

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL



**Plan National de
Développement Sanitaire
PNDS 2011-2015**

MARS 2010

1. TABLE DES MATIERES

1.	TABLE DES MATIERES	2
2.	LISTE DES TABLEAUX	4
3.	LISTE DES FIGURES.....	5
4.	LISTES DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES	6
1.	RESUME	9
2.	INTRODUCTION.....	11
3.	PRESENTATION DU CONTEXTE NATIONAL.....	14
3.1.	Situation géographique.....	14
3.2.	Situation sociodémographique	14
3.3.	Situation politico-administrative	15
3.4.	Situation économique et financière	16
3.5.	Stratégie de développement national	17
4.	DIAGNOSTIC SECTORIEL	18
4.1.	Cadre organisationnel	18
4.2.	Etat de santé de la population congolaise.....	20
4.2.1.	La mortalité générale	20
4.2.2.	La santé de l'enfant de moins de 5 ans	20
4.2.3.	La santé de la mère et du nouveau-né.....	22
4.2.4.	La prévalence du VIH/SIDA	24
4.2.5.	Les indicateurs de la lutte contre le Paludisme	25
4.2.6.	Les indicateurs de la lutte contre la Tuberculose.....	26
4.2.7.	Les Maladies Tropicales Négligées (MTN)	26
4.2.8.	Prévalence des maladies non transmissibles.....	28
4.2.9.	Gestion des urgences et catastrophes	29
4.3.	Problèmes prioritaires du secteur de la santé.....	30
4.3.1.	Problèmes liés à la gouvernance du secteur.....	30
4.3.2.	Problèmes des ressources humaines pour la santé.....	36
4.3.3.	Problèmes liés aux médicaments et intrants spécifiques.....	42
4.3.4.	Problèmes liés au financement de la santé	46
4.3.5.	Problèmes liés à la gestion de l'information sanitaire.....	55
4.3.6.	Problèmes liés aux infrastructures et aux équipements	57
4.3.7.	Problèmes liés aux prestations de services et soins de santé.....	61
4.3.8.	Problèmes liés à la collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs connexes.....	66
5.	BUT ET OBJECTIFS DU PNDS.....	68
6.	STRATEGIE D'INTERVENTION	70
6.1.	Le développement des zones de santé	70
6.2.	Stratégies d'appui au développement des zones de santé	77
6.2.1.	Développement des ressources humaines pour la santé.	77
6.2.2.	Reforme du secteur du médicament	78
6.2.3.	Réforme du financement de la santé.	78
6.2.4.	Amélioration/modernisation des infrastructures et des équipements du MSP	80
6.2.5.	Renforcement du système national d'information sanitaire.....	80
6.3.	Renforcement du leadership et de la gouvernance	81
6.4.	Renforcement de la collaboration inter sectorielle.....	83
7.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS.....	84
8.	SUIVI ET EVALUATION DU PNDS	90
9.	BUDGET DU PNDS.....	91
9.1.	Cadrage macro économique	91
9.2.	Budget et cadre programmatique.....	95

9.2.1.	Estimation des besoins du PNDS par niveau du Système de Santé.....	96
9.2.2.	Estimation des besoins du PNDS par nature	97
9.2.3.	Estimation des besoins du PNDS par Résultats (en USD)	97
	Tableau 15 : estimation des besoins du PNDS par résultats	98
10.	ANNEXES	107
10.1.	Hypothèse haute.....	107
10.2.	Hypothèse basse	107
11.	ANNEXE II : LISTE DES ZONES DE SANTE RETENUES POUR LE PROCESSUS DE DEVELOPPEMENT	110

2. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Répartition de la population de la RDC par province.....	14
Tableau 2: Objectifs quantitatifs de réduction de la pauvreté (en %, sauf indications contraires)	17
Tableau 3 : Répartition des Zones de Santé par province.....	19
Tableau 4 : Données relatives à la lutte contre le VIH/SIDA.....	24
Tableau 5 : Budget de l'Etat et Budget de la Santé de 1998 à 2009 (en USD).....	47
Tableau 6 : Nombre des Zones de Santé, Aires de Santé et Centres de Santé par provinces, 2010.....	58
Tableau 7 : Cadrage macroéconomique du PNDS 2011-2015	91
Tableau 8: Ressources prévisibles du PNDS 2011-2015 par source de financement, en milliards CDF	92
Tableau 9 : Evolution de la répartition des dépenses publiques de santé par nature (2011-2015).....	93
Tableau 10 : Répartition par nature des dépenses publiques allouées à la santé (2011-2015)	93
Tableau 11: Répartition des ressources prévisibles par niveau en milliards d'USD	94
Tableau 12 : Répartition des ressources prévisibles du PNDS par province et niveau central par année.....	95
Tableau 13 : Budget estimatif des besoins du PNDS par pilier et par niveau en dollars US.....	96
Tableau 14 : Estimation des besoins du PNDS par nature (en USD)	97
Tableau 16 : estimation des besoins du PNDS par provinces	106
Tableau 19 : Répartition des Zones de santé retenues pour le processus de développement par province	110

3. LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative de la RDC.....	16
Figure 2 : Tendence de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.....	21
Figure 3 : Mortalité des enfants de moins de 5 ans par province.....	21
Figure 4 : Couverture vaccinale.....	22
Figure 5 : Ratio de mortalité maternelle.....	23
Figure 6 : Ratio de mortalité maternelle des quelques pays africains comparés à la RDC.....	23
Figure 7 : Couverture en interventions de lutte contre le paludisme en 2007.....	26
Figure 8 : Carte épidémiologique de l'onchocercose par la méthode REMO (2003).....	27
Figure 9 : Evolution de l'endémie lépreuse en RDC de 1987 à 2008.....	28
Figure 10 : Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans.....	29
Figure 11 : Evolution du nombre de diplômés (incidence cumulée) en médecine et à l'ISTM de 1989 à 2007.....	38
Figure 12 : Evolution du nombre (incidence cumulée) de structures de soins à Lubumbashi.....	38
Figure 13 : Tendances des effectifs de médecins et infirmiers fonctionnaires pour 10.000 habitants et par province, RDC 1998-2006.....	39
Figure 14 : Nombre de médecins et d'infirmiers fonctionnaires pour 10.000 habitants (graphique de gauche) et par centre de santé public fonctionnel (graphique de droite) par province, RDC 2006.....	40
Figure 15 : Densité des médecins par province dans le secteur public (2009).....	40
Figure 16 : Densité des infirmiers pour 10.000 habitants dans le secteur public (2009).....	41
Figure 17 : Proportion du personnel administrative (en rouge) par rapport au professionnel de santé (en bleu) dans le secteur public, RDC 2009.....	41
Figure 18 : Disponibilité des médicaments traceurs dans les structures faisant fonction d'HGR.	45
Figure 19 : Evolution comparée du budget de la Santé en % du PIB et du % du budget de l'Etat alloué à la Santé de 2000 à 2009.....	48
Figure 20 : Taux d'exécution du budget de l'Etat consacré à la Santé entre 1998 et 2009 (en%).....	48
Figure 22 : Evolution de l'aide internationale consacrée à la Santé entre 2000 et 2006.....	50
Figure 23 : Estimation et projection de l'appui des bailleurs de fonds internationaux aux programmes de santé et de lutte contre le VIH/SIDA, 2003-2010.....	51
Figure 24 : Taux d'utilisation des services de santé en fonction du coût de la consultation.....	52
Figure 25: Dépenses publiques de santé par habitant vs PIB par habitant, pays avec PIB par habitant inférieur à 1200 USD.....	53
Figure 26: Equipements des unités fonctionnelles des HGR selon les ELS 2010.....	59
Figure 27 : Les HGR selon leur appartenance.....	62
Figure 28 : Proportion d'HGR qui dispose d'au moins 100 lits, par province.. ..	63
Figure 29: Proportion d'HGR qui dispose du plateau chirurgical et des soins obstétricaux d'urgence.....	63

4. LISTES DES ABBREVIATIONS ET DES ACRONYMES

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
	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des plantes
DPM	médicinales
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCRCP	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
EGS	Etats Généraux de la 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
I-PPTE	Initiative des Pays Pauvres Très Endettés
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 Survey
MID	Médecin Inspecteur de District
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MPH	Master of Public Health
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
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 Élargi de Vaccination
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

PPTE	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
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UPPE	Unité de Pilotage du Processus d'Elaboration du DSCR
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

1. RESUME

1. Le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS 2011-2015), fait suite au Plan Directeur de Développement Sanitaire qui a couvert la période de 2000 à 2009. Il constitue le plan de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée comme contribution du secteur de santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Le PNDS et la SRSS sont les déclencheurs pour le Gouvernement du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés, en matière de santé, prévue pour la fin du premier semestre 2010.

