terrain. On assiste depuis quelques années à une multiplication du nombre des structures de santé dans les ZS. Le nombre d'aires de santé qui disposent de plus de 10 structures de santé devient de plus en plus important. La Zone de Santé de Lukula dans le Bas Congo comptait jusqu'à plus de 100 de santé de premier contact (Centres de Santé, postes de santé, dispensaires) en 2009 pour 18 aires de santé planifiées. Ces structures sont pour la plupart créées par le personnel de santé formé en surplus et qui n'a pas trouvé du travail dans une structure formelle. Pour des raisons de survie individuelle ou institutionnelle comme on l'a décrit plus haut, ces structures de santé qui offrent de soins de santé de qualité pour le moins douteuse, sont entretenues du fait qu'elles contribuent au fonctionnement des niveaux hiérarchiquement élevés.

51. Les données de la carte sanitaire de la ville de Lubumbashi illustre bien la relation entre le nombre pour le moins très élevé des ressources humaines pour la santé formées dans nos universités et l'inflation que l'on constate au niveau des infrastructures sanitaires de premier contact. La figure 7 montre l'incidence cumulée du nombre de médecins et infirmiers de niveau supérieur produits à Lubumbashi entre 1989 et 2007. On constate une évolution quasi exponentielle à partir de 1999- 2000

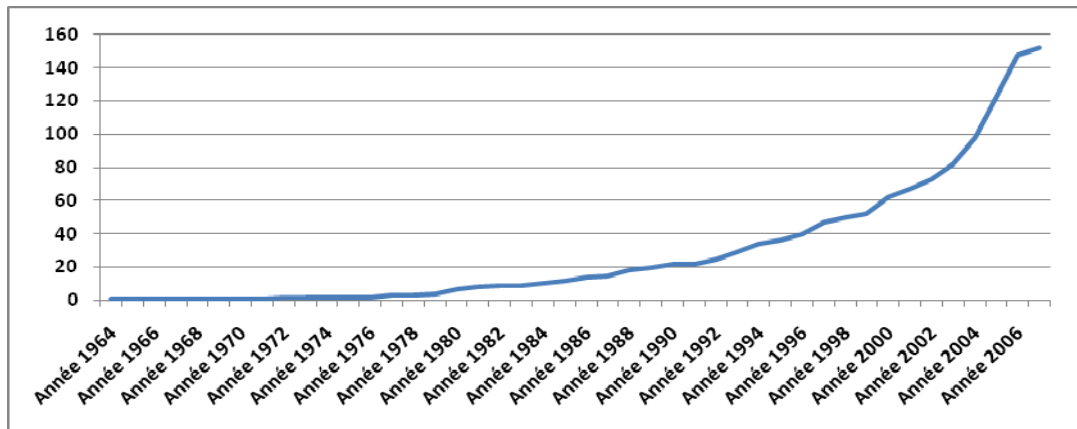
Figure 7 : Evolution du nombre de diplômés (incidence cumulée) en médecine et à l'ISTM de 1989 à 2007



Source : Division provinciale de la Santé du Katanga

52. Cette tendance est superposable à celle observée dans l'implantation des structures de santé de premier contact dans la même ville.

**Figure 8 : Evolution du nombre (incidences cumulées) de structures de soins à Lubumbashi**

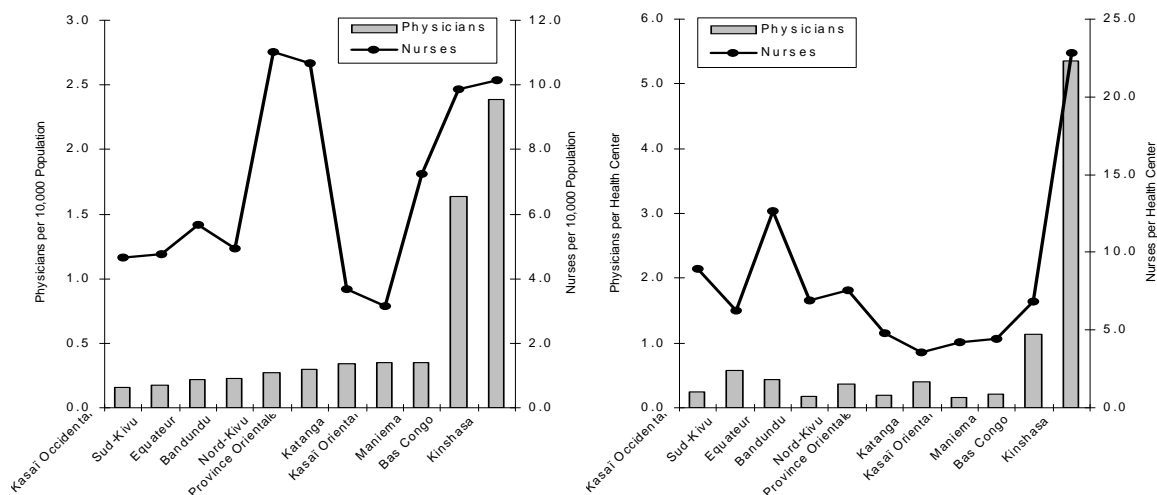


Source : Division provinciale de la Santé du Katanga

53. L'insuffisance de motivation du personnel a conduit, dans une logique d'appui aux interventions spécifiques, à la mise en place des systèmes de primes de performance et d'autres modes de rétribution par per-diem, dont les effets pervers sur le personnel et les services ne se sont pas fait attendre. Ce système amène inexorablement au paiement à l'acte tout à fait en contradiction avec une approche globale de la santé et contraire au principe de solidarité retenu dans la Politique Nationale de Santé.

54. La répartition pour le moins non équitable des ressources humaines entre le milieu rural et urbain est un autre problème que pose la gestion des ressources humaines pour la santé en RDC. Les données disponibles au niveau de la fonction publique montrent que le nombre de médecins pour 10 000 habitants est en moyenne de 6 avec des extrêmes qui variaient entre 0.2 pour le Kasai Occidental et 8 pour Kinshasa en 2006. Au cours de la même année, la moyenne du personnel infirmier pour 10 000 habitants se situait à environ 3.5 avec des extrêmes allant de 1.3 pour le Kasai Occidental et 11 pour le Nord Kivu comme le montre la figure suivante :

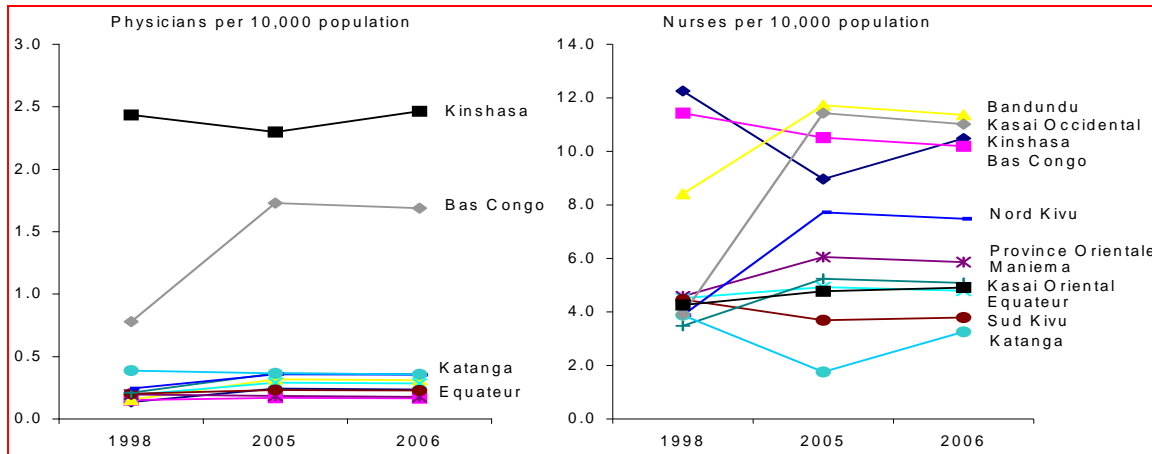
**Figure 9 : Nombre de médecins et d'infirmiers fonctionnaires pour 10 000 habitants, par centre de santé public fonctionnel et par province, RDC 2006**



55. La modicité des salaires actuellement payés par la Fonction Publique est un autre facteur qui compromet sérieusement la mise en œuvre de notre politique de santé basée sur les soins de santé primaires et la réalisation d'autres priorités tant nationales qu'internationales (OMD). En effet, outre le fait de renforcer la stratégie de survie mentionnée plus haut, le caractère non attrayant des

salaires payés crée une instabilité du personnel qui se trouve ainsi dans une recherche continue du plus offrant. La migration interne et externe du personnel de santé devient ainsi une menace non négligeable pour l'offre et la qualité des soins en RDC. La figure 9 met en évidence les tendances des migrations internes du personnel de santé des effectifs de médecins et infirmiers par province entre 1998 et 2006.

**Figure 10 : Tendances des effectifs de médecins et infirmiers fonctionnaires pour 10 000 habitants et par province, RDC 1998-2006**



### 2.3.6. Absence de leadership du Ministère sur le secteur

56. La baisse quasi constante de la part du budget de l'Etat consacré à la santé a eu entre autre pour conséquences (i) la perte par le Ministère de la Santé d'une bonne part de son autonomie pour décider, orienter et conduire la politique nationale de santé (PNS) et les politiques sous sectorielles, (ii) l'insuffisance de la coordination des bailleurs qui interviennent dans le secteur par insuffisance des cadres nationaux compétents qui soient à mesure d'assumer cette coordination en fonction des politiques et stratégies clairement définies (une bonne partie des cadres nationaux a migré chez les partenaires et une autre s'est expatriée), (iii) un manque de contrôle du Ministère sur le financement du secteur mettant les responsables du secteur dans des conditions où ils ne savent pas au début de chaque exercice budgétaire, de combien des ressources ils vont disposer et d'où elles proviendront afin de réaliser la politique nationale de santé, ce qui rend aléatoire tout exercice de planification à long terme, (iv) le modèle conceptuel du système de santé basé sur la Zone de Santé comme unité opérationnelle se trouve ainsi fortement perturbé par d'autres modèles à travers lesquels les bailleurs des fonds véhiculent leur financement.

57. L'expérience récente montre que les questions de gouvernance sont tout aussi importantes que tout l'appui technique et financier dont bénéficie le système de santé. Les performances de plusieurs projets en cours ont été limités du fait que les questions la gouvernance et le leadership n'ont pas été bien assumés. On a noté que dans plusieurs domaines qui nécessitent une prise de décision, la tendance est de mettre en place des mécanismes qui contournent le vrai problème. La question des ressources humaines est l'une de celles où le gouvernement doit assumer ses engagements vis-à-vis de la population et des partenaires au développement. La politisation de la gestion des ressources humaines, la tendance à une tribalisation des postes au nom de la décentralisation n'est pas de nature à faire avancer les choses.

58. Le MSP doit assurer son leadership pour faire avancer la mise en œuvre de la Déclaration de Paris à travers l'agenda de Kinshasa en vue de mettre fin à la fragmentation qui a désarticulé les services de santé de la ZS.

59. Les normes sont élaborées de façon cloisonnée et sont transmises en tant que tel dans les ZS qui se voient obligées de les appliquer. Dans ce domaine, on constate par exemple que les directions,

les programmes et voire les partenaires du secteur élaborent et acheminent dans les ZS, des outils de planification, des canevas de collecte des données, sans que la pertinence de tous ces documents normatifs aient été discutée au niveau central. On en est aujourd'hui à une douzaine des micros plans dans les ZS et une quarantaine des canevas de SNIS dans les CS.

60. En conclusion, sous la pression des événements dont les principaux sont la mauvaise gouvernance, les conflits armés et la faiblesse du leadership du Ministère dans le secteur consécutif à une baisse constante des ressources nationales consacrées à la santé, il s'est mis en place des services de santé de qualité pour le moins douteuse et dont l'essentiel peut être résumé dans la section suivante relative aux prestations.

### **2.3.7. Problèmes liés au secteur du médicament**

61. Le Gouvernement a mis en place depuis 2002 le Système National d'approvisionnement en médicaments, SNAME en sigle. LE SNAME est basé sur la centralisation des approvisionnements et la décentralisation de la distribution à travers les centrales d'achat et d'approvisionnement en Médicaments, CDR en sigle. A ce jour, le pays compte de 15 CDR fonctionnelles sur les 20 à 25 prévues. Ces 15 CDR couvrent théoriquement 337 ZS. Deux provinces ne sont pas encore couvertes en CDR (SUD-KIVU et MANIEMA). Les CDR se sont fédérées en Fédération des Centrales d'Achat et de Distribution des Médicaments Essentiels (FEDECAME) pour bénéficier des avantages liés aux achats groupés. Le Gouvernement congolais a signé une convention avec la FEDECAME dans laquelle il confie à celle-ci la mission de passer des commandes groupées. Il s'engage dans la même convention à mettre à disposition de la FEDECAME des bâtiments pour l'aider à mieux remplir sa mission. Depuis sa mise en place, le SNAME fait face à plusieurs problèmes qui ont un impact direct sur l'offre et la qualité des soins, il s'agit de (i) la coexistence de plusieurs systèmes parallèles qui rend complexe le circuit d'approvisionnement, (ii) la non appropriation du SNAME par le Gouvernement, (iii) le chiffre d'affaire du SNAME est insuffisant, (iv) l'insuffisance de la régulation dans le secteur pharmaceutique.

62. **La coexistence de plusieurs systèmes parallèles rend complexe le circuit d'approvisionnement en médicaments.** L'étude sur la cartographie des approvisionnements réalisée en 2009 a mis à jour un système d'approvisionnement et de distribution extrêmement complexe avec 19 agences d'approvisionnement, 99 circuits de distribution qui mobilisent 52 partenaires différents et 85% des partenaires financiers utilisant leurs propres agences d'approvisionnement. Dans la plupart des cas, ces approvisionnements sont réalisés sans réel plan d'appui du niveau intermédiaire(DPS) et périphérique dont les capacités en gestion des médicaments sont très faibles. Cette fragmentation fragilise l'efficacité du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels(SNAME) mis en place en 2002 et qui n'est utilisé par ces différents intervenants. Au niveau de la sélection, seuls 39% des partenaires se basent exclusivement sur la sélection des programmes de santé et les CDR qu'ils appuient. Par ailleurs, l'absence d'une structure et d'un mécanisme de coordination entre le Ministère de la Santé et ces partenaires ne permet pas une élaboration optimale du Plan National d'Approvisionnement en fonction des besoins.

63. **L'absence d'appropriation du SNAME par le Gouvernement.** En dépit de la convention signée entre la FEDECAME et le Gouvernement, ce dernier ne semble pas s'approprier du système mis en place. En effet, les ressources financières contenues dans le budget de l'Etat qui sont destinées à l'approvisionnement en médicaments utilisent un système autre que le SNAME donnant ainsi l'impression que ce dernier, c'est-à-dire le SNAME est mis en place pour l'approvisionnement en médicaments sur ressources extérieurs uniquement. En plus, le système de distribution utilisé par le Gouvernement pour acheminer les médicaments dans les formations sanitaires (généralement sous forme des dons, n'offre aucune possibilité de rationalisation de l'utilisation des médicaments et de pérennisation du système).

64. **Insuffisance du chiffre d'affaire du SNAME.** La part la plus importante des ressources extérieures destinée au médicament utilise un circuit de commande autre que celui du SNAME. Le

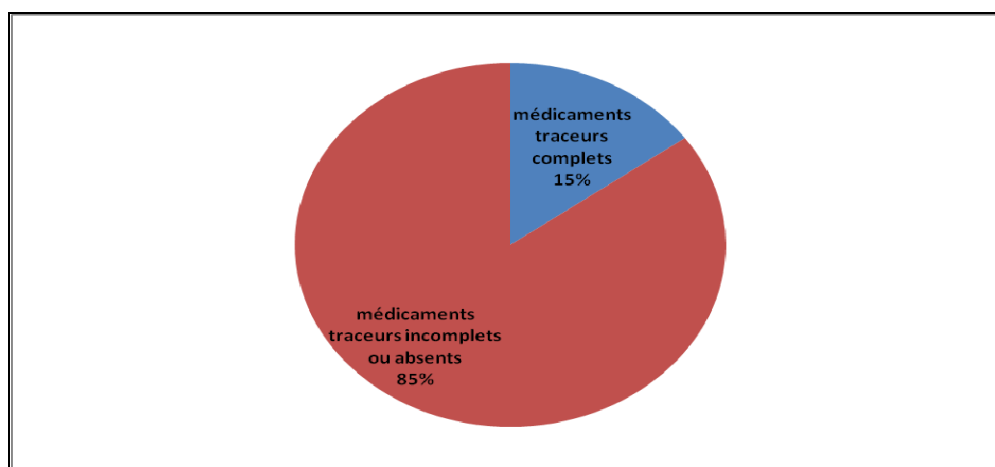
Gouvernement mobilise des ressources importantes destinées à la lutte contre les principales endémies telles que le VIH/SIDA, le Paludisme, la Tuberculose, etc. une bonne partie de ces ressources est destinées à l'achat des médicaments et intrants spécifiques. A titre d'exemple, dans les 600 000 000 USD destinés à la lutte contre le VIH/SIDA et le Paludisme mobilisés au 8<sup>ième</sup> Round du Fonds Mondial, 60%, soit 300 000 000 USD sont destinés à l'approvisionnement en médicaments et intrants spécifiques. Ce montant est 20 fois supérieures au chiffre d'affaire de la FEDECAME estimé à 16 000 000 UDS toutes CDR confondues ! en plus, il s'agit là d'un seul Round du Fonds Mondial. La RDC a mobilisé depuis le 3<sup>ième</sup> Round du Fonds Mondial jusqu'au 9<sup>ième</sup> près d'un milliard de UDS sur 6 ans ! Cette situation entretient la faiblesse du SNAME du fait qu'il est privé des ressources qui devraient contribuer largement au renforcement de ces capacités dont les CDR ne sont pas encore en mesure de prendre en charge leur charge d'exploitation en dehors d'Asrames dans le Nord Kivu.

65. **La production locale intervient pour 10% contre 90% des produits importés selon le rapport de la revue de la Direction de la Pharmacie, Médicaments et Plantes Médicinales (DPM) réalisé en 2008 par l'OMS.** Cette contre performance de l'industrie pharmaceutique locale s'expliquerait par plusieurs facteurs dont une fiscalité asphyxiante. En plus, la plupart d'entre elles ne sont pas à niveau pour les normes des Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF), seules 3 sur 5 auditées (qualité) sont pré qualifiées à ce jour.

66. **Insuffisance de régulation dans le secteur pharmaceutique.** La régulation du secteur pharmaceutique congolais pose d'énormes problèmes. Les établissements pharmaceutiques (détaillants) fonctionnent illégalement pour la plupart et de façon anarchique. La plupart des importateurs et grossistes privés sont hors les règles des Bonnes Pratiques Pharmaceutiques (BPF), la qualité des médicaments entrant et circulant dans le pays est douteuse, et les laboratoires de contrôle de qualité sous équipés. La prescription et la dispensation sans normes claires définies contribuent à augmenter l'utilisation irrationnelle des médicaments. Cet état des choses est relevé dans le Rapport de la Revue de la Direction de la Pharmacie (DPM), du Médicament et des Plantes Médicinales réalisée par l'OMS en 2008. En effet, le rapport cité indique que la législation et réglementation pharmaceutique sont incomplètes, inadéquates et non appliquées. La DPM ne dispose pas des locaux, équipements et un environnement de travail adaptés à ces missions. Le personnel en charge des opérations réglementaires n'est pas adéquat en terme de nombre et de qualification au regard des responsabilités attribuées par les textes. Les fonctions réglementaires sont pour certaines partiellement remplies.