2. La planification utilisée de ce PNDS a été à la fois ascendante et descendante. Elle a commencé à la base, c'est-à-dire au niveau des Zones de Santé (ZS), il y a 18 mois. Ces dernières ont préparé leurs Plans de Développement Sanitaires des Zones de Santé (PDSZ) avant de les faire adopter par leurs Conseils d'Administration. Les provinces ont ensuite pris en compte les PDSZ pour élaborer, dans un processus largement participatif, leurs Plans Provinciaux de Développement Sanitaire (PPDS) conformément aux canevas et directives transmises par le niveau central. Les PPDS de première génération issue de cet exercice ont été examinés province par province par les experts centraux qui ont relevé des forces et faiblesses. Celles-ci ont fait l'objet d'une analyse approfondie au cours de la réunion du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CNP-SS), qui a regroupé les Ministres Provinciaux ayant en charge la santé, les Médecins Inspecteurs Provinciaux, les cadres de services centraux et les membres du Cabinet du Ministre de la Santé Publique ainsi que les Partenaires financiers et techniques du secteur de la santé. Ensuite, une deuxième vague de missions a été organisée par le niveau central entre le 8 et le 20 février 2010 pour permettre la finalisation des PPDS. Enfin, tous les PPDS ont été non seulement validés par les Comités Provinciaux de Pilotage, mais aussi adoptés par les Gouvernements Provinciaux devenant ainsi les plans des Gouvernements Provinciaux pour le secteur de la santé.

3. La dernière étape du processus d'élaboration du PNDS 2011-2015, a été lancée le 25 janvier 2010. Un diagnostic sectoriel a été établi puis validé et adopté lors de la Revue Annuelle du secteur de la santé organisée du 25 au 27 février 2010. La réunion de validation du PNDS a été organisée le 18 mars 2010. Elle a regroupé les partenaires financiers et techniques, les cadres centraux du Ministère de la Santé Publique, le délégué du Secrétaire Général au plan, les membres de cabinet du Ministre de la Santé Publique les Ministres du Plan et de la Santé Publique.

4. Le but du PNDS est de contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2015. Son objectif général est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, tandis que son objectif sectoriel est d'assurer des soins de santé primaire de qualité et à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, en vue de combattre les grandes endémies et les maladies non transmissibles.

5. Le PNDS s'articule sur **quatre axes stratégiques**: (i) le développement des Zones de Santé, (ii) l'appui au développement des Zones de Santé, (iii) le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur et, (iv) le renforcement de la collaboration inter sectorielle.

6. Pour le deuxième axe stratégique (appui au développement des ZS), **cinq stratégies d'appui** seront mises en œuvre: (i) développement des ressources humaines pour la santé, (ii) appui au secteur du médicament, (iii) réforme du financement de la santé, (iv) construction et/ou réhabilitation des infrastructures sanitaires, équipement et implantation de nouvelles technologies, (v) amélioration de la gestion de l'information sanitaire.

7. La **mise en œuvre** du PNDS 2011-2015 sera effectuée par les trois niveaux du système national de santé, selon les attributions de chacun d'eux, et de manière conjointe avec l'ensemble de parties prenantes y compris la société civile. Cette approche participative permettra aux zones de santé de bénéficier de l'expertise des autres niveaux de la pyramide sanitaire. Les **principes**

directeurs qui guideront cette mise en œuvre seront : (i) La reconnaissance de la zone de santé comme *seule unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre des SSP* dans le respect des principes d'intégration, continuité, globalité des soins centrés sur l'homme, (ii) La progressivité dans le développement des zones de santé et l'amélioration de la couverture sanitaire nationale dans le respect de l'équité et de la justice distributive entre provinces, districts et territoires du pays, (iii) La Décentralisation effective pour la redistribution de l'autorité, de la responsabilité et des ressources dans le respect des attributions constitutionnelles et des missions de chaque niveau de la pyramide sanitaire, (iv) La mobilisation et l'allocation des ressources suffisantes et leur utilisation efficiente pour une prestation intégrée des services de santé essentiels permettant de réaliser l'accès universel, (v) La collaboration intersectorielle impliquant la nécessité d'institutionnaliser l'action intersectorielle coordonnée afin d'améliorer les déterminants de la santé, (vi) L'harmonisation et l'alignement de l'aide pour garantir que le budget de l'état alloué à la santé et les flux de l'aide internationale seront alignés sur les priorités du PNDS et utiliseront les mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement, (vii) La responsabilité mutuelle pour les résultats par la mise en place et utilisation d'un cadre conjoint de suivi et évaluation des résultats du PNDS en conformité avec les engagements de « l'agenda de Kinshasa ».

8. Un cadre de suivi & évaluation du PNDS, avec des indicateurs d'intrants, de processus, d'effets et d'impact fera l'objet d'un document séparé. Il en est de même du cadre des dépenses sectorielles à moyen terme (CDS-MT) qui va couvrir la période 2011-2013.

9. Le cadrage macroéconomique du PNDS 2011-2015 s'est basé sur des documents officiels du Ministère des Finances, du Ministère du Plan, du Ministère du Budget et des Institutions de Bretton Woods. En particulier, l'analyse a pris en compte les résultats d'un précédent exercice du MSP sur l'évolution observée des agrégats économiques nationaux et leur évolution probable sur les 5 ans du PNDS. Le budget estimatif des besoins du PNDS 2011-2015 s'élève à 9 364 328 171 USD.

2. INTRODUCTION

10. Ce Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, PNDS 2011-2015 en sigle, fait suite au Plan Directeur de Développement sanitaire qui a couvert la période de 2000 à 2009. Il constitue le plan de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée comme contribution du secteur de santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Il constitue, avec la SRSS, les déclencheurs du point d'achèvement de l'Initiative des Pays Pauvres Très endettés pour le Gouvernement, en matière de santé. L'atteinte du point d'achèvement est prévue pour la fin du premier semestre 2010 pour la RDC.

11. Un cycle de planification sur 5 ans (2011-2015) a été décidé par le Gouvernement pour qu'il s'articule avec celui du Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) de seconde génération dont l'élaboration est en cours de démarrage. Le DSCR de première génération a couvert la période 2006-2008. La période 2009-2010 est couverte par le Plan d'Actions Prioritaires 2009-2010. Cette décision a été prise entre autre pour permettre de démarrer la mise en œuvre du DSCR 2^e génération, plan quinquennal de développement, au moment où le Gouvernement bénéficiera de la remise de 90% de sa dette extérieure estimée à environ 12 milliards USD. Ces ressources provenant de la remise de la dette seront essentiellement destinées aux secteurs sociaux, dont la santé. Elles constitueront ainsi l'une des principales sources de financement pour le PNDS.

12. Ce PNDS 2011-2015, dont la dernière étape du processus d'élaboration a été lancée le 25 janvier 2010 par le Premier Ministre, représenté par le Vice-Premier Ministre en charge de la reconstruction, aura à relever cinq grands défis à savoir :

- 1) Il sera le plan à travers lequel sera concrétisé le chantier 'santé' de la République. De ce fait le PNDS 2011-2015 devra bénéficier pour sa mise en œuvre de toutes les ressources disponibles dans le secteur de la santé pour la période concernée, qu'elles soient internes ou externes ;
- 2) Il est le dernier plan stratégique du Gouvernement en matière de santé avant l'échéance fixée par la communauté internationale pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2015. Il devra donc être le cadre dans lequel le Gouvernement et ses partenaires travailleront ensemble en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatifs à la santé ;
- 3) Le PNDS 2011-2015 sera le cadre de mise en œuvre de la SRSS pour les 5 prochaines années. Il devra permettre de concrétiser les réformes initiées par cette stratégie en vue de la mise en place des services de santé à travers lesquels seront offerts des soins de santé de qualité. Il sera de ce fait le plan de la mise en œuvre du renouveau des soins de santé primaires en République Démocratique du Congo conformément aux recommandations contenues dans le Rapport sur la Santé dans le monde publié par l'OMS en 2008 ;
- 4) Ce PNDS sera aussi le plan stratégique à travers lequel sera mise en œuvre la décentralisation et la réforme dans le secteur de la santé à travers la mise en place progressive de nouvelles Divisions Provinciales de la Santé, en sigle DPS, comme services décentralisés du Gouvernement Provincial, et les services qui seront chargés de l'Inspection, comme services déconcentrés du Gouvernement Central. Elles seront dotées des prérogatives constitutionnelles reconnues, notamment l'organisation des soins de santé primaires et l'autonomie dans la gestion de ressources pour les DPS et les fonctions de contrôle et d'inspection pour les IPS ;
- 5) Enfin, il jettera les bases d'une harmonisation du cycle de planification et de la logique d'intervention avec les plans provinciaux et les plans sous sectoriels dont il sera la référence.

Sa déclinaison en CDSMT et plans annuels se fera de sorte que ces outils-ci deviennent des cadres de références pour l'élaboration du budget de l'Etat consacré à la santé.