67. **La disponibilité du médicament dans les formations sanitaires n'est pas garantie même dans les formations sanitaires couvertes par le SNAME.** Cette situation est due d'une part à la faiblesse du chiffre d'affaire comme on vient de le voir, mais aussi à l'absence de fidélisation des formations sanitaires au SNAME. En effet, les différents circuits d'approvisionnement en médicaments qui existent notamment dans le secteur privé, rendent disponibles les médicaments de qualité douteuse, mais à des prix souvent inférieurs à ceux qui sont pratiqués par le SNAME. Les responsables des formations sanitaires semblent être très intéressés par cette question des prix au détriment de la qualité du médicament. L'état des lieux du secteur de la santé réalisé en 2009 a montré que sur les 364 structures de santé faisant fonction d'HGR qui ont été enquêtées, seules 55, soit 15% disposaient au moment de l'enquête de tous les médicaments traceurs retenus comme le montre le graphique suivant :

**Figure 11 : disponibilité des médicaments traceurs dans les structures faisant fonction des HGR.**



Source : Rapport préliminaire des états des lieux du secteur de la santé, 2009

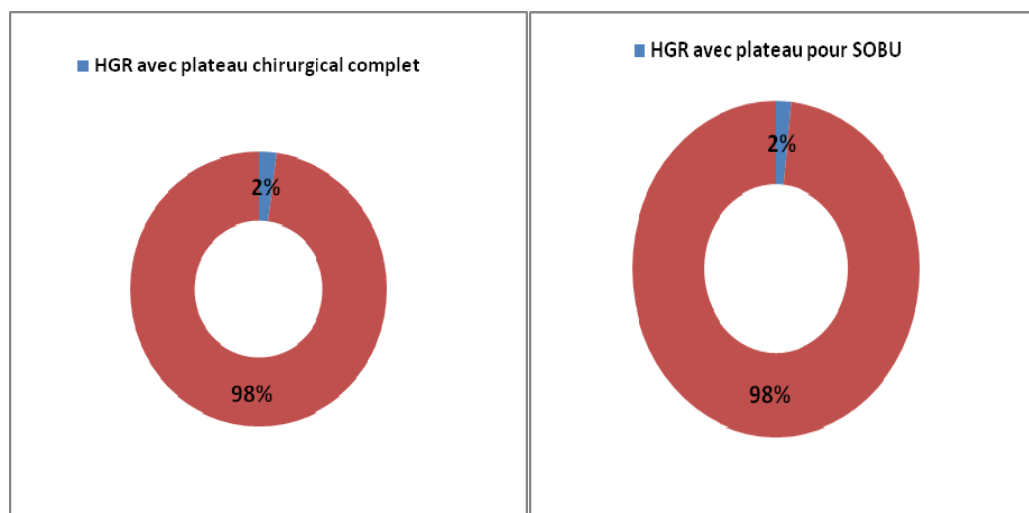
L'enquête sur l'évaluation du secteur pharmaceutique réalisée par le MSP en 2006, a relevé des problèmes dans l'utilisation des médicaments au niveau périphérique. En effet l'analyse des prescriptions médicales a montré une moyenne de 4 médicaments par ordonnance, 62,2% d'ordonnances avec au moins un antibiotique et 32,6% avec une injection. A ces prescriptions irrationnelles s'ajoutent d'autres problèmes de gestion qui se traduisent par la disparition quasi généralisée de la pharmacie hospitalière, la mauvaise gestion des recettes générées par les médicaments, les ruptures de stock, les péremptions, la commercialisation illicite (« les pharmacies de poche et de tiroir ») qui entravent la disponibilité. **En plus des problèmes d'accessibilités géographiques, il se pose également la question de l'accessibilité financière des populations aux médicaments.** Celle-ci semble également très limitée. En effet, l'enquête sur les prix des médicaments en RDC réalisée par le PNAM en 2007 évalue à 55,6%, la disponibilité générale des médicaments génériques, le traitement du diabète par exemple pendant 30 jours exige les revenus de 13 jours de travail du congolais moyen pour les spécialités et de 2 jours pour les génériques.

### **2.3.8. Prestations des services et des soins de santé**

68. Les prestations des services et soins de santé sont caractérisées par : (i) une désarticulation des services de santé de la ZS, (ii) des interventions verticales peu efficaces, peu coordonnées en lieu et place des soins de santé intégrés, (iii) l'émergence du privé lucratif non régulé, (i) l'existence de quelques ZS soient qui ont gardé leur degré de fonctionnement depuis tout ce temps, soit qui commence depuis 3 à 4 ans à asseoir les soins de santé primaires progressivement. **Une désarticulation, voire une fragmentation des services de la Zone de Santé du fait de l'insuffisance des ressources nationales affectées au secteur et, de ce fait, la perte du pouvoir normatif du Ministère et celui de coordination des bailleurs par ce dernier.** Cette désarticulation se manifeste d'une part par la marginalisation de l'Hôpital Général de Référence qui entre en compétition avec les Centres de Santé (financés par les partenaires du secteur) perturbant ainsi les mécanismes de référence et de contre référence et, d'autre par le fait que ces Centres de Santé répondent plus aux programmes verticaux et aux partenaires qu'aux ECZ qui elles-mêmes sont en voie de disparition. L'état des lieux du secteur de la santé réalisé en 2009 montre que la proportion d'HGR qui disposent d'un plateau technique pour la réalisation des interventions chirurgicales et obstétricales d'urgence est respectivement de 8% et 6% comme le montre la figure suivante :



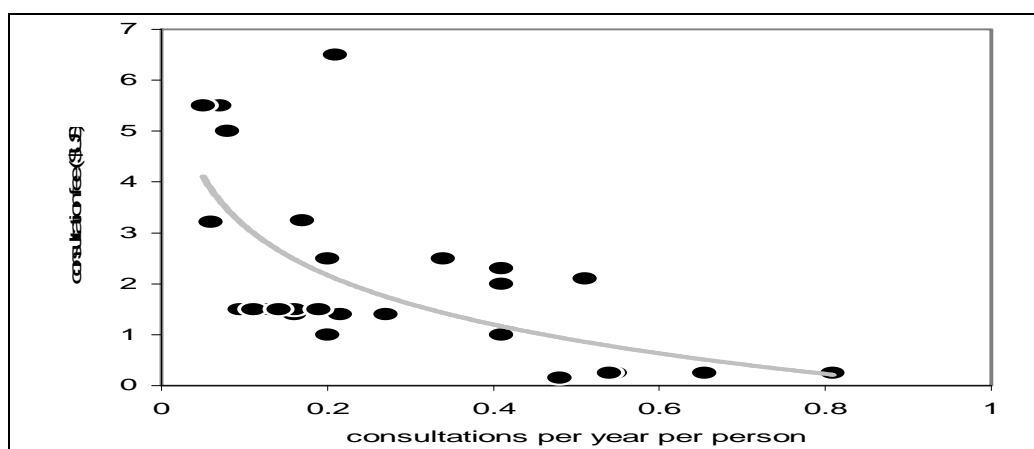
**Figure 12 : proportion d’HGRs qui disposent des plateaux techniques pour la chirurgie et les soins obstétricaux d’urgence**



Source : Rapport préliminaire des états des lieux du secteur de la santé, 2009

69. **Des interventions verticales non coordonnées, peu efficaces, peu efficaces en lieu et place des services de santé intégrés, continus et globaux répondant plus à des besoins d’urgence ou humanitaires.** Ces programmes verticaux reçoivent des subventions de la communauté internationale (fonds Mondial, Banque Mondiale, etc.), subventions qui ont constitué pendant quelques années près de  $\frac{3}{4}$  de l’ensemble du financement de la santé. En République Démocratique du Congo comme dans d’autres pays où le financement de la santé est essentiellement extraverti, on constate de plus en plus un retrait des coopérations bilatérales ou tout au moins une diminution de la part de leurs financements consacrés à la santé. Dans les pays où le financement de la santé est extraverti **Une émergence des services privés lucratifs non coordonnés et de qualité douteuse** et qui rendent encore plus complexe l’organisation de l’offre des soins de qualité. Cette situation est due d’une part à l’offre du personnel de santé (médecins et infirmiers) qui de plus en plus dépassent la demande et dont l’exercice libéral de la pratique médicale constitue la seule voie d’issue, et d’autre part au développement des stratégies de survie individuelles et institutionnelles qui se traduisent par une ouverture anarchique et en surnombre des postes de santé, des dispensaires, des Centres de Santé dits de référence dans lesquels on fait de la chirurgie et des Instituts des Techniques Médicales. L’utilisation des services de santé reflète généralement la performance de ces derniers. Comme on devrait s’y attendre, la mauvaise qualité des services de santé disponibles a eu un effet très négatif sur l’utilisation de ces derniers. Le taux moyen de l’utilisation des services de santé selon le rapport de l’Etat Santé et Pauvreté en RDC (Banque mondiale, 2005) est d’environ 0,15 (0.07 – 0.42) consultations par habitant et par an qui correspond à moins d’une consultation par personne tous les 6 ans. Ce taux a été mesuré sur une population qui représente environ 54% de la population totale de la RDC. La revue des dépenses publiques consacrées à la santé a démontré que la capacité des populations à payer les soins et services de santé a un impact réel sur l’utilisation de ceux-ci.

Figure 13 : taux d'utilisation des services de santé en fonction du coût de la consultation



Source : Banque Mondiale, revue des dépenses publiques

70. Deux tiers des patients en RDC ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens (financiers) pour y accéder. Selon une étude réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa en 2003, parmi les membres de familles qui sont tombés malades, 30% sont allés dans un centre de santé public ou confessionnel, 40% ont pratiqué l'automédication, 21 % n'ont reçu aucun traitement et 9% ont consulté un guérisseur traditionnel. Ceci correspond à environ 70% des malades qui n'ont pas accès aux services de santé modernes.

#### 2.4. Rôle des bailleurs dans l'évolution du système de santé

71. L'analyse du climat dans lequel se font les interventions des partenaires extérieurs révèle que l'agenda de certains parmi eux n'est pas toujours le développement durable du système de santé de la RDC. La mise en place au niveau intermédiaire des structures qui représentent les institutions partenaires du Ministère de la Santé crée plusieurs problèmes au secteur de santé déjà fragile. Parmi ces problèmes on peut citer : (i) des conflits de plus en plus croissants avec des structures qu'elles sont censées appuyer, (ii) l'accentuation de la verticalisation du système du fait de l'intervention de ces structures d'appui y compris dans les centres de santé et la communauté et (iii) une inefficience, pour le moins importante, dans l'utilisation des ressources mises à la disposition du fait des coûts élevés des transactions, (iv) une évolution progressive du rôle d'appui que sont supposés jouer les partenaires du secteur à celui de prestataires.

72. Le risque de faire mourir le système de santé déjà agonisant devient d'autant plus important quand, à l'insuffisance d'un leadership et d'une vision partagée sur le système de santé à mettre en place, vient s'ajouter la préoccupation de survie de certains cadres du ministère de la santé qui les conduit à créer des alliances avec cette catégorie des partenaires.

73. On assiste à une multiplication des structures centrales pour s'adapter à ce qui est perçu comme des possibilités d'accéder à des financements extérieurs (c'est ainsi que depuis 2002 le nombre de directions au sein du Ministère est passé de 7 à 13 et le nombre de programmes de 17 à 52). Outre l'inefficience que cela génère, et la difficulté de gérer ces structures de façon cohérente, cela introduit de nombreux chevauchements, tensions et conflits entre les animateurs de ces structures.

74. A l'instigation de certains partenaires financiers, une nouvelle catégorie socioprofessionnelle a été créée, les relais communautaires (RC) et dont le rôle est précisé : "les fonctions des relais communautaire comprendront le traitement de la diarrhée, de la pneumonie, du paludisme, la promotion et l'acceptation de la planification familiale, la promotion de 12 comportements clé compris dans le paquet PCIME communautaire, l'identification et la référence des complications obstétricales vers le centre de santé ou directement à l'hôpital de première référence". A cette catégorie des relais qu'on pourrait qualifier de "généralistes", il faudra ajouter la catégorie des relais par programme spécifique. Le nombre de ces prestataires est tel que leur supervision est quasi impossible, ce qui ouvre à de nombreux abus.

75. Le besoin de disposer des données sur les résultats de différents programmes mis en œuvre et/ou financés par les partenaires extérieurs a conduit à la restructuration du système d'information sanitaire du Ministère de la Santé en l'organisant en 12 composantes indépendantes. Si on place réellement la population au centre des préoccupations du système de santé, le constat est que le recueil de données pour les niveaux supérieurs a nettement pris le pas sur l'auto évaluation des services de santé et l'organisation rationnelle de l'information sur les patients. D'une fonction d'appui à la gestion des services, le recueil de données s'est transformé au fil de temps en un 'programme spécifique' qui ne dit pas son nom et dont le coût de fonctionnement a tendance à dépasser, toute proportion gardée, le financement des services de santé.

76. Des contradictions des politiques et modes de financement de certains partenaires extérieurs sont manifestes. Bon nombre d'entre eux ont une pratique double, en parallèle: d'une part un "financement- système" à travers l'appui aux zones de santé, et d'autre part un "financement- mise en- œuvre- de- programmes".

77. Cependant, depuis la déclaration du Groupe Inter Bailleurs Santé relative à leur alignement sur la Stratégie de Renforcement du Système de Santé faite en février 2006 lors de l'adoption de cette dernière, les bailleurs du secteur presque tous adhérents aux principes de la réforme du financement qui devra dans les années à venir permettre de réduire la fragmentation, améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions dans le secteur de la santé.

## **2.5. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement et le système de santé en RDC**

78. Le système de santé de la RDC comme on l'a vu plus haut a été parmi les plus performants du continent au point d'alimenter certaines réflexions sur la réforme sanitaire au niveau international. La période au cours de laquelle est intervenue sa désarticulation (de 1990 à 2005) correspond à celle au cours de laquelle ont viré au rouge la plupart d'indicateurs sociodémographiques du pays comme le soulignent l'état des lieux du secteur de la santé (Ministère de la Santé, 1998) et le MICS2 (Ministère du Plan, 2001). Ceci montre que le virage au rouge des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatif à la Santé en RDC est entre autre une conséquence de la baisse de la réponse nationale aux principaux problèmes de santé du fait de la désarticulation du système.

79. Cette désarticulation est en grande partie due à l'environnement dans lequel a évolué le système de santé (mauvaise gouvernance, conflit armé, marginalisation des ressources humaines pour la santé qui en RDC sont gérées par la Fonction Publique, désengagement du Gouvernement du secteur de la santé, etc.). Les efforts faits par le gouvernement et ses partenaires notamment en matière de pacification du pays et de démarrage du développement dans les secteurs prioritaires dont la santé permettent déjà d'infléchir certaines tendances observées vers les années y compris parmi les 1998-2001. De manière concrète et à titre d'exemple, on peut citer parmi les indicateurs des OMD :

### 2.5.1. La mortalité générale

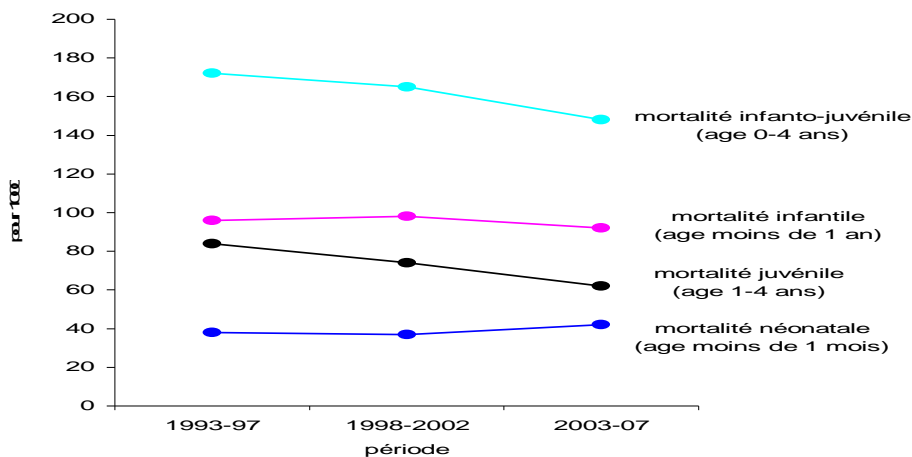
1. Les enquêtes rétrospectives sur la mortalité ont fait apparaître un taux de mortalité extrêmement élevé parmi les populations affectées par les conflits armés, et l'on estime que 3.8 millions de décès peuvent être attribués à la guerre depuis 1997. La mortalité infanto juvénile est passée de 192 et 220 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2001. Ce taux représentait entre 450.000 à 500.000 décès chaque année dans cette tranche d'âge (évaluation faite sur base d'une population estimée à 58.3 millions d'habitants).

### 2.5.2. La santé de l'enfant de moins de 5 ans

2. Dans les régions affectées par les conflits, ce taux de mortalité infanto juvénile était extrêmement élevé. Dans la moitié orientale du pays, il était estimé jusqu'à 408 décès pour 1000 naissances vivantes en 2002 !

La fin des conflits armés ainsi que les différentes actions entreprises dans le secteur par le Gouvernement et ses partenaires ces dernières années, ont contribué à faire infléchir le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Sur l'ensemble de la période allant de 1998 à 2007, il y a une baisse générale de la mortalité des enfants de moins de cinq ans comme le montre le graphique suivant.

Figure 14 : Tendence de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans

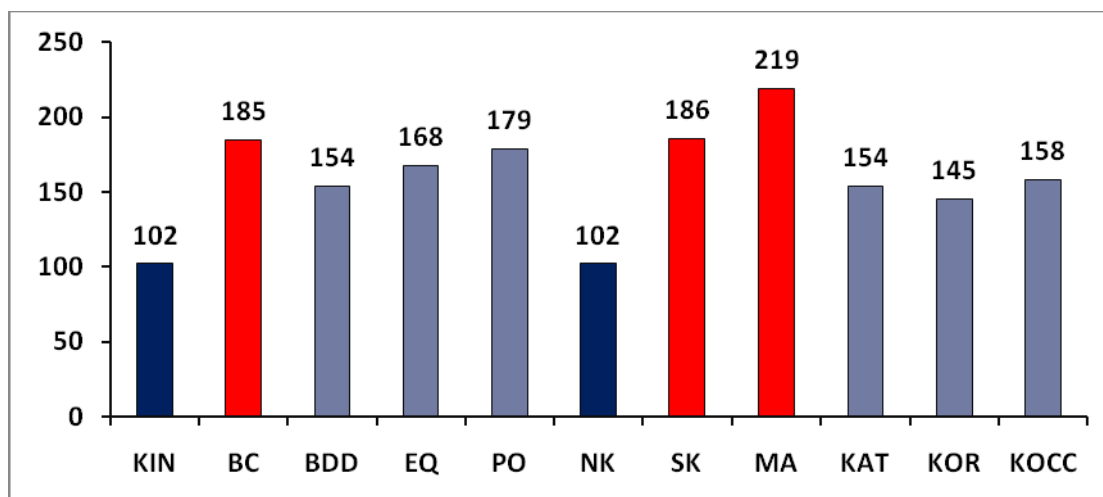


Ministère du Plan : enquête démographique et de santé (EDS 2007)

3. Cette baisse est bien perceptible en ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile et la mortalité juvénile. En effet, le quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 172 ‰ dans la période 1992-1997 à 165 ‰ dans la période 1997-2002, puis à 148 ‰ dans la période 2002-2007. Ainsi, au cours des 15 dernières années, le niveau de la mortalité des enfants entre la naissance et le cinquième anniversaire a connu une baisse de 14 %. Quant à la mortalité infantile, une baisse moins importante (6 %) est observée au cours des dix dernières années, passant de 98‰ en 1997-2002 à 92‰ en 2002-2007. En ce qui concerne la mortalité néonatale, son niveau est resté quasiment stable entre 1997-2002 (37 ‰) et 1992-1997 (38 ‰). Elle est sans doute celle qui reflète le mieux les performances des services de santé.

4. Des disparités importantes persistent entre provinces en ce qui concerne la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Le risque de mourir avant le 5<sup>ème</sup> anniversaire est 2 fois plus élevé pour un enfant qui vit dans le Maniema par rapport à son compatriote qui est dans la même tranche d'âge et qui vit à Kinshasa ou dans le Nord Kivu. Cette tendance est bien représentée dans le graphique ci-après.

Figure 15: Mortalité des enfants de moins de 5 ans par province



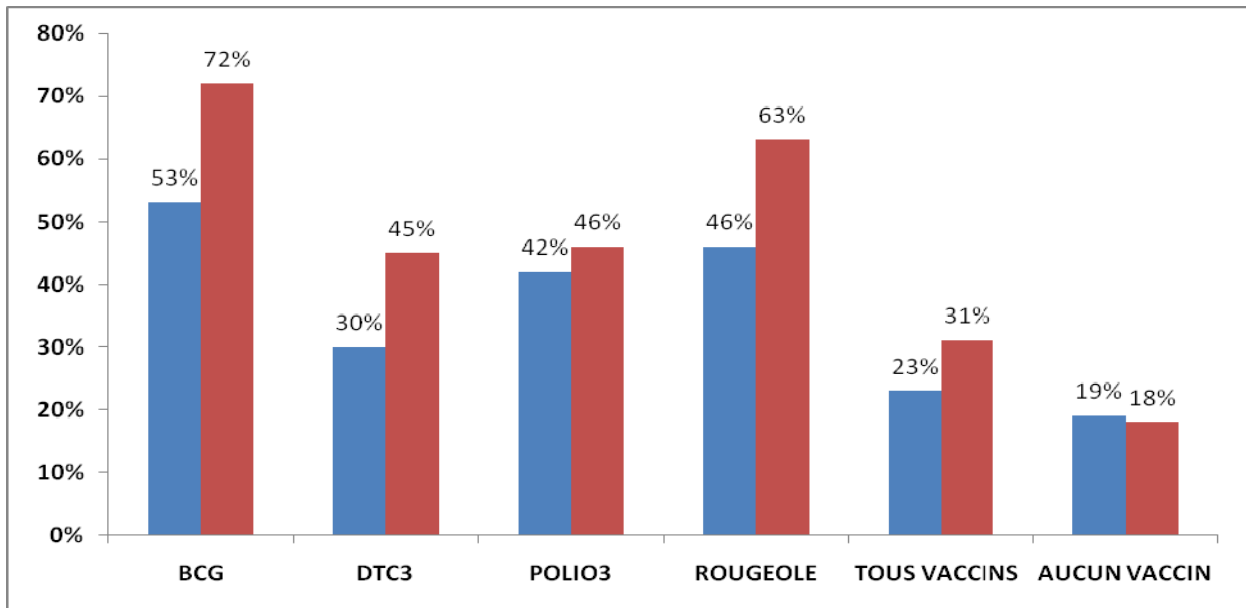
Ministère du Plan : enquête démographique et de santé (EDS, 2007)

5. Par rapport aux données de 2001 (MICS2), le nombre des vies sauvées chez les enfants de moins de 5 ans est estimé à environ 140 000 chaque année !

6. **Parmi les maladies de l'enfant, les IRA et la fièvre**, ainsi que la diarrhée sont les affections principales. Selon l'EDS, 15 % des enfants de moins de cinq ans avaient souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Pour seulement 42 % des enfants ayant présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës (IRA), on a recherché des conseils ou un traitement dans un établissement sanitaire ou auprès d'un prestataire de santé. Au niveau national, près de trois enfants sur dix (31 %) ont eu de la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi ceux-ci, 55 % n'ont pas cherché de traitement. Concernant la diarrhée, elle était en 2005 la quatrième cause d'hospitalisation dans les formations sanitaires parmi les enfants de moins de cinq ans. Selon l'EDS, la prévalence de la diarrhée est particulièrement importante chez les jeunes enfants de 6 à 11 et de 12 à 23 mois avec respectivement des taux de 30 % et 26 %. Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, dans seulement un cas sur trois, soit 33 % des enfants, on a recherché des conseils ou un traitement pour sa maladie

7. **La couverture vaccinale.** Les données de l'EDS montrent que la couverture vaccinale de tous les antigènes a augmenté entre 2001 (MICS2) et 2007 (EDS). Cependant pour tous ces antigènes la couverture vaccinale est en deçà des objectifs nationaux. En effet la couverture vaccinale au BCG est passée de 53% à 72%, celle du DTC3 de 30% à 45%, celle de polio 3, de 42% à 46% et celle des enfants complètement vaccinés de 23% à 31%. Il reste tout de même 18% d'enfants qui n'ont reçu aucun vaccin en 2007. Cette proportion était de 19% en 2001. Les données relatives à la couverture vaccinale sont reprises dans la figure ci-dessous.

Figure 16 : Evolution de la couverture vaccinale entre 2001 et 2007



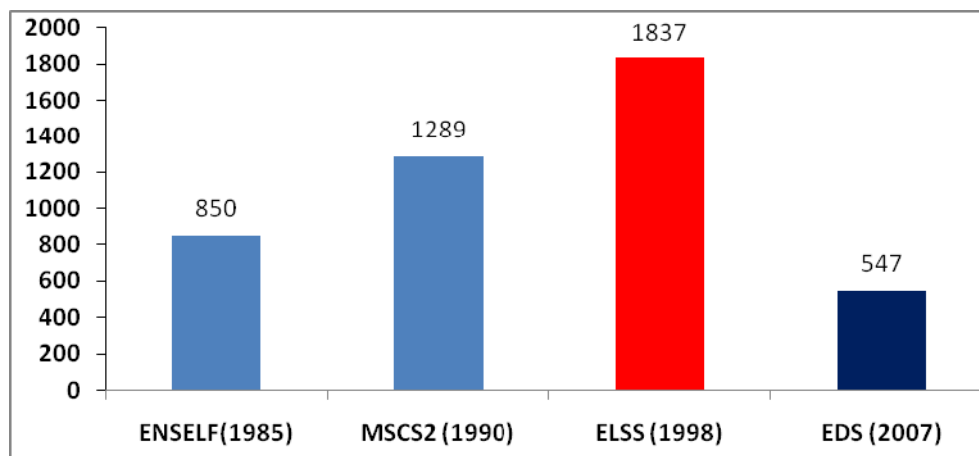
Sources : MICS2 (2001) et EDS (2007)

### 2.5.3. La santé de la mère et du nouveau-né

8. Le ratio de mortalité maternel qui était de 850 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1985 est passé à 1.289 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001 (MICS2). Ce qui correspond à 36.000 femmes qui mouraient chaque année en couche. Il était ainsi l'un des plus élevés au monde. Il faudra cependant signaler que la méthode utilisée dans le MICS2 est une méthode indirecte qui donne des estimations qui correspondraient à une période d'environ 12 ans avant l'enquête. Ce qui fait remonter le ration de mortalité maternelle contenu dans le MICS2 aux années quatre vingt dix . En 1998, les états des lieux du secteur de la santé ont fait état d'une mortalité maternelle de 1837 pour 100 000 naissances vivantes. L'Enquête de Démographie et de Santé (EDS) qui a été réalisée en 2007 situe le ratio de mortalité maternelle à 549 décès pour 100 000 naissances vivantes.

9. L'ensemble de ces données montrent que le ratio de mortalité maternelle a, au fil du temps évolué de la manière qui est reprise dans le graphique suivant :

Figure 17 : Ratio de mortalité maternelle

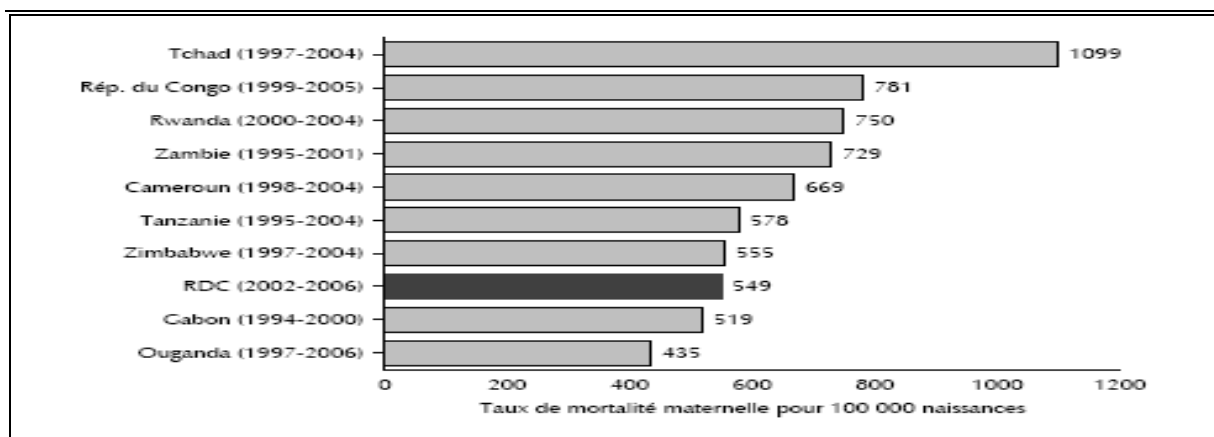


Sources : Enself 1985, MICS2 2001, ELSS 1998, EDS 2007

10. Si nous considérons les données de MICS2 comme celles de départ du fait qu'elles font partie de l'enquête qui a été réalisée au lendemain de la déclaration du millénaire pour le développement, on se rend compte qu'en dépit des progrès réalisés en rapport avec la baisse du ratio de mortalité maternelle, il reste encore du chemin à parcourir pour réaliser l'objectif du millénaire pour le développement y relatif qui consiste à réduire la mortalité maternelle de 3/4, soit atteindre un ratio de mortalité maternelle égal à 322 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Etant donné le problème que pose les différentes sources des données et les méthodologies y afférentes, une nouvelle enquête EDS et/ou MICS2 est nécessaire pour confirmer les tendances observées.

11. Comparé à celui des autres pays, le ratio de mortalité maternelle en RDC (EDS) se situe pour le moment autour de la moyenne des pays de la sous région.

**Figure 18 : Ratio de mortalité maternelle des quelques pays africains comparés à la RDC**



Ministère du Plan : enquête démographique et de santé (EDS, 2007)

12. **Les consultations prénatales (CPN)** permettent de prévenir les risques et les complications pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi de réduire les risques de décès de la mère et du nouveau-né. Sur l'ensemble du pays, les CPN ont progressé ces dernières années, allant de 68 % en 2001 d'après les résultats de l'enquête MICS2 et à 85 % selon les résultats de l'EDS-RDC de 2007, mais avec de grandes disparités selon les provinces. Si une femme enceinte sur deux a effectué les 4 visites recommandées, plus de 12% n'en ont effectuée aucune. Du point de vue de la vaccination antitétanique, près de trois femmes sur dix (29 %) n'ont reçu aucune injection au cours de leur dernière grossesse.

13. Pour ce qui concerne **les accouchements**, la situation en milieu rural est préoccupante avec quatre naissances sur dix (39 %) à domicile contre 58 % dans un établissement sanitaire. Seulement 74 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel formé, en majorité des sages-femmes (32 %) et des infirmières (28 %). L'assistance à l'accouchement par du personnel de santé qualifié s'est cependant nettement amélioré ces dernières années, puisqu'elle n'était que de 61 % en 2001 d'après les données de l'enquête MICS2.

14. Enfin, au niveau des soins postnatals, la grande majorité des femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire n'a reçu aucun soin postnatal (87 %).

#### 2.5.4. La prévalence du VIH/SIDA

15. Les données des sites sentinelles montrent que l'épidémie du VIH/SIDA est généralisée en RDC. En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008). Les données actuellement disponibles montrent que l'épidémie se ruralise (4,6% en milieu rural contre 4,2% en milieu urbain), se « juvénilise » et se féminise (sexe ratio : 1,3). Certaines zones géographiques joueraient un rôle particulier dans la

propagation de l'épidémie. C'est le cas de gares ferroviaires, de ports maritimes, de zones minières et de postes frontaliers, etc.

16. L'épidémie du VIH /SIDA en RDC est restée relativement stable au cours de ces 5 dernières années (prévalence chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN : 4,5 % en 2004 et 4,3% en 2008, IC 95% : 4,0 – 4,7). Les estimations de 2009 et 2010 pour la RDC faites par Spectrum sur les données de 2008 peuvent se résumer comme suit :

**Tableau 2 : Données relatives à la lutte contre le VIH/SIDA**

Paramètres	Année 2009	Année 2010
Nb de personnes vivant avec le VIH (Total)	1 143 336	1 185 464
Nb de femmes enceintes ayant besoin de la PTME	86 312	88 062
Nb de décès dus au SIDA	82 790	84 323
Total d'orphelins du SIDA	1 025 55	1 042 124

Source : Programme National de lutte contre le VIH/SIDA

17. En 2004, seuls environ 5000 patients étaient sous traitement anti rétroviral sur l'ensemble du territoire national. En 2008, le nombre de PVVIH sous ce traitement est estimé à 34.967 sur 283 055 PVVIH éligibles, soit 12,4%. Bien que la tendance générale montre l'amélioration de cet indicateur, beaucoup d'efforts sont à déployer pour plus d'efficacité, d'efficience et d'équité.

18. La lutte contre le VIH/SIDA a été caractérisée par de l'incoordination au cours de la période ayant précédé l'année 2007. On y a noté le saupoudrage des interventions à travers l'approche « passe partout » qui consistait à intégrer l'une ou l'autre activité sans tenir compte des principes directeurs des soins de santé primaires. A partir de l'année 2007, le PNLS a redéfini une autre stratégie qui consiste en l'intégration d'un paquet complet d'intervention de lutte contre le VIH/SIDA dans les structures de Zone de santé éligibles. Cette approche novatrice tient à matérialiser les principes de globalité, de continuité, d'intégration, d'efficacité, d'efficience et de l'équité conformément aux orientations de la SRSS.

### 2.5.5 Les indicateurs de la lutte contre le Paludisme

19. On ne dispose pas des données sur le paludisme pour la période d'avant 1985 pour pouvoir les comparer aux données actuelles. Cependant, tout porte à croire que la désarticulation du système de santé a eu un effet néfaste sur les efforts de contrôle de cette endémie. En effet, en dépit de la création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et de la définition de la politique, il semble bien y avoir une fracture entre les principes édictés par la politique de lutte contre le paludisme et les habitudes des praticiens. Il n'était pas rare jusqu'il y a quelques temps de voir des partenaires dans certaines parties du pays, continuer à approvisionner les centres de santé en chloroquine au moment où cette molécule était déjà remplacée par la Sulfadoxine-pyriméthamine comme traitement de première intention. Au stade actuel, on trouve encore des formations sanitaires dans lesquelles est prescrite la Sulfadoxine-pyriméthamine comme molécule de première intention dans la lutte contre le Paludisme.

20. Quatre vingt dix sept pourcents (97%) de la population congolaise sont exposés au paludisme endémique, les trois autres pourcentages le sont au paludisme épidémique dans les hautes montagnes de l'Est du pays. La prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans est de 42%. Ceci correspond à 6 à 10 épisodes par enfant et par an. Le nombre total annuel d'épisodes de fièvre

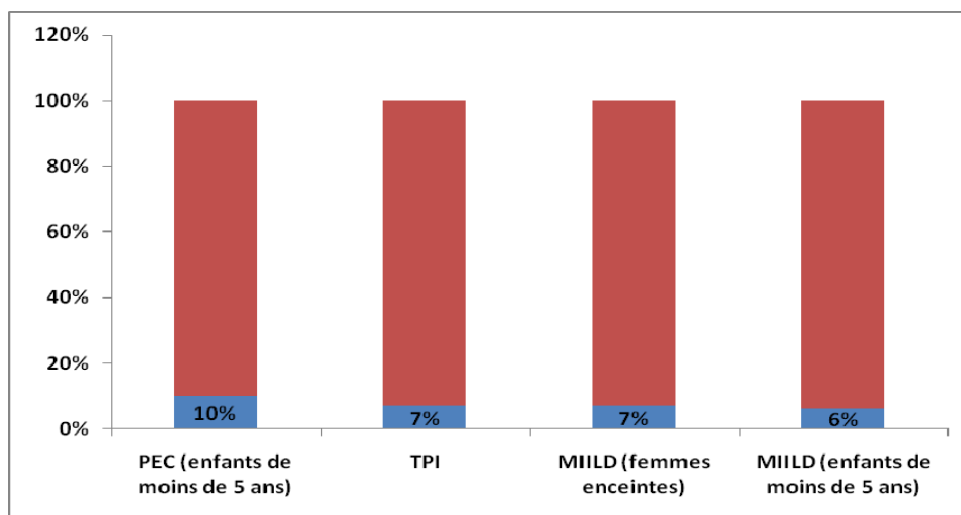


présumée palustre dans le pays selon les estimations varie entre 60 000 000 et 100 000 000<sup>2</sup>. Cependant, l'OMS estime à 27 millions des cas du paludisme par an<sup>3</sup>. Depuis le début de l'année 2005, la combinaison Amodiaquine-Artesunate a été introduite comme médicament de première ligne dans le traitement contre le paludisme en RDC. Cependant, le coût des combinaisons à base d'artémisinine reste encore élevé, ce qui pose problème en termes de disponibilité des médicaments dans les Zones de Santé. Ceci pousse plusieurs praticiens à prescrire la quinine pour soigner les épisodes de fièvre/paludisme simples dans plusieurs formations médicales du pays. Cette situation explique en grande partie la faible proportion (10%) des enfants de moins de 5 ans pris en charge conformément aux directives nationales, constatée par l'EDS 2007.

21. Le paludisme est la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. On estime à environ 180.000 le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année de paludisme<sup>4</sup>.

22. En 2001, la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide était de moins de 1% chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, mais elle a légèrement augmenté respectivement à 6 et 7% selon EDS 2007. De même, la couverture en Traitement Préventif Intermittent (TPI) reste encore très faible à 7% en 2007 selon la même source. Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la couverture en interventions de lutte contre le paludisme.

**Figure 19 : Couverture en interventions de lutte contre le paludisme en 2007**



### 2.5.6 Les indicateurs de la lutte contre la Tuberculose

23. La RDC est l'un des 22 pays les plus affectés par la tuberculose dans le monde. Elle occupe le 5<sup>ème</sup> rang en Afrique et le 11<sup>ème</sup> au niveau mondial (Global Tuberculosis Control, WHO/HTM/TB/2005.349). L'OMS a estimé qu'en 2003 l'incidence annuelle des Tuberculoses Pulmonaires à Microscopie Positive (TPM+) en RDC était de 160 cas pour 100.000 habitants. Depuis 1987, le nombre de cas de TPM+ notifiés par le programme augmente progressivement. Ce nombre est passé de 15.000 nouveaux cas TPM+ en 1987 à 62.519 en 2004. Cette augmentation est en partie liée à l'infection à VIH dont la prévalence moyenne est de 4,3% (PNLS, 2008). La prévalence de l'infection VIH parmi les tuberculeux est estimée à 30%. En RDC, on estime que 36.000 décès dus à la tuberculose surviennent chaque année, dont 28% sont attribuables au VIH (Corbett et al. 2003).

<sup>2</sup> Ministère de la Santé Publique et Banque Mondiale : Rapport d'Etat Santé et Pauvreté en RDC, 2005

<sup>3</sup> Organisation Mondiale de la Santé : Global Malaria report, 2008.

<sup>4</sup> Organisation Mondiale de la Santé : Global Malaria report, 2008.