13. Conformément aux dispositions des articles 202 et 204 de la constitution, la planification nationale est une compétence exclusive du pouvoir central et la planification provinciale, une compétence exclusive du pouvoir provincial. Ainsi, l'approche de planification utilisée pour ce PNDS a été à la fois ascendante et descendante. Il a commencé à la base, c'est-à-dire au niveau des Zones de Santé (ZS), il y a 18 mois.

14. Le processus a démarré par la mise à disposition des outils de planification (canevas et directives de planification aux ZS). Les ZS ont bénéficié de l'appui technique du niveau intermédiaire pour la finalisation de leurs Plans de Développement Sanitaires des Zones de Santé (PDSZ) avant de les faire adopter par leurs Conseils d'Administration. Il convient de signaler qu'à ce niveau participent déjà tous les acteurs qui interviennent dans la ZS (autorités politico administratives, cadres des ZS, partenaires de la ZS dont les confessions religieuses et le privé lucratif intégré dans la ZS, etc.).

15. Les provinces ont pris en compte les Plans de Développement Sanitaires des Zones de Santé pour élaborer les Plans Provinciaux de Développement Sanitaire (PPDS) conformément aux canevas et directives transmises par le niveau central. En province aussi, le processus a été largement participatif. Il a bénéficié de l'appui technique du niveau central et de celui de tous les partenaires techniques et financiers ainsi que de la société civile. Les PPDS issus de cet exercice ont été examinés province par province par les experts centraux qui ont relevé des forces et faiblesses qui ont fait l'objet de l'analyse approfondie au cours de la réunion du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé, en sigle CNP-SS, qui a regroupé les Ministres Provinciaux ayant en charge la santé, les Médecins Inspecteurs Provinciaux, les cadres de services centraux et les membres du Cabinet du Ministre de la Santé Publique ainsi que les Partenaires financiers et techniques du secteur de la santé.

16. Les forces et les faiblesses de chaque PPDS ont constitué la base pour la deuxième vague de missions organisées par le niveau central. Cet appui du niveau central a été organisé entre le 8 et le 20 février 2010. Il avait pour but d'aider les provinces dans la finalisation de leurs plans en prenant en compte le feed back du niveau central d'une part et, d'autre part, promouvoir une appropriation des PPDS par les Gouvernements Provinciaux. Tous les PPDS ont donc été non seulement validés par les Comités Provinciaux de Pilotage, mais aussi adoptés par les Gouvernements Provinciaux devenant ainsi les plans des Gouvernements Provinciaux pour le secteur de la santé.

17. La dernière phase, celle de l'écriture du PNDS lui-même a duré 45 jours. Durant cette période, un groupe de 25 experts composé du secteur public, des partenaires au développement et de la société civile, interné au Centre Caritas a travaillé production du PNDS. . . Le groupe a commencé par l'élaboration du diagnostic politique, macroéconomique et sectoriel qui a duré deux semaines. L'élaboration de ce diagnostic a pris en compte les éléments du diagnostic sectoriel des PPDS, les résultats d'évaluation préliminaire du Plan Directeur de Développement Sanitaire 2000-2009 (PDDS 2000-2009), le rapport préliminaires des états des lieux du secteur de la santé réalisés avec l'appui technique de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa¹, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2007, le rapport de la Revue des Dépenses Publiques de 2008, les rapports des différentes revues annuelles, les rapports du Ministère des Finances et du Budget, etc.

¹ Au moment de l'élaboration du PNDS, les résultats de l'état des lieux de la province orientale n'étaient pas encore disponibles. On estime cependant sur base d'autres sources données disponibles sur cette province que les données de l'état des lieux de la province orientale ne devraient pas modifier fondamentalement les moyennes nationales calculées sur base des données de 10 autres provinces.

18. Le diagnostic ainsi établi a été validé et adopté lors de la Revue Annuelle du secteur de la santé qui a été organisée du 25 au 27 février 2010 au Centre Caritas. Cette Revue qui est intervenue après les Revues provinciales et a connu la participation des Médecins Inspecteurs Provinciaux et les Ministres provinciaux ayant en charge la santé ainsi que des partenaires techniques et financiers du secteur, les membres de cabinet du Ministre de la Santé Publique, les Ministres du Plan, de la Santé Publique et le Vice-ministre du Budget. Le Secrétaire Général au Plan, les experts des Ministères du plan, du Budget et des Finances et les membres de la société civile ont pris aussi participé à cette revue sectorielle.

19. Les résultats de la Revue Sectorielle santé ont été présentés à la Revue Globale du DSCRП organisée les 8 et 9 mars 2010 dans le but de jeter les bases de l'élaboration du DSCRП de seconde génération.

20. Après l'établissement du diagnostic sectoriel, les équipes (constituées des cadres du MSP, des partenaires techniques et financiers et de la société civile) internées au Centre d'accueil Caritas, ont poursuivi le travail de l'écriture des autres parties du PNDS. Lors de cette phase des négociations ont été entreprises une fois de plus avec les provinces essentiellement pour la fixation des cibles et l'identification des ZS à inclure dans les différentes catégories retenues dans le PNDS. En ce qui concerne la partie programmatique, le groupe de rédaction a non seulement consulté les experts de l'UPPE pour s'assurer d'une meilleure articulation entre le DSCRП et le PNDS, notamment en ce qui concerne la contribution du PNDS à la réalisation des objectifs poursuivis par le DSCRП. Ce processus de planification stratégique a bénéficié de l'assistance technique internationale (OMS, Unicef, Banque Mondiale, de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale, JICA en sigle) et des Coopérations multi et bilatérales installés dans le pays.

21. Le cadre macro-économique élaboré comprend trois hypothèses : une hypothèse maximale (haute), une hypothèse minimale(basse) et une hypothèse optimale (hypothèse de base). Cette dernière a été adoptée pour servir de référence en vue de dégager les ressources prévisibles pendant la période couverte par le PNDS. Les deux autres hypothèses font parties des annexes à ce PNDS.

22. Une réunion organisée en date du 18 mars 2010 regroupant les partenaires financiers et techniques, les cadres centraux du Ministère de la Santé Publique, le délégué du Secrétaire Général au plan, les membres de cabinet du Ministre de la Santé Publique, les Ministres du Plan et de la Santé Publique ont validé et adopté le PNDS 2011-2015 au Centre Caritas.

23. La deuxième édition de la SRSS et le PNDS 2011-2015 ont été adoptés par le Gouvernement lors du Conseil des Ministres du 31 mars 2010.

3. PRESENTATION DU CONTEXTE NATIONAL

3.1. Situation géographique

24. **La RDC se situe au cœur de l’Afrique et figure parmi les géants du continent avec une superficie de 2 345 000 km².** 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.

25. **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.

3.2. Situation sociodémographique

26. **La RDC est le troisième pays le plus peuplé d’Afrique subsaharienne avec une population estimée à 64,420 millions d’habitants,** mais disproportionnellement répartie sur le territoire. Selon l’Enquête 1-2-3 (2005), 69,6 % de la population vit en milieu rural contre 30,4% en milieu urbain. Le pays est sous-peuplé avec seulement 24 habitants au km². Il sied de souligner que particulièrement la ville Province de Kinshasa a une très forte densité, avec 577 habitants au km² suite à la concentration des infrastructures économiques, scolaires, universitaires et sanitaires ainsi que des institutions administratives et politiques, à l’exode rural lié aux conflits et à la dégradation des conditions de vie en milieu rural. Ceci crée pour la population l’idée de bénéficier une meilleure offre d’emploi dans la capitale qu’en Province.

27. La répartition de la population par province ainsi que son évolution dans le temps jusqu’en 2015 est reprise dans le tableau suivant :

Tableau 1: Répartition de la population de la RDC par province

Province	Population					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bandundu	6 496 419	6 691 312	6 892 051	7 098 812	7 311 777	7 531 130
Bas-Congo	2 731 289	2 813 228	2 897 624	2 984 553	3 074 090	3 166 313
Equateur	7 265 523	7 483 488	7 707 993	7 939 233	8 177 410	8 422 732
Kasaï Occidental	6 056 679	6 238 380	6 425 531	6 618 297	6 816 846	7 021 352
Kasaï Oriental	7 692 354	7 923 124	8 160 818	8 405 642	8 657 812	8 917 546
Katanga	9 263 761	9 541 674	9 827 925	10 122 762	10 426 445	10 739 238
Kinshasa	5 784 426	5 957 958	6 136 697	6 320 798	6 510 422	6 705 735
Maniema	1 724 471	1 776 205	1 829 491	1 884 376	1 940 907	1 999 134
Nord Kivu	5 205 161	5 361 316	5 522 155	5 687 820	5 858 454	6 034 208
Orientale	7 987 282	8 226 901	8 473 708	8 727 919	8 989 757	9 259 449
Sud Kivu	4 212 635	4 339 014	4 469 185	4 603 260	4 741 358	4 883 599
RDC	64 420 000	66 352 600	68 343 178	70 393 473	72 505 278	74 680 436

28. 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 géographique de différents groupes. Ainsi l'ampleur des besoins sociaux de base, en l'occurrence des besoins sanitaires, à satisfaire s'articule, pour les politiques nationales, à la complexité d'atteindre des populations dispersées sur de vastes étendues et, de surcroit, dans des zones d'accès très difficiles

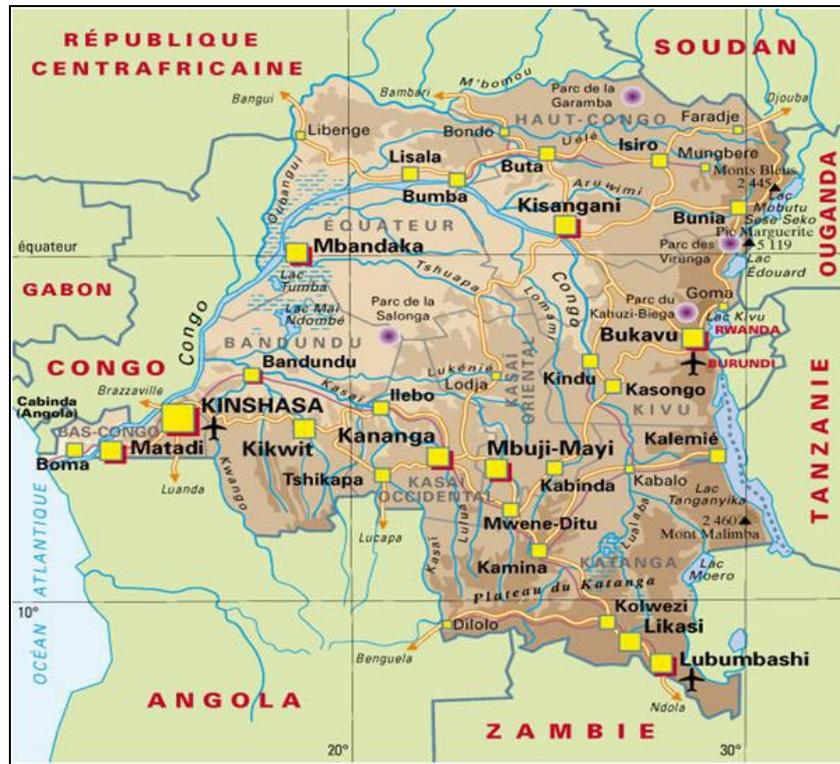
29. Pour l'ensemble du pays, l'incidence de la pauvreté (71,34%) est très élevée si on la compare à celle des autres pays de l'Afrique Centrale. En effet, la pauvreté atteint des proportions effroyables, touchant plus de 70% de la population du pays. L'ampleur de la pauvreté varie considérablement d'une région à une autre, selon qu'on réside en milieu urbain et rural ainsi que 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.

3.3. Situation politico-administrative

30. 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 ou chefferies, les secteurs et chefferies sont divisés en villages ou localités. La RDC compte 25 districts administratifs, 21 villes, 145 territoires administratifs et 77 communes. 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 et une déconcentration du pouvoir vers les Provinces grâce à une plus grande autonomie de gestion.

31. Cette disposition constitutionnelle traduit la volonté politique non seulement de rapprocher, des centres de décision, des administrés dispersés sur de vastes étendues souvent d'accès difficiles, 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, le transfert concrète des compétences, de charges et des ressources, demeure un véritable défi et doit encore faire l'objet de négociations et de compromis.

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



3.4. Situation économique et financière

32. 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.

33. D'importants dépassements des crédits monétaires ont dégradé la situation budgétaire au cours de la période 2006-09, malgré une bonne performance des recettes. Ce dépassement s'explique par le fait que les dépenses de financement des urgences et catastrophes sont puisées dans le budget d'investissement et de fonctionnement de services et structures de santé. Tant que le budget des urgences et catastrophes ne sera pas séparé du budget d'investissement et de fonctionnement, cette situation continuera. En ce qui concerne les recettes budgétaires, elles 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. Celles-ci 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.

3.5. Stratégie de développement national

34. 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.

35. 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 2: 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 ²	-	-	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%

Source : DSCR 2006-2008

36. Le DSCR 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 les 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, et de la dynamique communautaire.

² 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.

37. Concernant la santé, le DSCRP 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, l'hygiène et l'assainissement (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.

4. DIAGNOSTIC SECTORIEL

4.1. Cadre organisationnel

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

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

40. Le niveau intermédiaire compte 11 Inspections Provinciales de la Santé et 65 Districts Sanitaires, les Hôpitaux provinciaux. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé. Le niveau intermédiaire a aussi pour mission d'offrir à travers l'Hôpital Provincial, les soins de santé de référence secondaire. Actuellement le pays compte encore 11 Inspections Provinciales de la Santé. Mais avec la décentralisation en cours, il comptera 26 Divisions et 26 Inspections Provinciale de la Santé dans les années qui suivent conformément à la Constitution de la République.

41. Le niveau périphérique comprend théoriquement 515 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8504 aires de santé (AS) planifiées dont 8266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau est chargé de la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires sous la supervision et l'encadrement du niveau intermédiaire. La mission du Centre de Santé (CS) est d'offrir à sa population de responsabilité les soins de santé qui relèvent du Paquet Minimum d'Activités (PMA), tandis que celle de l'Hôpital Général de Référence du niveau primaire est d'offrir les soins qui relèvent du Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) et d'apporter un appui au développement des PMA de qualité dans les Centres de Santé.

42. La répartition des Zones de Santé par province et les populations de ces dernières sont reprises dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Répartition des Zones de Santé par province

Province	Districts Sanitaires	Zones de Santé
Bas-Congo	5	31
Bandundu	6	52
Equateur	8	69
Kinshasa	6	35
Kasaï Occidental	4	43
Kasaï Oriental	6	49
Katanga	7	67
Maniema	4	18
Nord-Kivu	4	34
Province Orientale	10	83
Sud-Kivu	5	34
TOTAL	65	515

43. La Politique Nationale de la Santé adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires. L'unité opérationnelle de mise en œuvre de la PNS est la Zone de Santé. La mise en œuvre de cette PNS a démarré avec le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS) 2000-2009. Le financement du PDDS a été essentiellement extraverti. Etant donné la structure de l'aide internationale dont la plus grande partie est destinée à la lutte sélective contre la maladie, la plupart des Zones de Santé mises en place pour une offre des soins de santé à la fois globaux, continus et intégrés, ont fini par céder à la fragmentation.

44. En vue de faire face à cette situation, en 2006, le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont adopté la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui se fixe pour but d'améliorer l'offre et l'utilisation des soins de santé de qualité par l'ensemble de la population congolaise. Pour ce faire, la SRSS dans sa seconde édition prévoit comme axes stratégiques :

- i. Le développement de la Zone de santé (ZS) qui en constitue l'axe stratégique de base. Il comprend essentiellement la rationalisation du fonctionnement des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR), l'amélioration de la couverture sanitaire (implantation des Centres de Santé) et de la qualité des soins ainsi que la participation communautaire, dans le cadre de la continuité des soins, il est nécessaire de mettre en place des services de référence secondaire et tertiaire qui auront en plus comme mission d'assurer la formation de base et la formation en cours d'emploi sur le plan clinique des cadres des niveaux immédiatement inférieur
- ii. Le renforcement de la gouvernance et du leadership dans le secteur de la santé. Cet axe comprend : la réforme du secteur de la santé, la décentralisation dans le secteur de la santé, le pilotage du système de santé, la réforme du système national d'information sanitaire comme outil d'appui à la prise de décisions, la recherche sur le système de santé en vue de l'amélioration du processus de régulation et de normalisation du secteur et la lutte contre la corruption et les anti valeurs.
- iii. Le développement des ressources humaines pour la santé qui prendra en compte la formation de base du personnel de santé du niveau secondaire, celui du niveau universitaire par le renforcement de la collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur, la formation en cours d'emploi, la gestion de la carrière et la rétention du personnel de santé, etc.