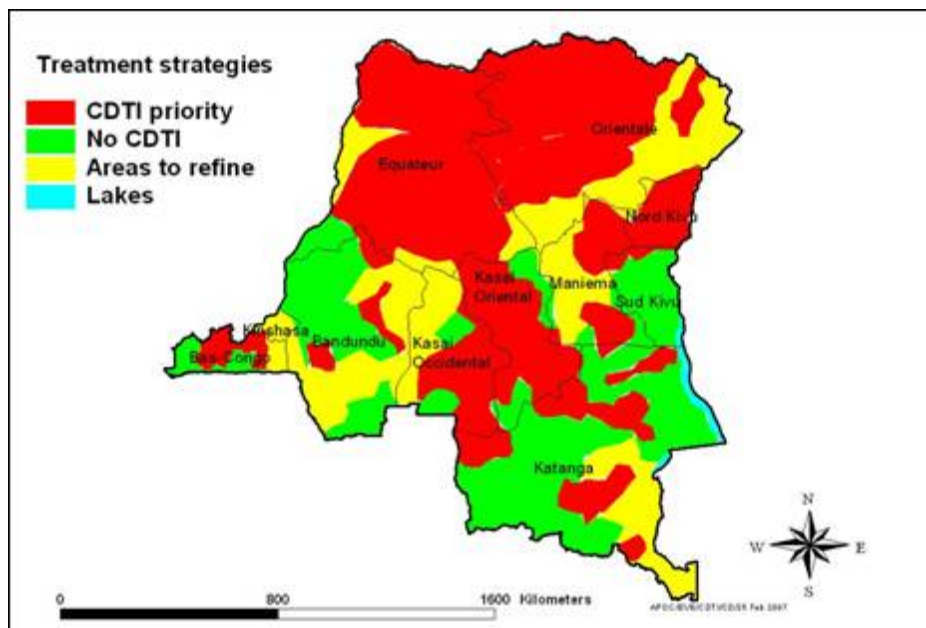
24. Le Programme de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a toujours été parmi les mieux organisés du pays (programme intégré dans les structures de la ZS avec des performances appréciables). Cependant, l'on assiste depuis quelques années à une stagnation des performances du programme du fait de la désarticulation du système de santé. Pour contourner les difficultés liées au système, le PNT comme tant d'autres programmes mieux financés, développe des stratégies dont l'un des résultats est la verticalité (installation des infirmiers superviseurs 'tuberculose', paiement des primes aux infirmiers qui détectent des cas de tuberculose, etc.), ce qui de toute évidence accentue la désintégration du système.

### **2.5.7 Les Maladies Tropicales Négligées (MTN)**

25. Au cours de dernières années, le financement de la santé s'effectuait de manière sélective, ciblant les maladies dites prioritaires, à l'instar du VIH/SIDA, le Paludisme, de la tuberculose, etc. et certains problèmes de santé spécifiques comme les violences sexuelles. Cette approche a long temps focalisé l'attention des prestataires sur ces maladies ou problèmes de santé. Ceci explique la recrudescence des maladies autre fois contrôlées et actuellement appelées « maladies tropicales négligées », du fait de manque de financement spécifique à ces maladies et d'une offre des services qui ne répondent pas au principe fondamental des SSP, 'soins centrés sur l'homme'. C'est ainsi que certaines de ces maladies telles que la Filariose lymphatique, les schistosomias, les helminthiases et l'onchocercose qui pourraient être contrôlées ou éliminées par l'intégration des activités de chimiothérapie préventive (CP) constituent encore un problème de santé publique en RDC. De même pour les leishmanioses, la lèpre, le pian, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) et l'ulcère de Buruli qui devraient être contrôlées ou éliminées par l'intégration du dépistage précoce et de la prise en charge des cas au niveau opérationnel. Ci-dessous, il est décrit la situation actuelle de ces maladies tropicales dites négligées.

26. **La couverture géographique et thérapeutique de l'onchocercose.** Il existe en RDC un Programme National de lutte contre l'Onchocercose depuis 2002. Sa stratégie est basée sur le traitement de masse à l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC). Environ 26 000 000 personnes sont exposées à l'Onchocercose dans le pays. Parmi ces personnes, plus de la moitié (14 000 000) sont infectées. La couverture géographique de la lutte contre l'onchocercose est d'environ 60% (2008) tandis que la couverture thérapeutique par le TIDC est de 40%. Ces estimations montrent que la proportion des personnes infectées qui sont sous traitement ne dépasse guère 30%. L'une des raisons qui expliquent cette situation est sans doute la faiblesse de la couverture sanitaire du pays.

Figure 20 : Carte épidémiologique de l'onchocercose par la méthode REMO (2003)



27. **Les indicateurs relatifs à la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine.** Sur les 300 000 à 500 000 cas de Trypanosomiase que compte l'Afrique, la moitié environ se trouve en République Démocratique du Congo (150 000 à 250 000 cas). Ces trois dernières années (2006-2009), la RDC déclare les  $\frac{3}{4}$  des cas notifiés. La RDC est le pays le plus atteint avec environ 12. 000.000 de personnes vivant dans des zones endémiques. Chaque année, 10 000 à 15 000 nouveaux cas sont détectés alors que la couverture géographique du programme, elle-même tributaire de la couverture sanitaire du pays, est inférieure à 20%. Une amélioration de la couverture sanitaire permettra d'augmenter celle du programme et d'intensifier la lutte contre cette maladie.

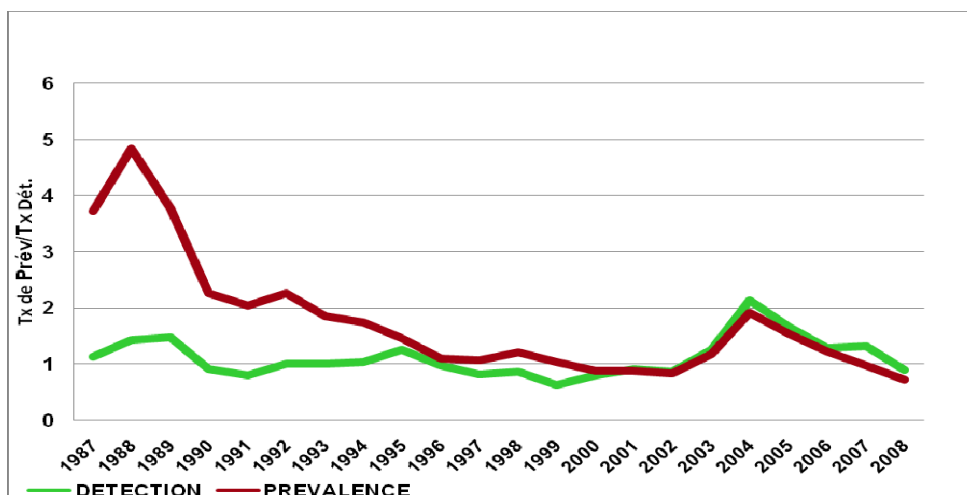
28. Les personnes atteintes par la Trypanosomiase finissent par en mourir si elles ne sont pas traitées. Celles dont le traitement a été tardif gardent généralement des séquelles qui les rendent dépendantes de leurs communautés durant tout le reste de leur vie.

29. Selon l'OMS, la Trypanosomiase Humaine Africaine est au 7<sup>ième</sup> rang des maladies pour ce qui est des années de vie ajustées sur l'incapacité en Afrique Subsaharienne. En plus de la souffrance humaine, la maladie affecte aussi le bétail, ce qui aggrave les pertes économiques liées à celle-ci. En RDC, par exemple, la persistance des infections péri domestiques amène les populations à l'abattage des porcs, des ovins, des caféiers, des palmiers, etc. qui sont incriminés dans la persistance des mouches tsé-tsé. La trypanosomiase est donc l'une des principales maladies appauvrissantes de la RDC.

30. Etant donné que 236 ZS sur 515 sont endémiques de la trypanosomiase, une amélioration de la couverture sanitaire permettra d'améliorer celle du programme et donc d'intensifier la lutte contre cette maladie qui est un facteur sérieux de pauvreté en RDC.

31. **Les indicateurs de lutte contre la lèpre.** La RDC, longtemps considérée comme un pays endémique en matière de la lèpre, a atteint au niveau national, le seuil de l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique depuis la fin de l'année 2007. **Cette tendance s'est poursuivie en 2008** avec un taux de prévalence de 0,70 pour 10.000 habitants, consolidant ainsi la réalisation de cet acquis. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du taux de détection et de prévalence de 1987 à 2008.

**Figure 21 : Evolution de l'endémie lépreuse en RDC de 1987 à 2008**



32. Le taux de prévalence est passé de 4 pour 10 000 à moins de 1 pour 10 000 entre 1987 et 2008. Cependant, il est à noter que la lèpre n'a pas encore disparu dans notre pays, elle existe dans toutes les zones de santé, mais à des degrés divers. Pour le moment, c'est dans les provinces du Katanga, de Bandundu, de l'Equateur et dans la Province Orientale que la prévalence de la lèpre est encore importante.

33. En termes de détection, la République Démocratique du Congo, avec plus de 6.000 nouveaux cas en 2008, soit plus des 20% de nouveaux cas dépistés en Afrique, est actuellement le pays qui a le plus grand nombre de malades de la lèpre dans notre continent.

34. L'endémie lépreuse est une maladie invalidante, elle est souvent associée à l'extrême pauvreté de la population. La détection tardive des cas, responsable des infirmités dans la lèpre, est souvent attribuable soit à la faible accessibilité des lépreux aux services de santé, soit encore à la faible couverture sanitaire.

### 2.5.8 Prévalence des maladies non transmissibles

35. Une enquête de surveillance, utilisant l'instrument STEPS de l'OMS, sur les facteurs de risque des maladies chroniques a été conduite à Kinshasa, capitale de la République Démocratique du Congo en 2005. Les 3 étapes de la méthode SETPS ont été franchies. Dans le STEP1, des informations sociodémographiques et comportementales ont été collectées. Dans le STEPS 2, des mesures physiques telles que la taille, le poids et la tension (pression) artérielle ont été prises. Cette enquête STEPS [Kinshasa/RDC] a porté sur la population générale, ciblant les adultes âgés de 15 ans et plus. Les résultats de cette étude montrent que dans la ville de Kinshasa, chez les adultes de plus de 15 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 11% et celle du diabète est de 15,5%.

36. Par rapport à la Nutrition, en 2001, l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS) a montré que 16 % des enfants de 6 à 59 mois étaient atteints de la malnutrition aigue modérée ou sévère. La malnutrition chronique (retard de croissance) affectait 38 % des enfants. En 2007, l'enquête Démographique et de Santé (EDS) a révélé un taux de malnutrition aigue modérée et sévère de 13 % et une prévalence de malnutrition chronique de 40 %. Malgré les différences méthodologiques entre ces enquêtes, il semblerait qu'entre 2001 et 2007, il y ait eu une légère baisse de la malnutrition aigue. Par contre, la malnutrition chronique semblerait avoir augmenté.

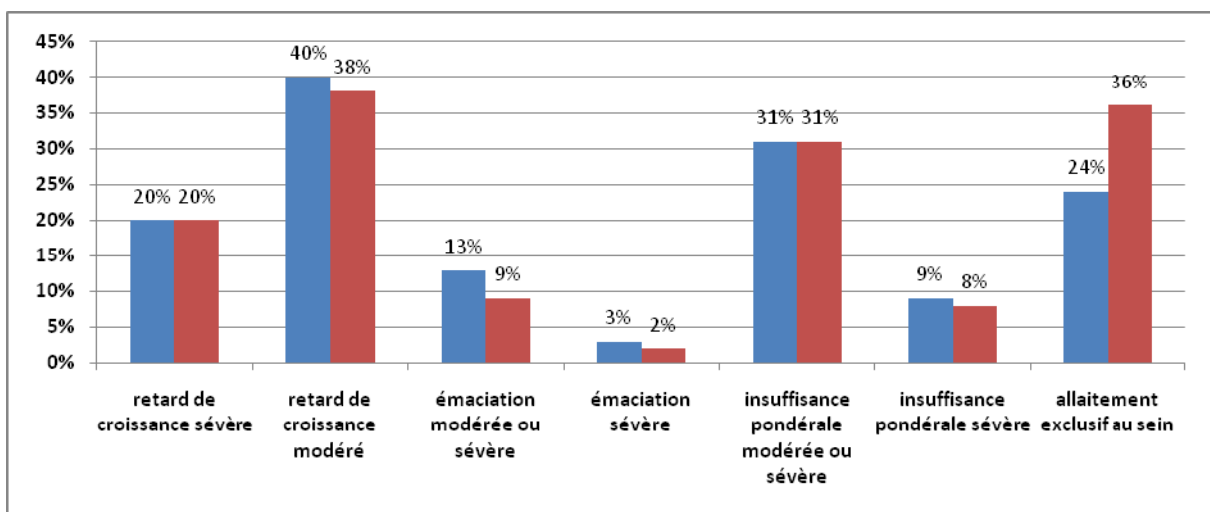
37. En dépit de ces variations, il faut retenir que le pays fait toujours face à des taux de malnutrition qui se situent au-delà des seuils acceptables sur le plan international. En termes de chiffres absolus, ces prévalences se traduisent par plus d'un million d'enfants affectés par la malnutrition aigue modérée ou sévère et plus de 6 millions par la malnutrition chronique.

38. Les carences en micronutriments essentiels pour la survie (vitamine A et fer notamment) sont encore répandues dans le pays. l'EDS montre que 71 % des enfants et 53 % des femmes en âge de procréer sont atteints d'anémie, et en 1998, on a trouvé que 61 % des enfants de 6 à 36 mois souffraient de carence sévère ou légère en vitamine A.

39. Un autre problème qui reste important dans le pays, est le Konzo, paralysie permanente des membres inférieurs d'origine nutritionnelle qui frappe les femmes et les enfants à la suite de la consommation monotone et prolongée de manioc amer insuffisamment traité. La malnutrition joue un rôle déterminant dans l'apparition du Konzo. On ne connaît pas la prévalence nationale de cette maladie, mais dans les villages des zones très affectées comme Kahemba, la prévalence arrive jusqu'à 25 % de la population.

40. La malnutrition est une importante cause de morbidité et de décès des enfants et des femmes. On estime sa part à plus de 35 % des cas de décès d'enfants de moins de cinq ans. Dès lors, si l'on veut améliorer le niveau des indicateurs de santé, il faut endiguer durablement le problème de malnutrition. Cela passe par le maintien des efforts consentis depuis 1998 pour la supplémentation en vitamine A et le déparasitage, une amélioration de l'alimentation des nourrissons et des enfants dont l'allaitement maternel exclusif qui ne couvrait en 2007 (EDS) que 36 % des enfants de moins de 6 mois. Les principaux indicateurs de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans sont repris sur la figure suivante.

**Figure 22 : Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans**



Légende : en bleu, MICS2 ; et en rouge EDS 2007

Source : Ministère du Plan : MICS2 & EDS

### 2.5.9 Gestion des urgences et catastrophes

41. La RDC est le théâtre d'un éventail impressionnant de situations d'urgence. On y trouve notamment des épidémies (coqueluche, choléra, virus d'Ebola, de Marburg, de poliomyélite, et de rougeole), des tremblements de terre (Bukavu, Goma), des éruptions volcaniques (Nyiragongo, Nyamulagira), des conflits armés (1997-2003), des accidents de train (Kakenge), d'avions et de trafic routier, des inondations (Kisangani, Makelele, Bumba), des naufrages de bateau (Kalemie sur les lacs Tanganyika, Inongo sur le lac Mayi Ndombe), la sécheresse (Bas-Congo), les érosions (Kinshasa, Mbuji Mayi, Kabinda) etc. En fait, l'analyse de toutes ces situations a montré que la santé et la vie des populations ont toujours été mises à risque dans le pays à cause de manque de préparation suffisante pour y répondre.

42. Le gouvernement de la RDC est conscient que le pays connaît les catastrophes aussi bien initiées par l'homme que d'origine naturelle ou technologique. Il est donc important que la politique nationale, et le plan stratégique qui va en découler, puisse couvrir les différents types de catastrophes et que les communautés soient préparées à y faire face.

43. Les situations d'urgence et les catastrophes à répétition en RDC, imposent l'efficacité et l'efficience dans les ripostes. La garantie de telles interventions passe par l'amélioration de l'information, de la coordination des acteurs en jeu, du comblement des lacunes et du renforcement des capacités à tous les niveaux du système de santé.

80. **En conclusion**, la couverture sanitaire du pays a très probablement baissé du fait du découpage qui a réduit le degré de fonctionnalité de plusieurs Zones de santé. Le Programme de Lutte contre la Tuberculose et le Programme Elargi de Vaccination qui sont parmi les mieux structurés du pays sont entrain de s'essouffler du fait de la faiblesse actuelle du système de santé. La proportion d'enfants complètement vaccinés qui était d'environ 29% en 1998, a accusé même une tendance à la baisse en 2001 (23%). Cette situation s'explique essentiellement par la faible performance du système de santé étant donné que la vaccination de routine ne peut se faire de façon efficace et durable que dans les structures de santé qui ont un certain degré de fonctionnalité. Elle est depuis lors passée à 31% selon l'EDS réalisée en 2007.

81. On constate en RDC comme dans d'autres pays, qu'il y a eu quelques avancées vers la réalisation des OMD relatifs à la santé, même si elles restent dans l'ensemble insuffisantes notamment en ce qui concerne l'objectif 6 relatif à l'inversion des tendances des grandes endémies.

82. Depuis 2000, l'OMS tire la sonnette d'alarme et insiste sur la nécessité du renforcement du système de santé comme garantie de succès pour les interventions spécifiques de lutte contre la maladie et de protection maternelle et infantile. En effet, "les progrès sur la voie des ODM et d'autres priorités nationales seront limités dans les pays qui ne renforcent pas leurs systèmes de santé" (Rapport sur la santé dans le monde, 2003). Il en est de même de "programmes qui visent l'amélioration de la santé maternelle et infantile qui ne peuvent être efficaces qu'à condition d'assurer la continuité des soins au sein d'un système de santé renforcé" (Rapport sur la santé dans le monde, 2005).

83. C'est pour cette raison que, face aux défis auxquels sont confrontés les pays depuis la Déclaration du Millénaire pour le Développement en 2000, notamment dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, la communauté internationale vient de lancer le Partenariat International pour la Santé (IHP+). La mise en place de ce partenariat est basée sur le consensus selon lequel il est devenu évident pour les pays comme pour les partenaires du développement<sup>5</sup> qu'à moins d'une intensification importante des efforts en cours, de nombreux pays ne parviendront probablement pas à réaliser les cibles sanitaires et les OMD, ceci justifie par ailleurs le Programme d'Action d'Accra<sup>6</sup>

84. On prend de plus en plus conscience que les cibles liées aux résultats sanitaires ne pourront pas être atteintes sans investir durablement et suffisamment dans les systèmes de santé qui sous-

---

<sup>5</sup> Dans le cadre d'IHP+, on entend par « partenaires du développement » toute partie contribuant à la réalisation des OMD liés à la santé au niveau du pays en participant activement au processus d'IHP+. Il peut donc s'agir de la société civile, du secteur privé, d'organismes bilatéraux ou multilatéraux, de fondations, d'intervenants autres que l'État et de toute autre partie prenante. Contrairement à ce qui se passe pour les signataires du pacte mondial IHP, les partenaires du développement au niveau des pays ne sont pas obligatoirement des signataires et des parties non signataires y seront probablement représentées.

<sup>6</sup> A Accra en 2008, la communauté internationale a constaté que des progrès ont été fait dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, mais pas suffisamment. Le Programme d'Actions d'Accra est essentiellement destiné à accélérer la mise œuvre de la Déclaration de Paris

tendent la prestation des services ; qu'il est nécessaire d'augmenter les financements pour les interventions en fonction des priorités nationales et de plans rationnels de la santé ; que les investissements dans la santé doivent s'inscrire dans le cadre plus large du développement social et économique ; que les pays ont besoin d'une aide prévisible sur le long terme de la part des partenaires du développement ; que les partenaires ont besoin de voir clairement le lien entre le financement et les résultats ; qu'il faut prendre des dispositions pour que tous les partenaires soient tenus de rendre des comptes sur les résultats.

85. Dans son rapport sur la santé dans le monde 2008, intitulé 'Soins de santé Primaires, maintenant plus que jamais', l'OMS préconise le renouveau des soins de santé primaires à travers 4 types de réformes qui sont : la réforme des prestations, la réforme de la couverture universelle, la réforme du leadership et la réforme des politiques publiques. Ces réformes correspondent à celles qui sont entreprises en RDC à travers la première édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) publiée en 2006. En effet, la RDC depuis le début de la mise en œuvre de la première édition de la SRSS, s'est engagée dans la mise en œuvre d'une série de réformes qui touchent la fois à la gouvernance, au financement de la santé et aux prestations.