- iv. La réforme du secteur du médicament. Le secteur du médicament est relevé au niveau d'axe stratégique parce que l'expérience de la mise en œuvre de la SRSS montre qu'il y a des questions relatives à ce secteur qui ne peuvent trouver solution dans les ZS. C'est le cas par exemple de l'existence des circuits parallèles d'approvisionnement en médicaments qui affaiblissent le système national, la non appropriation par le gouvernement du système national, de la régulation de l'ensemble du secteur, de l'assurance qualité des médicaments qui entrent sur le territoire national, de l'amélioration de la production locale, etc.
- v. La réforme du financement de la santé par l'unification rationnelle de toutes les sources de financement existantes, l'augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé et une amélioration de la pertinence de l'affectation selon les priorités et les résultats attendus sur les bénéficiaires de services et de soins (population) , la mise en place de 'basket funding' au niveau provincial pour une meilleure allocation des ressources à ce niveau, la réduction de la fragmentation de l'aide internationale et ses effets sur les prestations et l'organisation du système de santé en périphérie, la mise en place d'une approche sectorielle et d'une direction administrative et financière (DAF), le développement des mécanismes pour un accès universel des populations aux services et soins de santé, etc.
- vi. La collaboration intra et inter sectorielle. La capitalisation du privé lucratif et non lucratif mieux régulé devra permettre d'améliorer rapidement l'offre et la qualité des soins de santé. L'amélioration de la santé des populations est fortement dépendante des performances d'autres secteur de la vie nationale. Une cohésion gouvernementale autour des efforts qui seront entrepris dans le secteur de la santé est une condition essentielle pour la réalisation des objectifs de ce dernier.

45. La première édition de la SRSS était déjà cooptée dans le document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2006-2008 (DSCR 2006-2008) comme contribution du secteur de la santé aux efforts du Gouvernement destinés à lutter contre la pauvreté. Sa mise en œuvre s'est faite entre 2006 et 2009 à travers des Plans d'Actions Prioritaires (PAP). Cette seconde édition qui fait du renforcement de la gouvernance et du leadership et de la réforme du secteur du médicament des axes stratégiques, sera mise en œuvre à travers le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui aura un cycle de planification quinquennal.

4.2. Etat de santé de la population congolaise

4.2.1. La mortalité générale

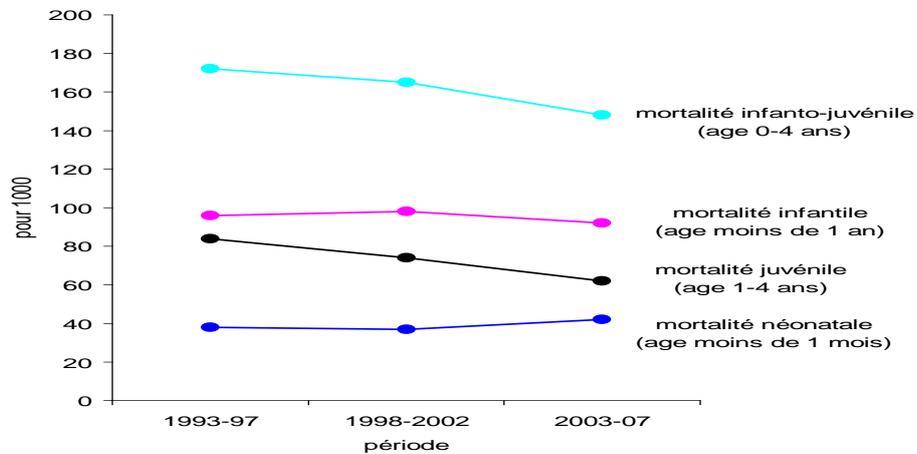
46. Les enquêtes rétrospectives sur la mortalité ont fait apparaître un taux de mortalité extrêmement élevé parmi les populations affectées par les conflits armés, et l'on estime que 3.8 millions de décès peuvent être attribués à la guerre depuis 1997. La mortalité infanto juvénile est passée de 192 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).

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

47. 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 !

48. 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 2 : Tendence de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans

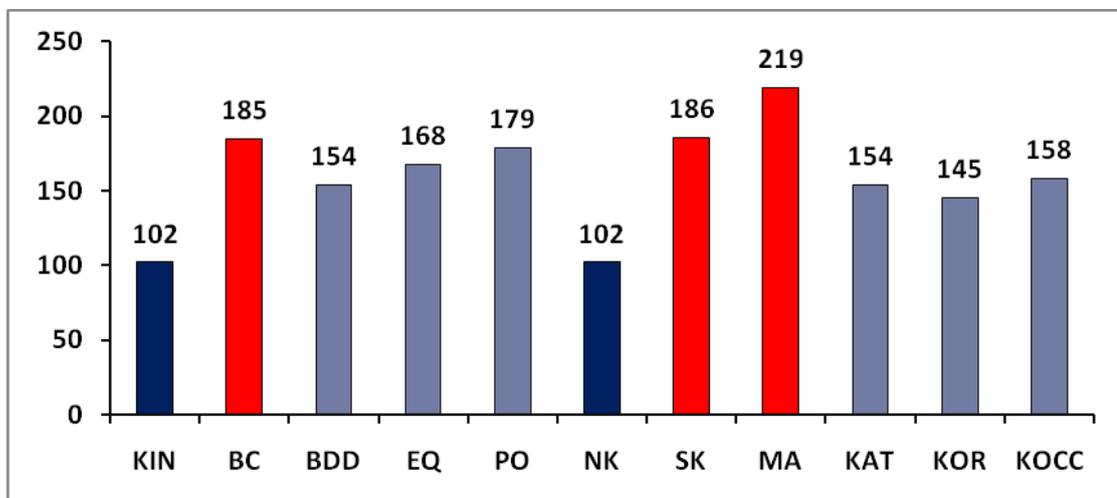


Ministère du Plan : enquête démographique et de santé (EDS 2007)

49. 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.

50. 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^{ème} 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 3 : Mortalité des enfants de moins de 5 ans par province



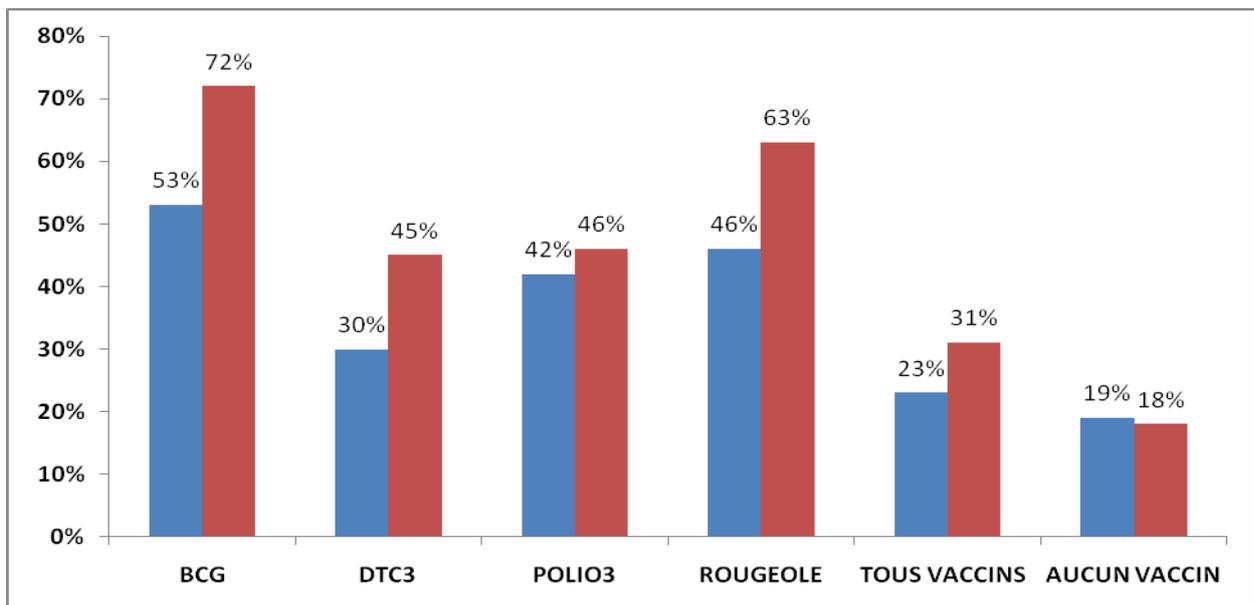
Ministère du Plan : enquête démographique et de santé (EDS, 2007)

51. 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 !

52. **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

53. **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 4 : Evolution de la couverture vaccinale entre 2001 et 2007



Sources : MICS2 (2001) et EDS (2007)

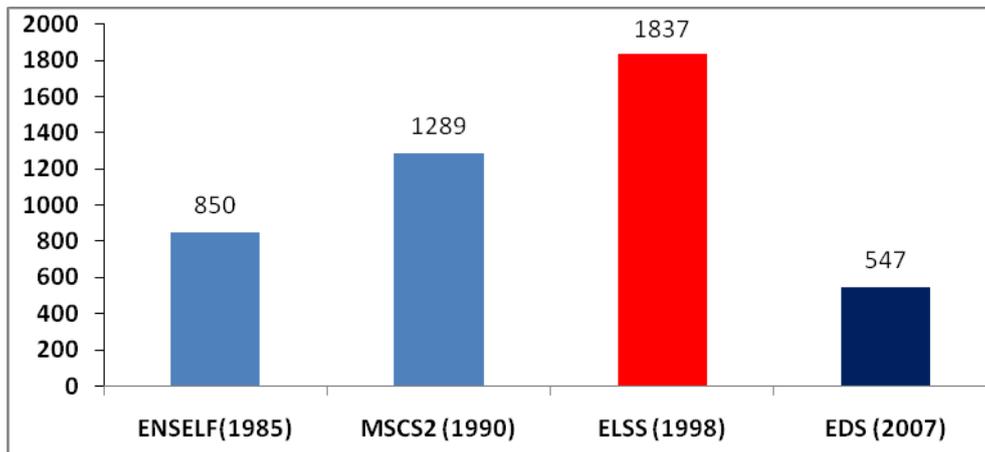
4.2.3. La santé de la mère et du nouveau-né

54. 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.

55. 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 5 : Ratio de mortalité maternelle

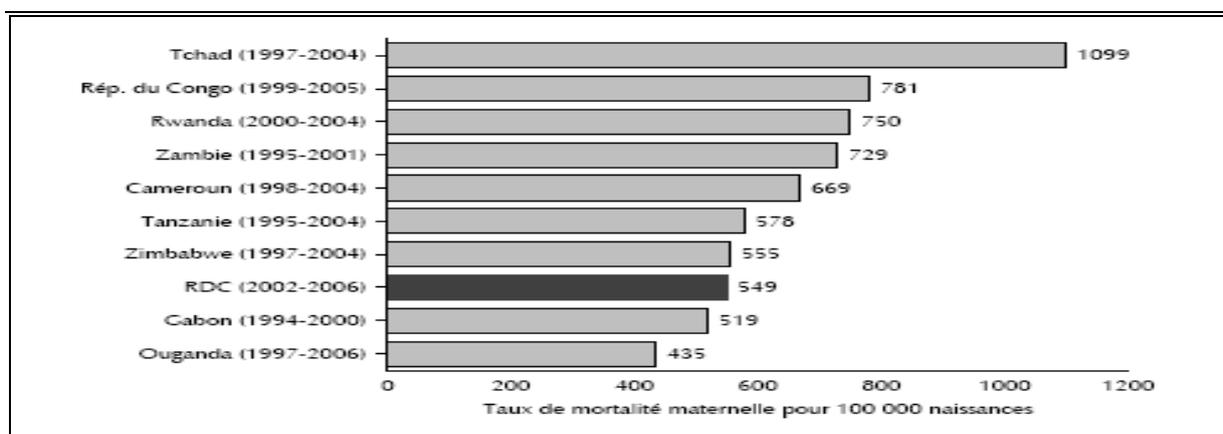


Sources : Enself 1985, MICS2 2001, ELSS 1998, EDS 2007

56. 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.

57. 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 6 : Ratio de mortalité maternelle des quelques pays africains comparés à la RDC



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

58. **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.

59. 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.

60. 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 %).

4.2.4. La prévalence du VIH/SIDA

61. 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.

62. 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 4 : 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

63. 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.

64. 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.

4.2.5. Les indicateurs de la lutte contre le Paludisme

65. 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.

66. 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 000³. Cependant, l'OMS estime à 27 millions des cas du paludisme par an⁴. 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.

67. 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 paludisme⁵.

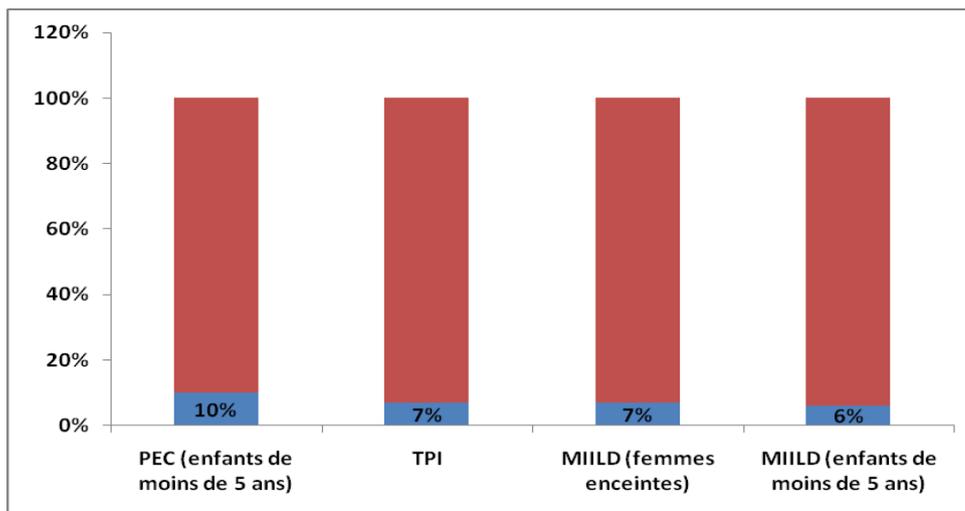
68. En 2001, la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide était de moins de 1% chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, mais elle a légèrement augmenté respectivement à 6 et 7% selon EDS 2007. De même, la couverture en Traitement Préventif Intermittent (TPI) reste encore 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.

³ Ministère de la Santé Publique et Banque Mondiale : Rapport d'Etat Santé et Pauvreté en RDC, 2005

⁴ Organisation Mondiale de la Santé : Global Malaria report, 2008.

⁵ Organisation Mondiale de la Santé : Global Malaria report, 2008.

Figure 7 : Couverture en interventions de lutte contre le paludisme en 2007



4.2.6. Les indicateurs de la lutte contre la Tuberculose

69. La RDC est l'un des 22 pays les plus affectés par la tuberculose dans le monde. Elle occupe le 5^{ème} rang en Afrique et le 11^{ème} 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).

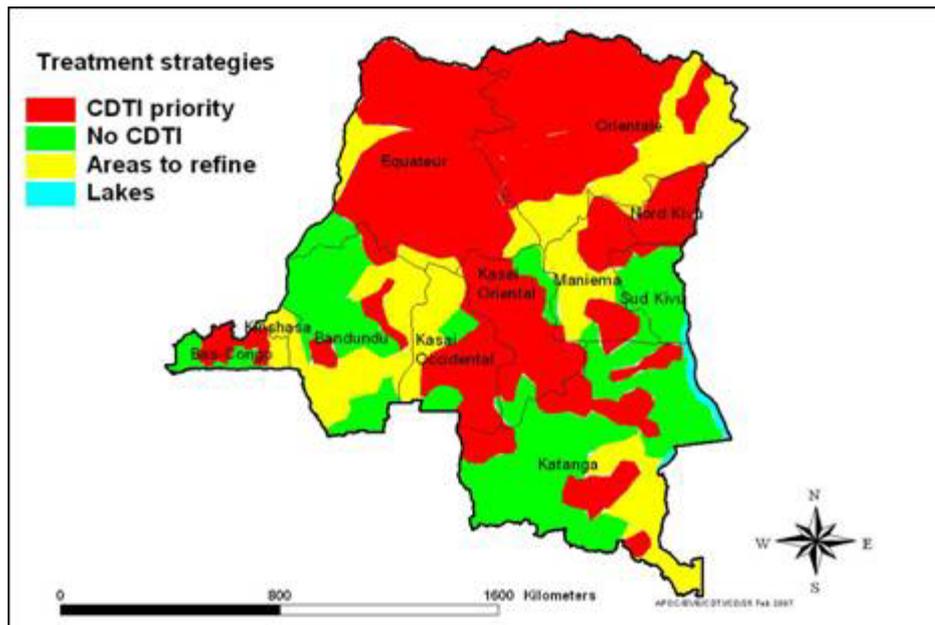
70. Le Programme de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a toujours été parmi les mieux organisés du pays (programme intégré dans les structures de la ZS avec des performances appréciables). Cependant, l'on assiste depuis quelques années à une stagnation des performances du programme du fait de la désarticulation 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.

4.2.7. Les Maladies Tropicales Négligées (MTN)

71. 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 schistosomoses, 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.

72. **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 8 : Carte épidémiologique de l'onchocercose par la méthode REMO (2003)



73. **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.