86. Une amélioration de la réponse globale aux principaux problèmes de santé de nos populations devient une nécessité. **Ainsi, le renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo constitue la contribution du secteur aux efforts de lutte contre la pauvreté du fait qu'elle se propose de créer des conditions favorables pour une évolution à la fois efficace et efficiente vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en général et ceux relatifs à la santé en particulier.**

## 2.6. Des raisons d'espérer

87. En dépit de la dégradation très avancée du système sanitaire décrite en 2006, l'on a retrouvé encore ça et là en RDC des zones de santé qui ont pu résister et qui gardent un degré de fonctionnement appréciables. Ces expériences constituent une base sur laquelle la reconstruction du système de santé peut être fondée. A titre d'exemple, on peut citer les zones de santé de Katana (province du Sud Kivu), Kyondo, Kayna, Rutshuru, Kirotshe (province du Nord Kivu), Pawa (province orientale). Ces ZS fonctionnent encore à ce jour avec une assez bonne articulation entre l'hôpital général de référence et les centres de santé

88. Par ailleurs, on peut mentionner ça et là quelques initiatives de renforcement du niveau intermédiaire dans leurs fonctions de pilotage et d'encadrement des zones de zones de santé ont permis quelque peu d'améliorer la coordination des actions des partenaires, mais sans aller plus loin étant donné que ces initiatives ne s'inscrivaient pas dans le cadre d'une vision partagée par l'ensemble d'acteurs du secteur de la santé.

89. La mise en œuvre de la SRSS depuis 2006 a généré de bonnes pratiques qu'il convient de capitaliser, mais elle a aussi mis en évidence un certain nombre de problèmes qui doivent être au centre des préoccupations du Gouvernement représenté par le MSP et de tous les partenaires du secteur de la santé.

## 2.7. Quelques leçons apprises de la mise en œuvre de la première édition de la SRSS

90. La mise en œuvre de la SRSS durant les quatre années écoulées a permis d'apprendre énormément du terrain. Les projets de mise en œuvre de la SRSS ont abordé différentes problématiques qui rongent le système de santé au niveau de la ZS de différentes manières mais avec un dénominateur commun : l'amélioration de la fonctionnalité des zones de santé pour un meilleur accès de la population aux soins de qualité. Parmi les nombreuses leçons apprises, on peut citer : (i) l'expérience relative à l'amélioration de la couverture universelle, (ii) l'expérience relative à la rationalisation de la couverture sanitaire et à la qualité des soins ainsi que les résistances

rencontrées sur terrain, (iii) l'importance d'une régulation efficace et une normalisation pertinente, (iv) la nécessité d'une meilleure gestion des opportunités.

91. **L'amélioration de la couverture universelle.** Le fonctionnement des zones de santé a été longtemps perturbé à cause des problèmes liés à l'insuffisance de financement de la santé. Pour cette raison, les formations sanitaires avaient développé une tarification par acte pour garantir leur viabilité financière. Cette situation a eu pour effet une réduction très sensible de l'utilisation des services de santé par la population.

92. Dans le but d'améliorer la qualité des soins aux CS et à l'HGR, les équipes ont mis à profit l'appui dont bénéficient les formations sanitaires pour mettre en place le forfait comme mode de tarification aux deux échelons. Ils ont défini des modalités de prise en charge et les avantages incitatifs des personnes référées par les CS vers l'HGR ainsi que les mesures dissuasives des patients auto référés.

93. Dans la zone de santé de Kisantu dans le Bas Congo, par exemple, l'expérience s'appuie sur les mutuelles de santé pour structurer le financement des soins de la communauté. La zone de santé de Lubunga travaille sur la même problématique avec une approche différente: l'inscription payante de la population au centre de santé et l'organisation par la communauté d'un fonds pour le financement des soins au premier niveau de référence. La réduction des coûts pour les patients référés incitent les membres de la communauté à s'inscrire au centre de santé pour bénéficier des facilités à la référence.

94. L'évaluation de ces différentes initiatives a relevé une augmentation sensible de l'utilisation des centres de santé et la réduction de l'utilisation de l'HGR par les cas primaires. Dans la zone de santé de Kisantu, le taux d'utilisation des services curatifs des CS est passé de 25% à 40%, le taux de référence de 5% à 30% et la proportion des référés parmi les nouveaux cas à l'HGR est passée de 30% à 70%. A Lubunga, l'utilisation des services est passée de 25 à 55%, le taux de référence de 5 à 20% et la proportion des référés parmi les nouveaux cas est en augmentation progressive.

95. Sur le plan financier, la meilleure utilisation des services a amélioré le recouvrement des coûts dans les deux zones de santé. Ces expériences montrent qu'il est possible de travailler avec la communauté pour améliorer la couverture universelle des populations aux soins de santé et rationaliser l'utilisation des formations sanitaires de la ZS. L'HGR cesse progressivement de s'occuper des cas primaires pour concentrer ses ressources aux cas référés. La cogestion et la participation communautaire trouvent là des nouvelles pistes d'amélioration.

96. La mise en place des fonds d'achat de services (FASS) repose sur la même logique de subvention des soins par une contractualisation avec les prestataires des formations sanitaires. Il en est de même pour la mise en place des fonds de solidarité et d'équité expérimentée par MEMISA dans la province orientale et à l'Equateur. Sur terrain, l'amélioration de l'utilisation des services est remarquable et la population perçoit de manière directe le bénéfice de l'appui apporté.

97. **La rationalisation de la couverture et l'amélioration de la qualité des soins.** D'autres initiatives se penchent sur la rationalisation de la couverture sanitaire par celle des formations sanitaires. Ces initiatives mettent l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins en plus de l'augmentation du volume des prestations. L'expérience de l'aire de santé (AS) de Makungu Lengi dans la ZS de Lukula au Bas Congo est illustrative à ce sujet. En effet, l'AS de Makungu Lengi disposait de 7 structures privées lucratives dont la qualité des soins était à la limite dangereuse pour les usagers. Les acteurs ont identifié une structure avec potentiel élevé au développement et se sont employés à redéfinir les interventions à intégrer au PMA, former les prestataires de manière pratique sur les directives et standards de diagnostic, prise en charge des cas, évaluation et gestion des urgences, la référence et la contre référence, ainsi que l'équipement du CS et sa dotation en médicaments. Les prestations y sont régulées par les ordinogrammes accompagnés des instructions opérationnelles pour l'accompagnement des prestataires. L'analyse de l'accessibilité géographique a



permis de retenir deux autres structures satellites de l'aire de santé à faire fonctionner comme poste de santé.

98. Au bout de deux ans, le centre offre un PMA complet et de qualité. Ces structures rationalisées offrent des soins de qualité appréciable. La population déserte progressivement les autres formations sanitaires. Les autres structures pirates se sentant étouffées ont progressivement fait faillite et mis fin à leurs prestations. Il reste pour le moment dans l'AS de Makungu Lengi un seul CS dont l'action est relayée par deux postes de santé (PS) pour des populations éloignées du CS.

99. Cette expérience est en cours dans plusieurs autres ZS dans le pays. c'est le cas par exemple de la ZS Lubunga à Kisangani, c'est aussi l'approche suivie dans les zones de santé de Moanda et Kitona dans le Bas-Congo, et les zones de santé de Mosango et Bonga dans le Bandundu.

100. Ces résultats montrent que la rationalisation la carte sanitaire de la ZS peut de faire par l'amélioration de la qualité des soins dans les CS intégrés. L'expérience montre également que l'amélioration de la qualité des soins prend du temps dont la durée dépend de plusieurs facteurs, notamment le contexte de travail, le profil du personnel et le degré de fonctionnalité du CS. Cela renforce la nécessité d'évaluer le potentiel de développement des structures et de mettre en place une approche progressive qui permet entre autre d'apprendre en faisant.

101. **L'amélioration de la qualité des soins nécessite un temps suffisamment long.** Les expériences de terrain montrent que dans les conditions de la RDC, il faut environ deux voire trois ans pour que démarrent effectivement les investissements sur terrain dans le cadre des projets qui sont en cours. Ceci fait que pour un projet qui a une durée de quatre ans par exemple, c'est quand il tend vers la fin que les conditions sont réunies pour le travail de fonds relatif à l'amélioration de la qualité des soins. Ceci démontre si besoin en est, combien le financement prévisible à long terme est une nécessité dans une approche de développement.

102. En plus, les interventions techniques en termes de construction/réhabilitation, d'approvisionnement en médicaments, etc. ne sont pas suffisantes pour améliorer la performance des structures de santé et donc la qualité des soins. Les distorsions de terrain sont telles qu'une série des décisions doivent être prises pour faire avancer le processus de développement des ZS. Aux coûts auxquels ont été financées les actions relatives à la mise en œuvre de la SRSS (environ 3 USD/habitant et par an), il est difficile d'obtenir l'offre des soins de santé de qualité.

103. **Le pouvoir normatif et régulateur du MSP doit être renforcé et il doit être effectif sur terrain pour créer les conditions d'un développement harmonieux des ZS.** Les normes élaborées par le niveau central n'arrivent presque pas en périphérie. Quand elles arrivent, elles ne sont pas appliquées. La conséquence est que la situation qui se développe sur terrain le plus souvent ne prend pas en compte les normes édictées par le niveau central. A titre d'exemple, la présence des médecins dans les CS surtout en milieu urbain et de plus en plus en milieu rural est une réalité à laquelle le système de santé va probablement s'adapter. Cependant le problème n'est pas aussi simple que ça, dans la mesure où le médecin qui preste dans le CS n'acceptera pas de faire le travail de l'infirmier qu'il remplace. Il voudra sans doute poser des actes qui relèvent de sa compétence dans les conditions d'un CS ! sommes-nous prêts à créer les conditions pour permettre au médecin de travailler dans un CS quand on sait que nous ne disposons pas assez de ressources pour faire fonctionner nos hôpitaux ?

104. **La résistance en termes de rationalisation des ressources humaines et des structures de santé est forte sur terrain.** Les expériences récentes de l'assainissement dans le secteur de l'enseignement des sciences de la santé et de l'enseignement supérieur et universitaire montrent qu'il faut une action concertée au niveau du Gouvernement pour la réussite des initiatives des ministères sectoriels. Un plan d'accompagnement social est nécessaire.

105. **La mise en place de nouvelles divisions provinciales (DPS) de la santé sur base de la configuration actuelle aura pour effet de multiplier les résistances dans la réforme de ce niveau.**

**L'émergence de nouvelles provinces doit donc être considérée comme une opportunité à bien gérer pour la réforme du secteur de la santé au niveau des provinces ce niveau.** La mise en place des divisions provinciales de la santé dans les nouvelles provinces doit attendre que soient définies la nouvelle mission et la nouvelle configuration du niveau intermédiaire. Dans l'entre temps les investissements à ce niveau devront être orientés dans la mesure du possible dans les districts sanitaires destinés à devenir des provinces dans les prochaines années pour créer des conditions nécessaires à la mise en place de nouvelles DPS

### III. STRATEGIE

#### 3.1. Introduction

106. Deux éléments semblent essentiels pour la reconstruction du système de santé de la RDC : - recréer la vision de système de santé à mettre en place dans une conception du service de santé publique et requalifier la vocation des ressources humaines pour en faire des professionnels responsables. Une manière de faire serait de recourir, à l'histoire du système de santé de la RDC (cette histoire est riche en enseignements) et, de façon complémentaire recourir aux synthèses de know how faites par d'autres et répondre à la double interrogation :

1. Voulons nous avoir des zones de santé opérationnelles et suffisamment solides pour intégrer les préoccupations de différents programmes de contrôle de la maladie ou de problèmes spécifiques et capables de prendre en charge les problèmes de santé fondamentaux de la population, avec leur participation ? ou bien:
2. Quelques programmes de prévention et quelques autres visant le contrôle de quelques endémies importantes (éventuellement gratuits) en laissant le curatif au privé (chez nous dérégulé)?

107. L'OMS insiste depuis l'an 2000 sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé pour réaliser des progrès sur la voie des OMD et d'autres priorités sanitaires nationales.

108. La stratégie de renforcement du système de santé telle qu'envisagée dans ce document prend en compte la nature systémique des services de santé et comprend 6 axes qui, pour des raisons de forme, sont présentés séparément alors qu'ils sont interdépendants.

109. Cette Stratégie doit être comprise comme un ensemble d'actions qui consistent à réorganiser l'ensemble du système de santé de manière à lui permettre à terme de rendre disponibles les soins de santé (basés sur la personne, globaux, continus, intégrés, efficaces, efficaces et équitables) à la population, et de s'assurer de leur utilisation. Ces soins de santé devraient progressivement prendre la place de ceux qui sont offerts par les programmes verticaux et le privé lucratif émergent, non coordonné et dont la qualité est douteuse.

110. L'axe principal de la stratégie est donc le développement des zones de santé comme un système de santé à deux échelons (hôpital général de référence et centres de santé) sous la responsabilité d'une Equipe Cadre de la Zone.

111. Pour permettre au travail de revitalisation des zones de santé de se faire de façon efficace et efficiente dans le contexte actuel du secteur, un certain nombre d'actions doivent être entreprises. Ces actions constituent les autres axes de la stratégie. Ces actions ont valeur de conditions nécessaires à la mise en œuvre du développement des Zones de Santé.

#### 3.2. Axes stratégiques

112. Les axes de la première édition de la stratégie de renforcement du système de santé étaient : (i) la revitalisation de la zone de santé et la correction des distorsions induites au niveau

périphérique, (ii) la réorganisation du niveau central et intermédiaire, (iii) le développement des ressources humaines pour la santé, (iv) la rationalisation du financement de la santé, (v) la collaboration intra et sectorielle, et (vi) la recherche sur le système de santé.

113. La présente édition compte également six axes, mais réaménagés, en prenant en compte d'une part, l'expérience de mise en œuvre de la SRSS depuis son adoption en 2006, notamment les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées ainsi que l'évolution du contexte national et international. En effet, la mise en œuvre de la SRSS a montré que les questions de gouvernance sont tout aussi importantes que les appuis techniques et financiers que reçoivent les ZS. En plus il a également été constaté que le secteur du médicament pose des problèmes qui ne peuvent trouver solution dans les ZS. Ainsi, la gouvernance et le leadership ainsi que la réforme du secteur du médicament sont devenus des axes à part entière de cette seconde édition de la SRSS.

114. Un rapprochement a été fait avec les réformes proposées par l'OMS dans son rapport 2008, sur la santé dans la monde. En effet, ces réformes sont en cours d'exécution en RDC depuis la première édition de la SRSS.

115. Les axes de la seconde édition de la SRSS sont : (i) **le développement/la revitalisation de la Zone de Santé et la correction des distorsions induites à ce niveau**, (ii) **le renforcement de la gouvernance et du leadership**, (iii) **le développement des ressources humaines pour la santé**, (iv) **la réforme du secteur du médicament**, (v) **la réforme du financement de la santé**, (vi) **le renforcement de la collaboration intra et inter sectorielle**

### **3.2.1. Revitalisation de la zone de santé et correction des distorsions induites à ce niveau**

116. **Pourquoi préférer la revitalisation des zones de santé ?** L'histoire du système de santé de la RDC est faite du recours, à la fois, à la mise en place de programmes spécifiques destinés à combattre des problèmes spécifiques de santé et à la mise en place des zones de santé. Mais, la synthèse de différentes expériences a conduit la RDC à définir en 1984 sa politique de santé basée sur les soins de santé primaires avec la zone de santé comme unité de planification et de mise en œuvre.

117. Les SSP ne consistent pas en une liste d'interventions alignées les unes à côté des autres, même si celles-ci couvrent toute la liste des composantes des SSP. Ils répondent à des caractéristiques bien précises qui sont : (i) le centrage sur la personne, (ii) l'efficacité, (iii) la sécurité, (iv) la continuité, (v) la globalité ou l'exhaustivité, (vi) l'intégration et (vii) l'équité dans leur distribution. Les SSP sont donc des soins qui réunissent la promotion, la prévention le traitement et les soins d'une manière sûre, efficaces et socialement productive à l'interface entre la population et le système de santé.

118. La revitalisation des zones de santé est l'approche qui garantit à tout instant un équilibre au niveau des valeurs de base (l'équité et la solidarité dans le financement, la dignité de la population et l'éthique professionnelle), respecte le mieux les principes directeurs de la politique nationale de santé (PNS) et celle qui est cohérente avec la mise en œuvre du plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

119. Le débat d'il y a quelques années sur la prise en charge des malades co-infectés la tuberculose et le VIH souligne de façon évidente les limites de l'approche sélective et incite le décideur à une nouvelle façon de procéder pour le renforcement des systèmes de santé. Il démontre d'une part, la tendance à l'opérationnalisation des programmes spécialisés et d'autre part, la désintégration des ZS sous le poids de ces derniers. En effet, ce débat serait vide de contenu si chaque niveau fait son travail et que de ce fait, les ZS offrent les soins de santé intégrés (les préoccupations de deux programmes concernés seraient ainsi prises en compte dans les activités courantes des zones de santé).

120. Les caractéristiques de la zone de santé, comme système de santé intégré, permettent de faire fonctionner le système de santé de façon efficace et à moindre coût et font de la revitalisation des zones de santé une priorité conditionnelle du renforcement du système de santé d'un point de vue à la fois :

121. **sociologique** : développer les zones de santé c'est placer la population au centre des préoccupations du système de santé comme sujet et non seulement comme objet des interventions sanitaires. Les soins à organiser par les services de santé de la zone de santé tiennent compte de la demande de la population et pas seulement des priorités épidémiologiques et celles des bailleurs des fonds.

122. **stratégique** : le développement d'une zone de santé n'est possible que s'il est encadré par un niveau intermédiaire fort, disposant à la fois des compétences en organisation et fonctionnement de système de santé, mais jouissant également d'un pouvoir réel. Les besoins identifiés pour le fonctionnement des zones de santé vont ainsi conduire à la redéfinition du rôle des niveaux intermédiaire et central.

123. **méthodologique** : le renforcement des services de base permet de montrer que les préoccupations des programmes de contrôle des maladies peuvent être prises en compte. En effet, le Paquet Minimum et le Paquet Complémentaire d'Activités telles que définis dans les normes de fonctionnement des zones de santé incluent les principales interventions qui sont souvent utilisées pour justifier la verticalité observée actuellement au niveau du système de santé.

124. **politique** : la zone de santé est l'unité opérationnelle de la politique nationale de santé. Son développement est la voie obligée pour la mise en œuvre de la stratégie de base : « les soins de santé primaires ».

125. **conforme aux efforts à entreprendre pour la réalisation des engagements internationaux du pays en matière de santé, notamment des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM)**. En effet, le renforcement du système de santé en général et plus particulièrement son niveau périphérique est une condition sine qua non pour évoluer vers la réalisation des OMD relatifs à la santé (Rapport sur la Santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2005). Dans son rapport sur la santé dans le monde intitulé 'Les Soins de Santé Primaires, maintenant plus que jamais', l'OMS préconise comme on l'a vu plus haut la réforme des prestations. Cette réforme qui sur le plan conceptuel a le même contenu que la revitalisation de la ZS, préconise les soins de santé centrés sur l'homme. La mise en œuvre de cette réforme implique celle de l'ensemble du système de santé tout en évitant de tomber comme on l'a vu récemment dans le piège qui consiste pour les systèmes de santé à baser leurs priorités sur les besoins des programmes prioritaires plutôt que ceux de l'homme.

126. **Le défi est, partant d'une vision claire sur la priorité conditionnelle de reconstruction du système de santé, de s'inscrire dans un processus soutenu et intentionnel de changements fondamentaux au sein du système de santé national.**

127. **Principes de la revitalisation de la ZS.** Le principe de base de la revitalisation<sup>7</sup> des zones de santé est celui de développement progressif des ZS. Du fait des moyens limités (financiers et techniques), on peut raisonnablement imaginer qu'il est impossible de pouvoir développer toutes les zones de santé à la fois. On est donc bien obligé d'y aller de manière progressive. L'approche dite progressive nécessite que l'on choisisse dans une province les zones de santé et à l'intérieur d'une zone, les centres de santé par lesquels la démarche devra commencer.