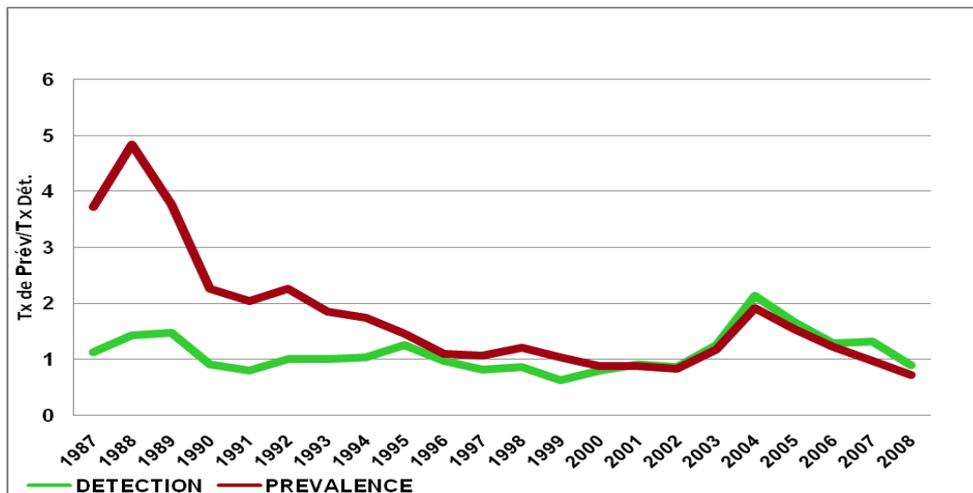
74. Les personnes atteintes par la Trypanosomiase finissent par en mourir si elles ne sont pas traitées. Celles dont le traitement a été tardif gardent généralement des séquelles qui les rendent dépendantes de leurs communautés durant tout le reste de leur vie.

75. Selon l'OMS, la Trypanosomiase Humaine Africaine est au 7^{ième} 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.

76. 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.

77. **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 9 : Evolution de l'endémie lépreuse en RDC de 1987 à 2008



78. 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.

79. 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.

80. 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.

4.2.8. Prévalence des maladies non transmissibles

81. 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%.

82. 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.

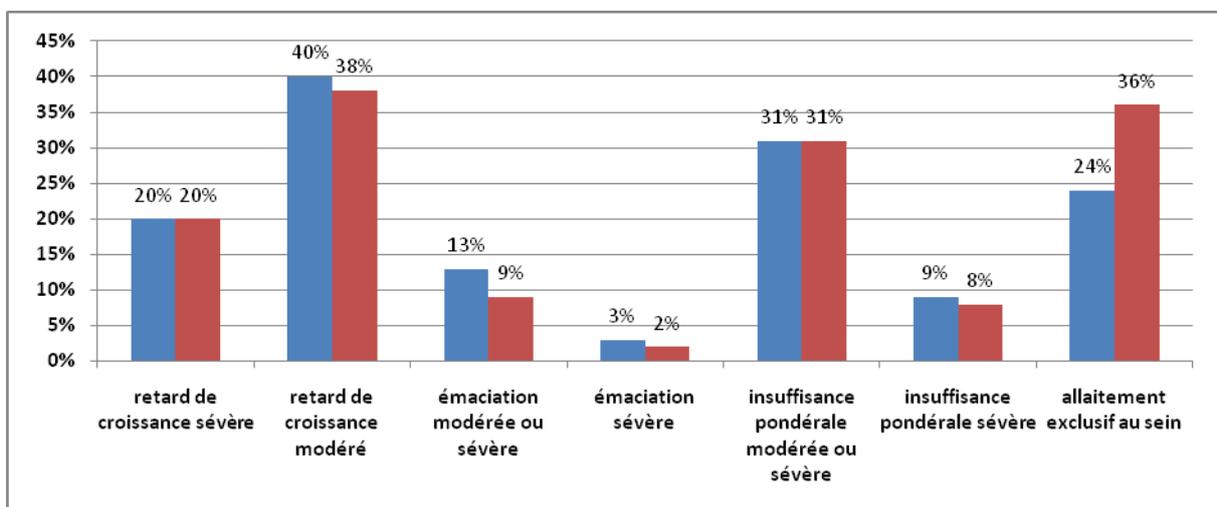
83. En dépit de ces variations, il faut retenir que le pays fait toujours face à des taux de malnutrition qui se situent au-delà des seuils acceptables sur le plan international. En termes de chiffres absolus, ces prévalences se traduisent par plus d'un million d'enfants affectés par la malnutrition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

84. 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.

85. 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.

86. 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 10 : Etat nutritionnel des enfants de moins de 5 ans



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

Source : Ministère du Plan : MICS2 & EDS

4.2.9. Gestion des urgences et catastrophes

87. 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.

88. 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.

89. 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.

4.3. Problèmes prioritaires du secteur de la santé

90. Dans cette section, les principaux problèmes liés aux fonctions du système et de ses piliers sont analysés. Il s'agit : (i) des problèmes liés à la gouvernance, à réforme et décentralisation, (ii) problèmes des Ressources Humaines pour la Santé, (iii) problèmes du financement de la Santé, (iv) des problèmes liés aux médicaments et intrants spécifiques, (v) des liés aux infrastructures, équipements/matériels, laboratoires et nouvelles technologies, (vi) des problèmes liés à l'information sanitaire, (vii) et enfin des problèmes liés à la prestation des services de santé et des soins.

4.3.1. Problèmes liés à la gouvernance du secteur

91. A l'instar des autres pays, le système de santé de la RDC vise les trois grands objectifs de tout système de santé, à savoir : contribuer à améliorer la santé de la population, répondre aux attentes de la population et répartir équitablement la contribution financière. En vue de la réalisation de ces objectifs, le système de santé devrait s'acquitter de 4 fonctions suivantes : la prestation des services, la production des ressources, le financement et l'administration générale ou la gouvernance. La présente analyse sur la gouvernance concerne les principales capacités du ministère, notamment (i) celles à élaborer des lois, politiques, textes réglementaires et normes, et à veiller à leur stricte application, (ii) la capacité de piloter les réformes et la décentralisation dans le secteur de la santé, (iii) la capacité de coordonner l'ensemble du secteur, (iv) la capacité de renforcer le leadership relatif au travail intersectoriel, et à la création d'un climat favorable au développement du système de santé .

92. **Politique Nationale de la Santé et le Plan Directeur de Développement Sanitaire.** Après les Etats Généraux de la Santé (EGS) organisés en 1999, la RDC s'est dotée de plusieurs documents normatifs, notamment la Politique Nationale de la Santé (PNS) finalisée en 2001, mais non adoptée par le Gouvernement et le Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS 2000 – 2009). Suite aux conflits et troubles qu'a connu le pays depuis 1998 et au manque d'un cadre opérationnel de suivi de la mise en œuvre, ce plan n'a pas connu une exécution optimale et n'a jamais été considéré comme document de référence par le Gouvernement qui, de ce fait, ne l'a pas financé.

93. **En 2006, le Ministère de la Santé Publique s'est doté de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS),** adoptée par le Gouvernement de la République comme stratégie sectorielle de réduction de la pauvreté. Elle constitue ainsi le fondement des nouvelles orientations politiques du pays en matière de santé. Le nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011 – 2015) en constituera l'outil de consolidation et de mise en œuvre.

94. **Les politiques et plans sous sectoriels et des programmes spécialisés.** Lors des EGS de 1999, sus évoqués, les différents sous secteurs et programmes de la santé ont défini des politiques et plans dont la cohérence avec la PNS et le PDDS n'a pas été de mise. En 2006, sous l'instigation des partenaires ou bailleurs de fonds, cette tendance s'est renforcée. On dénombre actuellement plus d'une dizaine de documents de politique et plans n'ayant pas le même cycle programmatique ni de cohérence avec le DSCR1 et le PDDS 2000 – 2009. Contrairement aux attentes, cette « inflation » des politiques et plans n'a pas eu d'effets bénéfiques en termes d'orientation des provinces et zones de santé pour une offre des soins de santé de qualité. Par contre, on a assisté à une fragmentation des prestations au niveau de la ZS qui se caractérise entre autre par le nombre sans cesse croissant des micros plans et des canevas de collecte des données répondant pour la plupart aux programmes spécialisés. C'est ainsi qu'il devient indispensable d'harmoniser l'horizon temporel et la cohérence des ces plans avec le DSCR 2 et le PNDS 2011-2015.

95. **Les plans d'établissement et politiques de financement des hôpitaux provinciaux et nationaux.** Depuis plus d'un quart de siècle, les hôpitaux de référence secondaire (ou hôpitaux provinciaux) et les hôpitaux tertiaires, dits nationaux ; ont été oubliés dans l'organisation du système de santé. On constate que les hôpitaux provinciaux ont servi de structure de référence primaire pour les ZS dans lesquels ils sont implantés et les hôpitaux nationaux sont restés en marge du système. Ceci a mis à mal le principe de continuité des soins de santé et a eu un effet négatif sur la qualité du personnel de santé dont la formation de base et la formation en cours d'emploi sont assurées dans les ces hôpitaux. Il n'existe pas de politique particulière pour le financement de ces hôpitaux eu égard aux missions leur assignées. L'élaboration et la mise en œuvre des plans d'établissement de ces structures permettront de les remettre en position avantageuse et pour l'encadrement des hôpitaux généraux de référence et la continuité des soins. Leur particularité impose l'adoption d'une politique de financement spécifique pour garantir leur fonctionnement adéquat.