128. Les zones de santé devront donc être classées par rapport à leur potentiel de développement et, le travail de fonds en vue de la revitalisation va commencer par les zones de santé qui présentent

---

<sup>7</sup> Dans ce document, l'expression 'revitalisation des ZS' sera utilisée indifféremment de l'expression 'développement de la ZS'. Nous considérons dans ce document que leur contenu est le même.

un potentiel au développement élevé. Ce choix se justifie par le fait que les zones de santé à haute potentialité de développement peuvent être rapidement revitalisées, elles pourront donc devenir des zones de santé de démonstration (où l'on peut voir comment organiser les soins de santé primaires, comment opérationnaliser les axes de revitalisation des zones de santé, etc.) et peuvent servir de terrain de stage pour le personnel de santé des autres zones de santé. Ce type de formation peut devenir une alternative intéressante aux multiples séminaires organisés au sein du Ministère qui soustraient trop souvent le personnel de santé de ses occupations quotidiennes. Ce choix se justifie aussi par la nécessité de faire bénéficier les ressources disponibles (déjà bien limitées) au plus grand nombre, les ZS à potentiel élevé de développement étant choisies parmi celles qui ont une population supérieure ou égale à 100 000 habitants.

129. Dans une zone de santé, les centres de santé qui ont un potentiel de développement plus élevé seront rationalisés en premier. Le CS rationalisé devient la structure où une petite équipe polyvalente organise pour sa population de responsabilité (recensée et inscrite) un PMA intégré (sur base des instructions standardisées par l'équipe cadre de la zone de santé) sous la supervision régulière et systématique d'un membre de l'équipe cadre. Dans ce CS, les multiples canevas de rapport mensuels qui vont jusqu'à 40 dans certains cas, vont progressivement céder la place au dossier du malade. Ceci demande, comme on le voit une réforme profonde du système national d'information sanitaire qui doit être centré sur la personne au lieu d'être basé sur la satisfaction des besoins des programmes.

De manière concrète :

1. L'équipe cadre de zone a la responsabilité du fonctionnement **de toute la zone**. Aucune partie de la zone n'est laissée sans suivi ou confiée à une autorité externe.
2. On part d'une situation existante, qu'il faut être capable de décrire, et que l'on veut transformer (cette description porte sur les différentes formations sanitaires existantes, y compris l'hôpital, et leur état de fonctionnement).
3. Lorsqu'on décide de transformer une structure de premier échelon en Centre de Santé rationalisé, on appliquera la démarche d'introduction du paquet (PMA) en une seule fois. Cela implique que la transformation des structures de santé de premier échelon en CS rationalisés ne se fera pas pour toutes les structures en même temps.
4. Les CS qui ne seront pas concernés par la rationalisation (au début) continueront malgré tout à planifier des interventions de santé publiques, avec un appui de l'équipe cadre pour les préparer à rejoindre dès que possible le processus de développement.
5. **Le plan de couverture** consistera donc, à partir de l'inventaire des structures de premier niveau existantes (CS, dispensaires et postes de santé), à définir celles qui seront transformées à terme, en CS rationalisés en prenant en compte notamment les critères de densité de la population. Il définira également celles qui devront être éventuellement créées pour avoir une couverture totale de la population. Ceci correspond au «découpage en aires de santé », qui est une hypothèse à revoir régulièrement au fur et à mesure que la couverture en CS rationalisés augmente (nécessité de créer de nouvelles aires ou d'en supprimer d'autres).

130. Le développement des zones de santé à partir de l'existant devra permettre à terme de corriger les distorsions induites à ce niveau lors du dernier découpage. En effet, le travail de revitalisation des ZS partira des HGR qui doivent être rationalisés en premier. Cette démarche devra, à terme permettre d'avoir une idée sur les besoins réels en HGR dans les différentes provinces, ce qui devra correspondre au nombre réel des ZS dont ces provinces auront besoins. Le principe qui consiste à rationaliser l'HGR en premier répond à une double exigence, (i) celle qui consiste pour l'HGR à remplir sa mission d'appui au développement des CS d'une part et, d'autre part, (ii) celle qui consiste à répondre aux besoins de référence qui seront induits lors de la rationalisation des CS.

131. **Les sous axes de la revitalisation de la Zone de Santé.** On peut concevoir le développement des zones de santé comme un processus continu qui évolue selon cinq axes. Les cinq axes sont

progressivement renforcés avec des intensités différentes, ces intensités variant en fonction du niveau de développement et des besoins spécifiques de chacune des zones. Ces sous axes sont : (i) le développement du leadership intégré au niveau de la ZS, (ii) la rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires de la ZS, (iii) l'amélioration de la couverture sanitaire, (iv) l'amélioration de la qualité des soins et, (v) la participation communautaire. Les autres axes de la SRSS, dont l'ampleur va au delà de la ZS, mais qui sont des conditions nécessaires au développement de celles-ci, doivent également être pris en compte au niveau local.

**132. Comme on le voit, le développement de la ZS pour une offre des soins de santé primaires correspond à la réforme des prestations telle que proposée par l'OMS. Il permettra à termes de remplacer progressivement les interventions verticales mises en place dans le but de chercher les résultats rapides par des actions de développement au bénéfice de l'ensemble de la population avec accent sur les groupes vulnérables.**

### **3.2.1.1. Développement du leadership intégré au niveau de la ZS**

133. La réussite de l'ensemble du processus de revitalisation de la zone de santé dépend de la manière dont le leadership est assuré. Ce leadership doit être assuré par l'équipe cadre de la zone de santé (ECZ). Il implique que les membres de l'équipe soient conscients de la nécessité et de la possibilité de changer le mode de fonctionnement du système sanitaire de la zone de santé, sur base d'une conception claire et cohérente d'un mode de fonctionnement alternatif, et qu'ils disposent de l'autonomie de gestion nécessaire pour prendre les décisions qui s'imposent face aux multiples problèmes identifiés. Pour se faire, l'ECZ doit avoir une vision commune du développement de la zone de santé et un contrôle sur l'ensemble du système de santé de la zone, sur les ressources y compris sur les ressources financières.

134. La composition de l'équipe cadre de la zone de santé doit tenir compte de la nécessité d'impliquer dans le travail d'ensemble visant à la transformation du système de santé toutes les personnes qui possèderaient un poids réel dans la prise de décision. Ainsi, on peut imaginer par exemple que le Médecin Directeur et le Médecin Chef de Staff de l'HGR fassent partie de l'ECZ.

135. Le développement du leadership intégré consistera à réaliser un certain nombre d'actions parmi lesquelles on peut citer (i) la désignation des membres de l'ECZ parmi le personnel qui travail dans la ZS, (ii) l'organisation des formations communes pour tous les membres de l'ECZ, (iii) la définition des responsabilités tant verticales qu'horizontales de chacun des membres de l'équipe, (iv) l'élaboration du calendrier de travail pour l'ensemble de l'équipe et qui inclut les responsabilités de chaque membre tant au niveau de l'hôpital général qu'au niveau des centres de santé, (v) la mise en place d'un système de paiement des primes/salaires qui encouragent l'esprit d'équipe et l'atteinte des résultats, (vi) l'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur de l'ECZ qui doit être approuvé par le Médecin Provincial, etc.

### **3.2.1.2. Rationalisation du fonctionnement des structures de santé**

136. Le fonctionnement des structures de santé qui existent dans la zone de santé et les interactions entre celles-ci doivent être améliorés. La rationalisation du fonctionnement des structures prépare ainsi le terrain à toute action qui sera destinée à améliorer la qualité des soins dans les différentes structures de santé de la zone. Elle permet d'améliorer la gestion tant administrative (personnel, finances, logistique, etc.) que technique (introduction des ordigrammes, amélioration de la gestion des intrants non salariaux, établissement des critères de référence et contre référence, tarification, etc.). La rationalisation des ressources humaines fera en sorte que l'HGR et le CS dispose du personnel dont ils ont besoins en termes de quantité et de qualité conformément la charge de travail. Au niveau des structures, elle permettra l'intégration de l'hôpital dans le système de santé de la zone, etc. et assurer de façon harmonieuse le PMA dans les CS, le PCA dans les hôpitaux.

137. La rationalisation concernera aussi les ressources humaines qui se présentent en surnombre dans certaines structures de santé ainsi que la carte sanitaire de la ZS. Dans certaines ZS, on dénombre jusqu'à 105 structures de santé pour 18 AS planifiées !

138. L'hôpital, formation la plus importante, la plus complexe et la plus coûteuse, est celle qui doit être soumise en priorité à la rationalisation de ses activités. Celle-ci permettra à l'Hôpital de fonctionner effectivement comme une structure de référence en évitant de donner accès aux usagers des soins primaires et d'être prêt à faire face à la demande qui sera induite par la rationalisation des Centres de santé

139. Le Centre de Santé doit avoir une équipe permanente de façon à donner des soins primaires aux usagers quand ils en ont besoin. Le service doit être organisé de sorte que les patients reçoivent au même endroit et par les mêmes personnes tous les soins que nécessite leur état de santé.

### **3.2.1.3. Amélioration de la couverture sanitaire de la ZS**

140. Cet axe consiste à assurer la couverture effective de la population par les services de santé de qualité. Cette couverture devra être un compromis acceptable entre la qualité des soins (qui suppose qu'on n'affaiblisse pas la compétence des agents de santé par la couverture des populations trop réduites, résultant d'une multiplication du nombre des formations sanitaires), et l'accessibilité des services au point de vue géographique, mais aussi psychologique et culturel (qui suppose au contraire qu'on diminue la distance à parcourir pour atteindre les formations sanitaires).

141. Une planification rigoureuse permettra ainsi de trouver l'équilibre entre le besoin de déconcentration pour augmenter l'accessibilité pour la population aux soins de santé et le besoin de concentration des ressources pour réunir la masse critique d'équipements et de personnes nécessaires pour assurer des services de qualité.

142. L'amélioration de la couverture peut se faire soit en implantant de nouvelles structures de santé (centres de santé, etc.), soit en rationalisant le fonctionnement des structures existantes (publiques ou privées). Elle devra permettre d'inverser la tendance à la sur utilisation des hôpitaux pour les problèmes de santé qui peuvent trouver solutions dans les CS et à leur sous utilisation pour les cas nécessitant une référence. Les expériences en cours dans les ZS de Lukula dans le Bas Congo, dans la ZS de Lubunga à Kisangani et dans d'autres ZS du pays ouvrent de nouvelles perspectives en termes de rationalisation de la couverture sanitaire de la ZS.

### **3.2.1.4. Amélioration de la qualité des soins**

143. L'amélioration de la qualité des soins est le résultat de l'interaction entre plusieurs éléments parmi lesquels on peut citer : (i) l'existence des directives claires sur les actes et gestes à poser par le personnel de santé notamment sur la prise en charge ou la référence des tuberculeux, du paludisme compliqué grave, des hémorragies gravidiques, la prescription d'antibiotiques, etc. (ii) l'approvisionnement régulier en intrants non salariaux, et en particulier en médicaments essentiels, l'équipement adéquat et la maintenance régulière des formations sanitaires (réhabilitation et entretien), (iii) la supervision formative périodique maintenant la compétence du personnel, (iv) l'intégration des soins curatifs et préventifs, (v) la mise en place d'un système d'information permettant l'évaluation de l'action des services hospitaliers et des centres de santé (système d'information hospitalière, etc.) ainsi que (vi) tous les éléments plus subjectifs tels que l'accueil et à l'écoute des usagers, etc.

144. L'élément fondamental de cette démarche d'amélioration de la qualité des soins doit être celui qui consiste à mettre en place des soins de santé centrés sur la personne.

145. Le système d'information à mettre en place doit servir à mieux organiser les soins aux malades et à mieux assurer la gestion locale des structures et non comme on le constate actuellement à répondre au besoin des programmes verticaux et des bailleurs des fonds. Il doit

permettre aussi au personnel de santé de mieux toucher du doigt sa responsabilité vis-à-vis d'une population définie, et à la population couverte de mieux comprendre son appartenance à un ensemble solidaire.

146. Les expériences récentes relatives à l'amélioration de la qualité des soins ont mis en évidence les limites des actions techniques qui consistent à construire ou réhabiliter les formations sanitaires, à approvisionner les formations sanitaires en médicaments, etc. Tout en étant indispensables à l'amélioration de la qualité des soins, ces actions doivent dans la situation actuelle de la RDC du fait des distorsions induites dans les ZS, être soutenues par une action de rationalisation qui elle, passe le plus souvent par une prise des décisions aux différents niveaux du système de santé.

### 3.2.1.5. Participation communautaire

147. La participation de la communauté est un axe important de la stratégie des soins de santé primaires. Elle permet à celle-ci d'être un acteur et donc un partenaire incontournable dans la production des soins dont elle est bénéficiaire. Elle doit être comprise comme une dimension importante dans l'amélioration de la gestion du Centre de Santé et de la qualité des soins et des services offerts par ce dernier ainsi que celle de la couverture universelle de la population aux soins de santé

148. La participation communautaire peut prendre plusieurs formes allant de la simple adhésion du patient (nécessaire à l'efficacité des soins) à des actions plus importantes et plus visibles telles la participation à la décision avec les professionnels de santé, l'apport des ressources en fonction des besoins et des moyens dont elle dispose et cette forme de participation peut prendre plusieurs formes allant jusqu'à la construction des Centres de Santé, en passant bien entendu par le paiement des actes médicaux.

149. On peut tout aussi imaginer des actions où la population prend des décisions, contribue à leur réalisation et fait appel aux professionnels de santé quand elle estime que la présence de ces derniers est nécessaire pour résoudre un problème précis. La population sera donc dans une sorte d'interaction continue avec le personnel du centre de santé où le degré de participation à la décision et à l'action de l'un augmente quand celui de l'autre diminue et inversement.

150. La population devra être organisée pour lui permettre de mieux participer à l'action sanitaire (comité de gestion, comité de santé, comité de développement de l'aire de santé, etc.)

151. **Le costing et la planification des ressources au niveau de la Zone de Santé.** Une étude des coûts du paquet minimum des activités (PMA), du paquet complémentaire des activités (PCA) et de l'équipe cadre de la zone de santé (ECZ) à l'aide de l'outil appelé « iHTP » a été réalisée par le Ministère de la Santé Publique en 2009. Pour un Centre de Santé (CS) ayant un niveau de fréquentation de 0.40 contacts par habitant et par an, les coûts du PMA incluant uniquement les soins de base se situent à 6.05\$/hab./an. Pour un CS avec « soins de base » plus les soins VIH/SIDA et qui dispose d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV), le coût est de 9.13 \$/hab./an, tandis que pour un CS offrant les soins de base plus les soins VIH/SIDA mais sans CDV le coût est de 7.90 \$/hab./an.

152. Pour un Hôpital Général de Référence (HGR), qui assure un PCA complet y compris le VIH/SIDA et la trypanosomiase humaine africaine (THA), les coûts se situent à 11.86 \$/hab./an pour un niveau de fréquentation de 0.15 contacts par habitant et par an dans une Zone de Santé (ZS) ayant 100 000 habitants. Globalement, pour une Zone de Santé dont l'HGR a un niveau de fréquentation de 0.15 contacts/hab./an et des CS dont le taux d'utilisation de services est de 0.4 contacts/hab./an, le coût par habitant par an est de 17.91\$ dont 11.86\$ pour le PCA et 6.05\$ pour le PMA.



153. Le travail de costing et la planification des ressources devra se poursuivre pour déterminer les coûts pour l'hôpital provincial, des services d'appui à la DPS, l'hôpital tertiaire et de l'administration du niveau central.

154. **La continuité des soins est l'une des caractéristiques des soins de santé primaires.** Elle veut que quand une personne entre dans le système de santé, notamment par le CS, elle en sort quand son problème de santé est résolu ou maîtrisé. Ceci implique que soient mis en place les services de santé de référence secondaire et tertiaire en prenant en compte bien entendu les principes d'équité dans la distribution des ressources d'une part et, d'autre part, celle de pouvoir concentrer les ressources et les nouvelles technologies dans un nombre réduit de formations sanitaires pour plus d'efficacité et d'efficacités.

155. Il convient également de souligner que de la performance de services de référence secondaire et tertiaire dépend aussi la qualité des soins qui sont offerts dans les ZS étant donné que la formation de base du personnel médical est assurée dans les formations sanitaires de niveau tertiaire ou secondaire et que les formations sanitaires de référence secondaire sont des lieux privilégiés pour la formation continue du personnel de la ZS sur le plan clinique.

156. **Les prestations de référence secondaire.** Ces prestations sont habituellement offertes par deux catégories de formations sanitaires dans le pays. Il s'agit des HGR des ZS dans lesquels ont émergé certains services au niveau de la référence secondaire d'une part comme l'HGR de Kisantu dans le Bas Congo et l'HGR de Tshikaji dans le Kasai Occidental, et d'autre part, les hôpitaux provinciaux tels que l'Hôpital Général de Kinshasa et l'hôpital Jason Sendwe à Lubumbashi. Ils **nécessitent** des actions relatives à l'amélioration de la qualité des soins et de la rationalisation de fonctionnement (adéquation entre charge de travail et ressources humaines, appui au fonctionnement, etc.) pour leur permettre de relever leur plateau technique et donc de remplir pleinement leur double mission qui consiste à assurer les soins de référence secondaire et à appuyer l'amélioration de la qualité dans les HGR. L'implantation et l'appui au fonctionnement des hôpitaux provinciaux coûtera très chers. On peut donc imaginer que dans le cadre de la rationalisation de la carte sanitaire, le pays puisse disposer d'un nombre limité de ces hôpitaux implantés de sorte qu'ils puissent desservir deux ou plusieurs provinces à la fois dans un premier temps.

157. **Les soins de santé de référence tertiaires sont habituellement offerts par les cliniques universitaires de Kinshasa, de Lubumbashi et de Kisangani.** L'hôpital du cinquantenaire en construction à Kinshasa a également vocation à offrir les soins de santé de référence tertiaire. L'insuffisance des ressources due essentiellement au désengagement de l'Etat dans le fonctionnement des cliniques universitaires, les problèmes de gouvernance au sein de ses institutions, etc. ont également fait que les différentes cliniques universitaires n'arrivent plus à remplir leurs missions (recherche, formation et appui aux hôpitaux provinciaux). Un travail de fonds en termes d'amélioration de la qualité et de rationalisation est nécessaire.

158. L'hôpital du cinquantenaire va nécessiter pour son bon fonctionnement que soit mis en place (i) un fonds pour faire face à sa charge d'exploitation, (ii) que le système hospitalier de la ville de Kinshasa soit réorganisé notamment par l'appui au fonctionnement et l'investissement dans les structures de référence primaire et secondaire et (iii) que les hôpitaux provinciaux remplissent leur mission.

159. En définitive, autant il est devenu évident que les soins de santé primaires ne peuvent mieux se développer sans l'appui des autres niveaux (secondaires et tertiaires), autant il faudra reconnaître que l'offre des services et soins de santé au niveau secondaire et tertiaire nécessite beaucoup de ressources et la mise en place de mécanismes de gestion modernes et efficaces

### 3.2.2. Renforcement de la gouvernance et du leadership

Cet axe comprend quatre sous axes à savoir : (i) la réforme et la décentralisation dans le secteur de la santé, (ii) la réforme du système d'information sanitaire, (iii) la recherche sur le système de santé, et (iv) l'amélioration du pilotage du secteur de santé, (v) l'amélioration des systèmes de gestion des structures de santé. **Les actions contenues dans cet axe sont destinées à améliorer les performances de l'administration de la santé et de renforcer le leadership du MSP sur l'ensemble du secteur. Elles correspondent à la réforme du leadership proposée par l'OMS dans le rapport sur la santé dans le monde, 2008.**

#### 3.2.2.1. Réforme et décentralisation dans le secteur de la santé

160. Dans le DSCR, le gouvernement reconnaît qu'une réforme complète de l'administration publique est nécessaire afin d'améliorer la capacité des ministères et agences publiques à fournir des services en vue d'améliorer leur efficacité et leur performance. L'objectif poursuivi dans le cadre de la stratégie est double : la maîtrise de la masse salariale et des effectifs ainsi que l'amélioration progressive de la qualité des prestations de l'administration publique. Pour atteindre cette stratégie, le Gouvernement compte entre autre : (i) finaliser le programme de mise à la retraite et (ii) rationaliser les postes, des effectifs, des emplois au sein de l'administration publique par la définition d'un nouveau cadre organique plus adapté.

161. Le cadre organique actuel compte 13 directions et 52 programmes, ce qui fait 65 structures au niveau normatif ! La constitution du 18 2006, février répartit les compétences entre les différents pouvoirs. Les fonctions régaliennes constituent l'essentiel des attributions exclusives du niveau central. Toutes les questions relatives à l'organisation des soins de santé primaires et de leur mise en œuvre font partie des attributions exclusives du pouvoir provincial.

162. La révision du présent cadre organique qui d'ailleurs est provisoire devient une nécessité. Sa révision devra faire en sorte que la forme de chaque niveau du système de santé soit compatible à sa mission constitutionnelle. L'Inspection Provinciale de la Santé sera remplacée par la Division Provinciale de la Santé dont le rôle sera d'exécuter les fonctions de l'administration provinciale de la santé sous la responsabilité du Ministre Provinciale ayant la santé en charge.

163. La création de nouvelles provinces dans le cadre de la Nouvelle Constitution enlève l'argument de l'étendue des provinces et ne justifie plus la création d'un deuxième échelon intermédiaire. On considèrera donc dans le cadre de la stratégie présentée ici, un seul niveau intermédiaire à réformer, ayant comme fonction principale le développement du plan de couverture provincial et donc l'appui au développement des zones de santé de la province.

164. Ce qu'il faudra envisager au niveau provincial, c'est une petite équipe cadre provinciale (ECP) dont les membres polyvalents se partageront la responsabilité du développement des zones (un groupe de zones par membre). Cette équipe sera assistée par un service logistique et un autre chargé de la gestion des ressources qui seront mises à la disposition des provinces pour la gestion des intrants nécessaires à la réalisation des activités dans la province. L'ECP constitue l'alternative à la multiplicité des structures au niveau intermédiaire (bureaux, points focaux, etc.). Le profil de ces membres peut correspondre à celui de certains médecins de district actuels. Le fonctionnement de ces équipes va alimenter la réflexion sur la réforme de ce niveau (cadre organique du niveau intermédiaire) notamment sur la forme et la fonction que doit avoir ce niveau, étant donné que son rôle essentiellement va consister à appuyer le développement des Zones de Santé.

165. L'expérience de la mise en œuvre de la SRSS au niveau intermédiaire laisse entrevoir trois fonctions essentielles à ce niveau. Il s'agit : (i) de la fonction d'appui au développement des ZS, (ii) de la fonction de gestion des ressources et (iii) de la fonction de gestion de l'information sanitaire et de la recherche.

166. La mise en place de telles équipes va nécessiter dans le contexte actuel, le renforcement du niveau intermédiaire par une assistance technique de type « santé publique » qui a de l'expérience dans le renforcement des systèmes de santé. Cette assistance aura pour rôle d'aider à l'élaboration et la mise en œuvre des plans de développement provinciaux, à l'intégration des programmes verticaux et à renforcer les capacités du personnel de santé de ce niveau notamment dans la mise en place des 'basket funding' provinciaux.

167. Conformément à l'évolution du contexte politique, Il sera mis en province le service déconcentré du niveau central dans lequel sera placée une unité chargée de l'inspection. Ce service dépendra de l'administration centrale.

168. Etant donné que les territoires ont perdu leur caractère d'entités territoriales décentralisées et que ces dernières ont une autonomie de gestion de leurs ressources humaines, matérielles et financières, les ZS autre fois attachées aux territoires vont être des entités déconcentrées des provinces pour plus d'équité dans la distribution des ressources.

169. En dehors du cadre organique, des lois seront élaborées pour mieux réguler le secteur. Il s'agit de la loi cadre du secteur qui va organiser la décentralisation dans le secteur de la santé, la loi sur la répartition des médecins, la loi sur le commerce pharmaceutique pour une meilleure régulation de ce domaine. La régulation du secteur privé lucratif passe par l'actualisation de la loi sur la participation des privés sur l'action médicale de l'Etat de 1971. Les accords de partenariat doivent être établis pour une meilleure contribution du privé non lucratif à l'action sanitaire de l'Etat

170. Le processus d'élaboration des normes doit être reformé. Les normes doivent prendre en compte la nécessité d'organiser les services de santé et soins de santé centré sur la personne et non des services que l'on met en place pour répondre aux exigences des structures du niveau central et des partenaires techniques et financiers.

171. **Actions à réaliser à court terme aux niveaux central et intermédiaire.** Sous la responsabilité directe du Ministère de la Santé, de simples mesures conservatoires sont à prendre d'urgence pour éviter que les distorsions et l'inflation institutionnelle qui ont caractérisé la période récente ne se figent et ne deviennent un obstacle majeur à toute tentative de réforme.

C'est ainsi qu'il doit être envisagé des mesures suivantes :

1. Regrouper les programmes sous l'autorité des sept directions dont la création satisfait tous les critères administratifs et légaux. Ce regroupement implique un moratoire sur la création de nouveaux programmes spécialisés; il implique que les directions régulent les supervisions de façon à éviter, progressivement, que les supervisions centrales se substituent au travail du niveau intermédiaire;
2. Décréter un moratoire sur la création de nouveaux bureaux de directions ou de nouvelles coordinations de programmes au niveau provincial, afin de ne pas figer une situation destinée à être changée d'ici peu;
3. Maintenir le moratoire sur l'agrément des ITM/IEM d'une part et, d'autre part, pour suivre l'assainissement des ITM/IEM existant,
4. Subordonner la création des structures sanitaires aux plans de couverture des zones de santé, avec un moratoire immédiat sur la création de "postes de santé", des "centres de santé de référence», sur la transformation de centres de santé en "hôpitaux de référence", et sur l'installation de nouveaux bureaux centraux de Zone.

172. La mise en œuvre de ces mesures permettra de soutenir la réforme au niveau périphérique en attendant des actions pouvant aller jusqu'à la restructuration organique du Ministère de la Santé qui elles sont à envisager à moyen terme dans le cadre de la réforme en profondeur de l'ensemble de l'administration publique compte tenu des objectifs sectoriels à réaliser.

### 3.2.2.2. Réforme du système national d'information sanitaire

173. Le système national d'information sanitaire est un outil nécessaire à la prise des décisions en vue d'améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé et renforcer le leadership. Dans un contexte du renouveau des soins de santé primaires centrés sur la personne, le système national d'information sanitaire sera réformé. Le dossier du malade sera au centre du système d'information de routine. Il remplacera progressivement les multiples canevas qui sont la traduction d'un système des soins basés sur les programmes spécialisés et non sur la personne. D'autres moyens seront utilisés telles que les enquêtes pour générer les informations qui ne peuvent figurer dans le dossier du malade au CS ou à l'HGR.

### 3.2.2.3. Recherche sur le système de santé

174. La complexité du contexte dans lequel se met en œuvre la Stratégie de Renforcement du Système de Santé est telle que la recherche action devient une action incontournable. Cette recherche va permettre d'améliorer la qualité du travail normatif d'une part, et d'autre part, elle permettra d'identifier non seulement les goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la Stratégie, mais aussi des solutions alternatives. Elle permettra de ce fait d'améliorer la gouvernance et le pilotage du secteur.

175. **Approche scientifique pour le développement des politiques.** Un travail normatif de redéfinition des principes d'organisation, des intrants, de la production et des résultats attendus des zones de santé est à entreprendre. Ce travail normatif inclut l'estimation des coûts reliés à l'application progressive des normes et les modalités d'intégration des activités des programmes (détermination du coût des Paquets Minimum et Complémentaires d'Activités par exemple).

176. Le développement des politiques (d'organisation de soins, des ressources humaines, du financement, et de la gestion du système pluraliste) se fera à partir de la mise en place des zones, en comptant sur un effet de démonstration, de formation et d'entraînement pour obtenir un consensus politique;

177. Plusieurs études seront entreprises dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie : les normes sanitaires de la Zones de santé seront testées, la hauteur du financement communautaire, la capacité et la volonté de payer les soins par les usagers seront évalués. Cette recherche se fera essentiellement dans les Zones de santé de démonstration qu'il faudra rapidement mettre en place. Les dimensions de la RDC avec la variabilité des situations entre provinces, doivent faire prendre conscience de la nécessité des adaptations continues sur base des résultats de la recherche.

### 3.2.2.4. Pilotage du secteur de la santé.

178. Le Comité National de Pilotage du secteur de la santé CNP-SS sera relayé dans les provinces par les comités provinciaux de pilotage (CPP). Le CNP-SS sera la seule instance de coordination et de concertation dans le secteur de la santé. C'est dans ce cadre que seront approuvés les plans nationaux et tous les autres documents normatifs avant leur diffusion et mise en œuvre. Les différents comités de pilotage qui ont été mis en place du fait des projets en cours d'exécution dans le secteur de la santé seront reconduits à leur terminaison à la fin des dits projets. Les conseils d'administration des ZS joueront le rôle d'instance de pilotage à ce niveau.

### 3.2.2.5. Amélioration de la gestion des formations sanitaires et autres structures de santé

179. Les problèmes relatifs à la gestion sont parmi ceux qui expliquent la perte des performances de notre système de santé. La gestion des formations sanitaires sera modernisée, voire externalisées dans certains cas. L'accent sera mis sur l'adéquation entre les postes des gestionnaires des

formations et structures de santé et le profil de leurs animateurs. Des mécanismes de lutte contre la corruption et les anti valeurs seront mis en place. La pertinence de la contribution des ménages au financement de la santé sera également améliorée.

### 3.2.3. Développement des ressources humaines pour la santé

180. Le développement des ressources humaines est l'un des aspects les plus importants de la stratégie de renforcement du système de santé. Cette importance réside aussi bien dans ce qui doit être fait dans ce domaine (meilleure distribution du personnel, amélioration et diversification des capacités, création de l'environnement propice à la consolidation de l'éthique professionnelle, etc.) que dans la manière de réaliser ce qui doit être fait et qui requiert l'appui du personnel dont on sait par ailleurs, est souvent opposé à toute idée de changement. Il serait réducteur de penser que la réforme du système de santé puisse se limiter à une simple transformation des structures si, à la base il n'y a pas le développement d'un état d'esprit capable de recevoir, de justifier et d'envisager les exigences qui en découlent.

181. Parmi les actions que l'on peut inclure dans cet axe, on peut citer : (i) la formation initiale de l'équipe cadre et celle des équipes polyvalentes des centres de santé, (ii) la formation continue du personnel de santé lors des supervisions formatives. Des stages de formation dans les zones de santé qui ont un bon niveau de performance (zone de santé de démonstration par exemple), peuvent être des alternatives intéressantes aux séminaires de formation.

182. Le renforcement des capacités du personnel et la mise en place d'un système incitatif adéquat sont certes des composantes importantes du développement des ressources humaines, mais sans une politique de développement et une planification stratégique des ressources humaines qui permettent d'établir une adéquation entre les besoins et la production de celles-ci, sans un réel management des RH, très peu de résultats durables sont à espérer dans notre système de santé.

183. La gestion des RH doit en effet, en plus de l'aspect administratif simple de leur planification opérationnelle, évoluer vers une approche beaucoup plus stratégique. Et, parmi les actions à entreprendre, il devrait être envisagé :

- de développer des liens plus rapprochés avec les autres ministères tel que le ministère de l'enseignement supérieur et universitaire (coordination entre la production des RHS et l'utilisation), de la fonction publique, du budget, des finances, etc. ;
- d'engager des négociations avec les ordres et associations professionnels au regard de la qualité de moins à moins bonne de la formation ;
- une redéfinition des rôles sur la gestion des RH entre les différents niveaux du système de santé dans la perspective de la décentralisation consignée dans la constitution ;
- de disposer d'une information fiable sur le personnel en fonction : effectif, localisation, qualification, capacité (skill), sexe, etc. Cette information doit être collectée de bas en haut c'est-à-dire du niveau opérationnel au niveau central. Il est souhaitable que l'information soit consolidée au niveau hiérarchique immédiatement supérieur ;
- de formuler un plan d'urgence pour les ressources humaines en santé permettant de cadrer des approches à développer au cours des prochaines années, pour affronter de façon durable la crise des ressources humaines pour la santé dans le pays.
- Le processus de réforme de la fonction publique en cours avec la mise en place des cellules thématiques offre une opportunité pour prendre en charge ces différentes actions. Mais, ceci suppose de confier un leadership clair à la cellule thématique de la réforme et que les membres de la cellule disposent d'une expertise technique nécessaire dans les aspects stratégiques de la gestion des RH.

184. A côté de l'amélioration des compétences du personnel, l'amélioration des conditions salariales est un élément non négligeable de réussite de la stratégie. S'il est vrai que le contexte actuel ne permettra peut être pas à court terme d'envisager une augmentation significative des salaires, qui d'ailleurs ne peut se faire que dans le cadre d'une politique salariale globale du Gouvernement, il est tout aussi vrai qu'une meilleure conception d'un système incitatif peut permettre d'améliorer la fonctionnalité du système de santé. Ce système incitatif ne se fondera pas seulement sur l'amélioration des conditions matérielles mais il prendra en compte les aspects de perspective de carrière et surtout l'atteinte des résultats au bénéfice des populations.

### 3.2.4. Réforme du secteur du médicament

185. La réforme du secteur du médicament passe par des actions suivantes : (i) l'appropriation par le Gouvernement du SNAME mis en place, (ii) le renforcement du leadership du Gouvernement sur l'ensemble du secteur, l'amélioration de la production locale et l'amélioration de l'utilisation des médicaments dans les formations sanitaires

186. **L'appropriation du SNAME par le Gouvernement.** Cette question d'appropriation du système national d'approvisionnement en médicaments par le Gouvernement est une question essentielle dans la mesure où elle conditionne d'une manière ou d'une autre la solution à tous les autres problèmes qui se posent au secteur du médicament aujourd'hui. Elle nécessite la révision de la convention qui lie le Gouvernement à la FEDECAME. Cette appropriation aura pour résultat à court termes : l'amélioration du chiffre d'affaire du SNAME au moyen des ressources domestiques (budget du gouvernement consacré au médicament), la fidélisation des formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé) au SNAME pour leurs approvisionnements et l'amélioration de la disponibilité du médicament de qualité dans les formations sanitaires.

187. **Le renforcement du leadership du Gouvernement sur le secteur du médicament.** Cette action est complémentaire à la première. Elle permettra au Gouvernement de mieux réguler les deux sous secteurs (public et privé). Dans le sous secteur public, l'action consistera à créer des conditions pour une migration vers le SNAME des fonds importants qui proviennent de l'aide internationale et qui sont destinés aux médicaments et intrants spécifiques, ce qui aura pour effets d'augmenter davantage le chiffre d'affaire du SNAME, de renforcer ce dernier et donc d'améliorer la disponibilité du médicament dans les formations sanitaires. Dans le sous secteur privé, le renforcement du leadership du Gouvernement permettra de mieux réguler le sous secteur, de mettre en place un programme pour assurer la qualité du médicament qui entre dans le pays à travers ce sous secteur et d'inciter le privé à investir dans l'approvisionnement en intrants dont le coût reste à ce jour très élevé pour les fonds publics (domestiques et ressources extérieures). C'est le cas par exemple des combinaisons thérapeutiques pour la lutte contre le paludisme, de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, etc.

188. **Production locale des médicaments.** Le sous secteur privé devrait également être mis à profit pour augmenter la production locale des médicaments et intrants spécifiques.

### 3.2.5. Réforme du financement de la santé

189. La réforme du financement de la santé va concerner toutes les sources de financement de notre système de santé, il s'agit des ressources domestiques, des ressources extérieures, de la contribution des ménages et du financement prié (lucratif, non lucratif et entreprises qui organisent des services de santé pour leur personnel). Pour ce faire, il ya des actions qui vont cibler les différentes sources et de financement d'une part et, d'autre part, celles qui seront communes à toutes les sources de financement.

### 3.2.5.1. Ressources domestiques

190. La réforme dans ce domaine passe par l'appropriation par le Gouvernement de la stratégie sectorielle et de ses différents plans de mise en œuvre conformément à la déclaration de Paris. Elle va consister en l'amélioration de la pertinence de l'affectation du budget de l'Etat consacré à la santé et l'amélioration de la part du budget de l'Etat consacré à la santé conformément aux engagements des chefs d'Etat africains à ABUJA. Pour ce faire, la SRSS et les différents plans de mise en œuvre (PNDS) doivent être adoptés par le Gouvernement. De ce fait, le budget de l'Etat consacré à la santé sera négocié dans le cadre du cadre des dépenses sectorielles à moyen terme (CDS-MT) et des plans annuels qui seront élaborés sur base du Plan National de Développement Sanitaire, il constituera ainsi l'une des sources sinon la première source de financement du PNDS.

### 3.2.5.2. Ressources extérieures

191. La défragmentation de l'aide extérieure ainsi que la réduction des coûts de transaction et celle des instances de coordination seront parmi les principales actions à mener dans le cadre de cette réforme. Cette réforme entre dans le cadre de la mise en œuvre de l'agenda de Kinshasa sur l'efficacité de l'aide. Pour ce faire la Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) sera l'organe qui va canaliser le financement extérieur. Il sera mis en place une agence fiduciaire pour renforcer les capacités des structures nationales.

192. L'objectif à très court terme est de mettre en place une direction administrative et financière (DAF) qui assurera la tutelle de la CAG et de l'agence fiduciaire pour l'exécution du budget de l'Etat consacrée à la santé (ressources domestiques et extérieures). A moyen terme, l'objectif est de mettre en place une approche sectorielle dans le secteur de la santé et à long terme de passer à l'appui budgétaire.

### 3.2.5.3. Contribution des ménages et le financement privé

193. Elle reste à ce jour l'une des principales sources de financement de la santé et pour la plupart des formations sanitaires la seule source de financement. L'action à ce niveau est d'en améliorer la gestion et l'utilisation dans le but d'une meilleure contribution de cette source au fonctionnement des structures de santé. L'augmentation de la part des autres sources au financement de la santé devrait contribuer à alléger progressivement la charge qui pèse sur les ménages en termes de contribution au financement de la santé.

194. **La part du financement privé dans le financement de la santé est assez mal connue.** Elle est de toute évidence loin d'être négligeable. Au niveau des HGR par exemple, les privés confessionnels, les privés lucratifs et les entreprises détiennent 40% de formations sanitaires ! Une meilleure connaissance du volume de ce financement et de sa structure est nécessaire pour permettre de mettre en place des orientations qui le rendront réellement complémentaire et donc pour le secteur de la santé.

195. En plus des actions qui ciblent les différentes sources de financement, la réforme du financement de la santé envisage de mettre en place des actions transversales, c'est-à-dire des actions applicables à plusieurs sources de financement à la fois. Il s'agit de la décentralisation du lieu de négociation du financement de la santé, du shift du financement par programme vers au financement des plans intégrés provinciaux et la mise en place de basket funding au niveau des ZS.

196. **Décentralisation du lieu de négociation des financements.** Etant donné que les finances publiques de la République et la mobilisation des ressources extérieures sont des compétences exclusives du pouvoir central, le rôle de ce dernier sera celui de mobiliser les ressources y compris les ressources extérieures et d'affecter les enveloppes aux provinces qui devront négocier et décider de leur affectation conformément aux priorités retenues dans leurs plans provinciaux de développement sanitaire. Le développement des capacités de négociation des financements au

niveau décentralisé doit être considéré comme un processus qui doit à terme, aboutir à la décentralisation du lieu de négociation des financements extérieurs du niveau central vers la province en vue de mettre en place des 'basket funding' provinciaux. La décentralisation du lieu de négociation des financements permettrait ainsi de corriger les tendances actuelles caractérisées par la « rétention » exagérée de financements par le niveau central et la multiplication de structures de concertation à ce niveau.

197. **Shift de financements extérieurs par programmes au financement des plans intégrés provinciaux.** La forme de l'Etat garantie par la constitution étant unitaire, il peut être envisagé, lors de la négociation des accords de financement entre l'Etat congolais et les Bailleurs, de définir rapidement (immédiatement ?) les Provinces auxquelles les fonds sont destinés. Ces dernières doivent alors être prêtes à utiliser ces fonds pour le financement de leurs plans de développement sanitaire. Il doit être envisagé le changement du type de négociation des financements extérieurs du financement par programme vers le financement des plans provinciaux intégrés, sous la forme de 'basket funding' provinciaux. Ceci permettra de corriger les contradictions des politiques et modes de financement des partenaires extérieurs. Bon nombre de partenaires ont en effet une pratique double, en parallèle: d'une part un "financement- système" à travers l'appui aux zones de santé, et d'autre part un "financement- mise en- œuvre- de- programmes". Cette dernière se conçoit comme des appuis aux programmes, négociés au niveau central, mais avec parfois des opérations qui descendent jusqu'au niveau communautaire.

198. Au niveau des opérations, ces financements- programmes entrent alors en conflit avec les logiques intégrées de revitalisation des zones de santé, conflits exacerbés par une faiblesse de la coordination et une conception ad hoc des subsides aux salaires des personnels, et par la création de systèmes de "pompe" parallèles.

199. **A travers cette réforme du financement de la santé, il sera mis en place des mécanismes qui permettent que chaque niveau du système de santé ne reçoive que le financement destiné à la réalisation de sa mission (normalisation et régulation pour le niveau central, appui au développement des ZS pour le niveau intermédiaire et mise en œuvre des activités des soins de santé primaires pour la ZS).**

200. **Amélioration du financement de la Zone de Santé.** La question de financement du secteur de la santé mérite d'être prise en compte comme axe important de la revitalisation des zones de santé dans la mesure où elle améliore le potentiel au développement des zones de santé (impossible de revitaliser une ZS qui n'est pas financée). La forme que prend le financement d'une zone de santé peut être déterminante par rapport aux types des soins que l'on met en place (soins de santé primaires basés sur la personne ou soins fragmentés qui accordent priorité aux exigences des programmes spécialisés et des bailleurs) et à l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé dans un contexte de pauvreté généralisée qui est celui de la RDC.

201. Parmi les actions à entreprendre dans le secteur du financement des services de santé, on peut citer : (i) une mise en commun des ressources de la ZS pour financer le plan de développement sanitaire de la ZS, (ii) une mobilisation des ressources tant du secteur publique que privé pour la santé, (iii) une inversion des tendances actuellement observées en vue d'affecter plus des ressources en périphérie, (iv) une amélioration de l'utilisation du financement communautaire, (v) la promotion des mutuelles de santé, la promotion des modes de tarification conformes au principe de la globalité des soins et de la continuité et de l'accès universel des populations aux services de santé de qualité (vi) le subventionnement des soins de santé,...etc. Tout ceci peut se faire dans le cadre d'un appui multi bailleurs au plan sanitaire de développement de la ZS. **L'action (v) correspond à la réforme de la couverture universelle proposée par l'OMS dans son rapport sur la santé dans le monde, 2008 intitulé, 'Soins de Santé Primaires, maintenant plus que jamais.**



### 3.2.6. Renforcement du partenariat intra et inter sectoriel

202. Il est également essentiel que les institutions directement liées à la qualité des prestations de soins, comme les écoles de formation des médecins et des infirmiers, les institutions de recherche sur la santé, les structures chargées de l'approvisionnement en médicaments de qualité, soient associées et deviennent donc parties prenantes au processus de réforme. L'engagement de l'Etat à soutenir ces institutions dans leur rôle clé de fourniture de personnels et d'intrants de qualité pour le service de santé est primordial.

203. De même, une collaboration sera recherchée systématiquement avec les secteurs connexes comme celui de l'eau, des transports et communication, de l'éducation, de l'environnement et de l'agriculture, qui sont tout à fait incontournables pour l'amélioration de la santé des communautés. Cette collaboration/concertation se fera bien à tous les niveaux où des plans de développement sont élaborés (Gouvernement Central, Gouvernement provincial, entités territoriales décentralisées et déconcentrées, etc). L'idée est de rassurer que la contribution attendue des autres secteurs à l'amélioration de la santé de la population est bien prise en compte dans les politiques et plans sectoriels (éducation, environnement, eau et assainissement, etc.) et dans les plans des entités administratives (provinces, ETD, territoires, etc.). en plus, le MSP devra reprendre son leadership au sein du Gouvernement pour toutes les questions qui touchent à la santé de la population. **Ceci correspond à la réforme des politiques publiques préconisée par l'OMS dans son rapport intitulé Soins de Santé Primaires, maintenant plus que jamais.**

204. L'inclusion des privés lucratifs et non lucratifs (confessions religieuses, ONG) dans l'action sanitaire peut permettre d'améliorer rapidement la couverture sanitaire. Les structures de santé privées seront identifiées et leurs besoins en appui évalué (formation du personnel, appui logistique en terme de chaîne de froid, approvisionnement en médicaments etc.). Les structures de santé privées (lucratives ou confessionnelles) qui ont un certain degré de performance et qui respectent une éthique de finalité publique, devront bénéficier des appuis du secteur public en terme de formation, supervision,...etc. Ce qui permettra de renforcer la collaboration entre ces deux secteurs.

205. La collaboration avec les autres secteurs devra également permettre de protéger la population contre les activités des structures de santé qui, par la qualité de leurs services constituent un danger pour les usagers. Il s'agit par exemple de la collaboration avec le Ministère de la Justice, le Ministère de l'Intérieur, etc.

## IV. MONTAGE INSTITUTIONNEL

206. Pour induire le changement, il y a nécessité de disposer à chaque niveau des structures d'accompagnement dans lesquels le dialogue politique sera entrepris pour faciliter la mise en œuvre de la SRSS à tous les niveaux. Il s'agit des Conseils d'Administration des Zones de Santé (CA) pour les ZS, des Comités Provinciaux de Pilotage (CPP) pour les provinces et du Comité National de Pilotage du secteur de la santé (CNP-SS) pour le niveau central

207. **Une seule instance de coordination par niveau du système de santé.** La coordination en peut être efficace que dans la mesure où il existe une seule instance de coordination par niveau et que cette instance réunit non seulement les acteurs du secteur de la santé qui interviennent à ce niveau, mais aussi tous les acteurs des secteurs connexes à la santé pour plus d'efficacité dans l'action inter sectorielle indispensable à l'amélioration de la santé de la population.

## V. COUT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA SRSS

208. La mise en œuvre de la SRSS se fera à travers les plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) qui seront élaboré pour une durée de 5 ans. Ces PNDS qui seront élaborés selon une approche à la fois ascendante et descendante seront relayés en province par les plans provinciaux de développement sanitaire (PPDS) et dans les Zones de Santé par les Plans de Développement Sanitaire

des Zones de Santé (PDSZ). Pour le PNDS 2011-2015, le coût de mise en œuvre est repris dans l'annexe 1. Cette annexe sera renouvelée tous les cinq ans.

## **VI. ANNEXES**

### **ANNEXE I**

**Tableau 3 : coût de mise en œuvre de la SRSS de 2011-2015**

AXE STRATEGIQUE	Résultats	Programmes	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
<b>I. LE DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE</b>								
	R.1.la population couverte par les soins et les services de santé de qualité est augmentée de 30%.	1- Amélioration de la couverture des soins de santé,	33 222 600	24 803 400	23 113 400	23 173 400	23 233 400	127 546 200
		2. Amélioration de la qualité des prestations.	201 520	160 436	257 050	222 961	178 367	1 020 334
		3- Rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires à tous les niveaux du système.	68 465 400	84 476 420	108 297 020	117 089 420	158 467 840	536 796 100
		4. Appui aux ZS avec interventions de santé publique	53 776 800	49 830 000	43 255 500	39 945 900	37 754 400	224 562 600
		5. Contingence des urgences et catastrophes	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000	2.500.000	12.500.000
	R.2 le taux d'utilisation des services curatifs est augmenté de 25%.	6- Promotion de la participation communautaire à l'action sanitaire	6 455 715	806 315	821 915	829 715	835 115	9 748 775
		7- La promotion des services de santé.	88 500	166 500	244 500	283 500	310 500	1 093 500
		8- Amélioration de l'accessibilité financières	-	-	-	-	-	-
<b>SOUS TOTAL</b>			<b>162 210 535</b>	<b>160 243 071</b>	<b>175 989 385</b>	<b>181 544 896</b>	<b>220 779 622</b>	<b>900 767 509</b>

<b>II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE</b>								
<i>Stratégie d'appui 1 : développement des ressources humaines pour la santé,</i>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>	
R.1: Le secteur de santé dispose d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre des prestations de soins de santé de qualité.	1- Renforcement de la Formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire	12 535 603	12 010 611	11 998 830	11 364 205	11 241 705,	59 150 954,00	
	2- Utilisation efficiente et rationnelle des RHS	77 300 170	76 982 635	76 369 235	76 354 000	76 354 000	383 360 040,00	
	3- Amélioration des conditions sociales et de travail pour les RHS (salaires, primes, autres avantages sociaux)	228 867 881,15	412 293 102,70	554 171 514,15	644 506 664,63	752 908 845,20	2 592 748 007,83	
	4- Renforcement des capacités des RHS en cours d'emploi	4 216 100,00	1 671 005,00	1 420 500,00	1 420 500,00	1 420 500,00	10 148 605,00	
<b>SOUS TOTAL</b>		<b>322 919 754,15</b>	<b>502 957 353,70</b>	<b>643 960 079,15</b>	<b>733 645 369,63</b>	<b>841 925 050,20</b>	<b>3 045 407 606,83</b>	

<b>II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE</b>							
<b>Stratégie d'appui 2 : appui au secteur du médicament</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>
R.1 : la disponibilité du médicament est assurée dans l'ensemble des ZS selon leur catégorie	1-rationalisation et accroissement du financement des médicaments et intrants spécifiques,	297 235,00	121 250,00	19 500,00	121 250,00	19 500,00	578 735,00
	2-coordination des approvisionnements	271 498 887,05	314 064 597,50	443 604 240,75	493 086 845,79	560 739 556,68	2 082 994 127,78
	3-renforcement du Système National d'Approvisionnement des Médicaments Essentiels et génériques	29 249 338,74	33 827 746,32	59 853 624,31	83 584 446,62	109 040 967,33	315 556 123,32
	4-accroissement de la production locale des médicaments.	121 300,00	90 000,00	71 300,00	300 000,00	125 315,00	707 915,00
R. 2 : 80% de la population ont accès financièrement aux médicaments essentiels et génériques en 2015	1-rationalisation de la prescription et de la tarification des médicaments essentiels et génériques et des intrants spécifiques dans les formations sanitaires	24 000,00	150 000,00	512 438,00	-	-	686 438,00
	2-subventionnement du médicament.	-	-	-	-	-	-
R.3 ,80% des médicaments essentiels et génériques et intrants spécifiques en circulation sont de bonne qualité en 2015	1-développement d'un système d'assurance qualité	750 460,00	716 600,00	487 500,00	483 900,00	479 500,00	2 917 960,00
<b>SOUS TOTAL</b>		<b>301 941 220,79</b>	<b>348 970 193,82</b>	<b>504 548 603,06</b>	<b>577 576 442,42</b>	<b>670 404 839,01</b>	<b>2 403 441 299,10</b>

<b>II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE</b>							
<b>Stratégie d'appui 3 : reforme du financement de la santé</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>
R.1: La part du budget de la Santé augmente chaque année pour atteindre 15% du budget national d'ici 2015, son taux d'exécution augmente et la pertinence de l'affectation du budget de l'Etat consacré à la santé s'améliore	1-appropriation par le gouvernement de la stratégie sectorielle du secteur de la santé	2 612 125,00	2 639 625,00	1 869 000,00	1 869 000,00	2 469 000,00	11 458 750,00
R.2 :La fragmentation de l'aide internationale consacrée à la santé est progressivement réduite conformément à l'agenda de Kinshasa	1-mise en place d'une approche sectorielle (SWAP).	260 600,00	221 600,00	245 600,00	173 600,00	173 600,00	1 075 000,00
R.3 :l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est améliorée.		4 269 200,00	4 099 200,00	4 269 200,00	4 099 200,00	4 099 200,00	20 836 000,00
<b>SOUS TOTAL</b>		<b>7 141 925,00</b>	<b>6 960 425,00</b>	<b>6 383 800,00</b>	<b>6 141 800,00</b>	<b>6 741 800,00</b>	<b>33 369 750,00</b>

<b>II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE</b> <i>Stratégie d'appui 4 : Amélioration des infrastructures et équipements du MSP</i>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>
<i>R1 Au moins 80% des infrastructures sanitaires ciblées sont construites et/ou réhabilitées et équipées</i>	1- Constructions des Immeubles et bâtiments pour l'administration du MSP au niveau central et en provinces	-	210 402 028,00	9 500 000,00	-	-	219 902 028,00
	2- Réhabiliter les Infrastructures sanitaires existantes dans 207 Zones de santé à développer	21 004 000,00	512 509 000,00	23 530 000,00	3 306 000,00	-	560 349 000,00
	3- Réhabiliter les Infrastructures sanitaires existantes dans 308 Zones de santé bénéficiaires des interventions basiques	8 512 211,00	14 740 148,00	6 112 562,00	-	-	29 364 921,00
	4- Constructions de Nouvelles Infrastructures Sanitaires dans les Zones de Santé	94 613 500,00	864 712 500,00	68 337 000,00	-	-	1 027 663 000,00
	5- Programme de Réhabilitations profondes des Hôpitaux Provinciaux et des Hôpitaux Nationaux	340 042 000,00	30 018 000,00	50 018 000,00	-	-	420 078 000,00
	6- Programme de Dotation des Infrastructures Sanitaires en Equipements	80 301 374,00	309 124 736,00	58 443 138,00	-	-	447 869 248,00
<i>R2. Les Unités de maintenance sont fonctionnelles au niveau central et dans les 26 futures provinces</i>	7- Programme de Maintenance des équipements	16 424 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	77 200 000,00
<b>SOUS TOTAL</b>		<b>560 897 085,00</b>	<b>1 956 700 412,00</b>	<b>231 134 700,00</b>	<b>18 500 000,00</b>	<b>15 194 000,00</b>	<b>2 782 426 197,00</b>

<b>II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE</b>							
<b>Stratégie d'appui 5 : amélioration de la gestion de l'information sanitaire</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>
R.1 : Une information fiable, pertinente et en temps utile est disponible à tous les niveaux pour supporter la prise de décision (suivi/évaluation, planification)	Réorganisation du SNIS	2 365 400,00	2 673 050,00	2 693 450,00	2 015 900,00	2 075 300,00	11 823 100,00
	Production d'une information de qualité suffisante dans l'ensemble des composantes	20 008 400,00	19 148 550,00	19 684 900,00	19 316 800,00	19 237 600,00	97 396 250,00
	Amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire pour renforcer le cadre de suivi évaluation du Ministère de la Santé	3 720 000,00	1 578 080,00	1 520 000,00	3 761 580,00	1 503 500,00	12 083 160,00
	Renforcement de la communication du Ministère	1 431 700,00	872 250,00	870 750,00	843 750,00	748 250,00	4 766 700,00
	Développement d'outils primaires familiaux et individuels pour l'amélioration de la prise en charge	269 100,00	28 500,00	7 500,00	-	20 000,00	325 100,00
<b>SOUS TOTAL</b>		<b>27 794 600,00</b>	<b>24 300 430,00</b>	<b>24 776 600,00</b>	<b>25 938 030,00</b>	<b>23 584 650,00</b>	<b>126 394 310,00</b>



<b>III : RENFORCEMENT DU LEADERSHIP ET DE LA GOUVERNANCE</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>
R.1 : le cadre législatif, réglementaire, stratégique et normatif est élaboré et/ou actualisé et appliqué	1-élaboration / actualisation des textes législatifs, textes réglementaires, stratégiques et normatifs	5 152 750,00	5 251 000,00	3 828 500,00	1 708 250,00	1 153 250,00	17 093 750,00
	2-application des textes légaux et réglementaires.	253 000,00	293 000,00	143 000,00	143 000,00	143 000,00	975 000,00
R.2 : Les capacités institutionnelles sont renforcées et adaptées à la mission du secteur de la santé dans le contexte de la décentralisation	1-reforme du secteur de la santé	101 250,00	322 500,00	50 000,00	50 000,00	50 000,00	573 750,00
	2-décentralisation dans le secteur de la santé	1 766 000,00	1 898 000,00	1 266 000,00	748 000,00	803 000,00	6 481 000,00
	3-amélioration de l'environnement du travail.	-	-	-	-	-	-
R.3 : La coordination est assurée à tous les niveaux du secteur	1-renforcement du pilotage du secteur de la santé,	1 611 700,00	1 611 700,00	1 611 700,00	1 611 700,00	1 611 700,00	8 058 500,00
	2-renforcement du partenariat public et privé	270 000,00	110 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	410 000,00
	3-renforcement du suivi & évaluation à tous les niveaux de la pyramide du système de santé	2 607 000,00	2 447 000,00	2 447 000,00	2 447 000,00	2 447 000,00	12 395 000,00
R.4 : Une gestion efficace et efficiente est assurée à tous les niveaux	1-monitoring des dépenses et des recettes des Formations Sanitaires	240 000,00	240 000,00	240 000,00	240 000,00	240 000,00	1 200 000,00
	2-pérennisation des contributions de ménages	116 000,00	99 000,00	99 000,00	33 000,00	33 000,00	380 000,00
	3-lutte contre la corruption	735 250,00	929 750,00	712 250,00	640 250,00	538 750,00	3 556 250,00
<b>SOUS TOTAL</b>		<b>12 852 950,00</b>	<b>13 201 950,00</b>	<b>10 407 450,00</b>	<b>7 631 200,00</b>	<b>7 029 700,00</b>	<b>51 123 250,00</b>

<b>IV. RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION INTER SECTORIELLE</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL 5 ans</b>
R.1 Le MSP a joué pleinement son rôle dans le développement et la mise en œuvre des politiques et stratégies des secteurs connexes, et a contribué dans l'atteinte des objectifs globaux de développement	Collaboration avec le secteur éducatif	142 000,00	142 000,00	142 000,00	142 000,00	3 342 000,00	3 910 000,00
	Collaboration avec le secteur de l'eau, hygiène et assainissement	65 000,00	158 750,00	85 750,00	66 250,00	66 250,00	442 000,00
	Collaboration avec le secteur de l'agriculture, pêche et élevage	84 500,00	119 500,00	84 500,00	84 500,00	84 500,00	457 500,00
	Collaboration avec le secteur du genre et famille	134 500,00	209 500,00	134 500,00	84 500,00	84 500,00	647 500,00
	Collaboration avec les autres secteurs connexes directs et indirects	344 500,00	469 500,00	393 250,00	392 000,00	342 000,00	1 941 250,00
R.2 Le leadership du MSP est assuré dans le cadre des enjeux internationaux et le MSP a contribué à leur réajustement	Réunions et fora internationaux	135 000,00	535 000,00	185 000,00	535 000,00	110 000,00	1 500 000,00
	Suivi des résolutions et traités internationaux						-
<b>SOUS TOTAL</b>		<b>905 500,00</b>	<b>1 634 250,00</b>	<b>1 025 000,00</b>	<b>1 304 250,00</b>	<b>4 029 250,00</b>	<b>8 898 250,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>1 399 163 569,95</b>	<b>3 017 468 085,53</b>	<b>1 600 725 617,21</b>	<b>1 554 781 988,04</b>	<b>1 792 188 911,21</b>	<b>9 364 328 171,93</b>