96. **La législation sanitaire. Le secteur santé est régi jusqu'à ce jour par le Décret Royal de 1952 portant sur l'art de guérir au Congo Belge, Rwanda et Urundi.** D'autres textes législatifs tels que la loi de 1933 sur le commerce pharmaceutique et le Décret de 1947 relatif à l'hygiène et salubrité publique régissent encore le système de santé. Un projet de Loi-cadre sur la santé a été élaboré en 1999, adopté par le parlement de transition en 2001 et a été soumis en seconde lecture. Il fait actuellement l'objet de pourparlers entre le Ministère de la Santé Publique et la Commission des Lois du Gouvernement. Le contexte de la RDC ayant profondément changé depuis la promulgation de la constitution de la 3ème République et l'adoption de la SRSS en 2006, tous ces textes précités nécessitent d'être actualisés.

97. Selon les articles 47 et 48 de la constitution la loi fixe les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique et de la sécurité alimentaire ainsi que le droit d'accès à l'eau potable. Actuellement, ces deux lois n'existent pas. Aussi, le commerce pharmaceutique, l'art de guérir, la salubrité publique, l'hygiène environnementale et hospitalière ainsi que l'hygiène publique et en milieu de travail, la coordination technique des laboratoires médicaux et la répartition des médecins ne sont pas non plus régis par la loi tel que stipulé à l'article 202, alinéa 36, point h de la constitution. Ce vide légal ouvre la porte à toutes sortes de distorsions comme on le constate actuellement dans le système de santé.

98. **Les normes sanitaires.** Les normes sanitaires, élaborées lors des Etats Généraux de la Santé (EGS) de 1999, ont servi de base à l'élaboration des normes techniques, d'organisation et de fonctionnement de la Zone de Santé. Ces normes ne prennent pas suffisamment en compte les particularités des Zones de Santé en milieu urbain. Un document des normes spécifiques aux Zones de Santé Urbaines est envisagé pour gérer les particularités de celles-ci. Plusieurs programmes spécialisés ont également élaboré des normes pour les matières qui les concernent. Ces normes qui ont une allure plutôt verticale, se retrouvent dans les ZS à côté de celles qui organisent la ZS comme unité opérationnelle de la PNS. Cette situation a largement contribué à fragmenter les prestations dans les CS et les HGR.

99. En plus, les normes sur le plateau technique des hôpitaux provinciaux, nationaux et universitaires spécifiques au pays font défaut jusqu'à ce jour alors qu'elles constituent des outils de référence pour les 3 niveaux de la pyramide sanitaire nationale. Il est de même des normes d'organisation du niveau central et intermédiaire ainsi que les normes spécifiques à chaque pilier du système de santé.

100. **Les textes réglementaires.** Malgré l'absence ou l'inadéquation de certaines lois indispensables à la bonne marche du secteur, plusieurs textes réglementaires ont été produits. Cependant, ils sont insuffisamment vulgarisés et appliqués. Ce phénomène est aggravé par l'absence de mesures coercitives, ce qui explique en partie la faible qualité des soins fournis à la population. Pour relever le défi lié à l'insuffisance d'applications des textes, le Ministère devra non seulement les vulgariser mais surtout renforcer les missions de contrôle et d'inspection, et développer les mécanismes de lutte contre la corruption et autres antis valeurs.

101. **Les réformes dans le secteur santé.** Si la mise en œuvre de la SRSS, notamment en ce qui concerne les actions proposées au niveau périphérique et intermédiaire a fait du chemin, il n'en est pas de même du niveau central dont la structure continue de poser problèmes pour assurer la coordination intra et inter sectorielle. En effet, en plus du fait qu'il existe une inadéquation entre les attributions actuelles du Ministère de la Santé Publique et sa structure organisationnelle, le cadre organique du niveau central, actuellement « éléphantique », rend la coordination intra sectorielle difficile. La structure du niveau intermédiaire calquée sur celle du niveau central a une tendance plus administrative que technique. En effet, le cadre organique à ce niveau ne comprend pas en son sein de structures devant exercer la fonction relative à l'encadrement des ZS qui est une fonction essentielle pour ne pas dire la fonction la plus importante de ce niveau. Du coup, les structures du niveau intermédiaire passent leur temps à répondre aux exigences de celles du niveau central dont « elles sont issues » plutôt que de faire le travail d'encadrement des ZS. C'est pour quoi ce cadre mérite d'être actualisé conformément aux compétences attribuées à chaque niveau par la constitution. En plus, il faudra veiller à ce que les profils des animateurs correspondent aux postes.

102. Hormis quelques programmes spécialisés, la quasi-totalité des structures des niveaux central et intermédiaire (Directions Centrales et la majorité de Divisions Provinciales de la Santé, etc.) ne disposent pas de conditions de travail décentes. Il y manque de façon chronique des équipements de bureau et des fournitures et intrants indispensables au fonctionnement.

103. Malgré la révision à la hausse, le niveau de salaires et primes alloués au personnel de santé constitue un handicap majeur à l'amélioration de la productivité et de la qualité des services. Toutes ces conditions de travail non attractives entraînent la fuite des cerveaux et engendrent la migration de personnel vers les centres urbains, les ONGDS, les projets et les agences partenaires. Cette migration constitue une usure accélérée du personnel de santé qui demande des investissements importants dans le renforcement des capacités du personnel de santé.

104. L'insuffisance de planification de la formation en cours d'emploi et la nomination d'agents à des postes pour lesquels ils n'ont pas de profil, expliquent d'une part pour le niveau central, que les normes, directives, les politiques, les projets d'Arrêtés et de lois ne soient élaborées par des cadres qui n'en ont pas l'expertise, de compétences et d'autre part pour le niveau provincial, la faible qualité d'encadrement et d'accompagnement technique pour les équipes cadres des zones de santé. En plus, les approches de formations qui sont utilisées, notamment les formations verticales initiées par les programmes spécialisés, ne laissent pas assez de marges de manœuvre aux ZS pour organiser les soins de santé globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne.

105. Depuis 2003, le Gouvernement a initié la Réforme de l'Administration Publique en vue de la rendre plus productive et plus efficace. Pour le secteur santé, cette Réforme vise notamment à conférer au Ministère une structure qui soit à la fois efficace et efficiente par rapport à son mandat et ses missions d'une part et d'autre part, à mettre en place les 4 axes de la réforme adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé, en mai 2009. Il s'agit de (i) **la Réforme de la couverture**

universelle pour améliorer l'équité en santé, (ii) **la Réforme des prestations des services** pour mettre l'individu au centre des systèmes de santé, (iii) **la Réforme des politiques de santé** pour promouvoir et protéger la santé des communautés et enfin, (iv) **la Réforme du leadership** pour rendre les responsables sanitaires plus fiables.

106. **La Décentralisation.** La Constitution établit la Décentralisation comme mode de gestion des affaires provinciales et locales par des organes élus. Elle confère aux provinces des compétences exclusives dans l'organisation et la gestion des soins de santé primaires. Ce nouveau mode de gestion nécessite un transfert de compétences, des ressources et des charges aux provinces et aux Entités Territoriales Décentralisées (ETD), et donc, une clarification des missions des trois niveaux de l'exercice du pouvoir (le centre, les provinces et les ETD).

107. Dans le secteur de la santé, la mise en place des Gouvernements Provinciaux avec des Ministres ayant la santé dans leurs attributions a précédé les textes devant clarifier les missions des Médecins Inspecteurs Provinciaux et leurs rapports avec le pouvoir central et provincial. Cette situation a engendré des sérieux conflits de compétences ayant un impact négatif sur le fonctionnement des services de santé en province et l'accompagnement des ZS. Les mesures transitoires prises par Arrêtés Ministériels en 2008 comprenant la réorganisation des niveaux périphériques et intermédiaires, la rationalisation de la gestion des RHS, etc. ont visé le rétablissement de la cohésion et de l'harmonie dans la gestion du secteur. Elles ont été faiblement suivies faute de mesures d'application d'une part, et du manque de séparation de fonction de gestion de l'administration des services provinciaux et les fonctions de contrôle/inspection qui relèvent du niveau central, d'autre part.

108. Il importe donc de redéfinir les services publics de l'Etat en provinces et de clarifier leurs missions. La mise en place, dans les 26 provinces, des Divisions Provinciales de la Santé avec des Equipes Cadres Provinciales (ECP) et l'organisation de pools d'inspecteurs de la santé comme entité déconcentrée de l'Etat permettront de séparer les fonctions, politique, de gestion des services et de contrôle afin de veiller au respect des textes réglementaires et des normes.

109. Par ailleurs, il est envisagé d'organiser la zone de santé comme structure déconcentrée de la province et non comme structure rattachée aux ETD pour prévenir toute demande de multiplication des zones de santé avec implantation d'« hôpitaux de fortune » ou de « structures faisant fonction d'HGR », d'une part et, d'autre part pour régler la question relative à l'équité dans la distribution des ressources. Il demeure toutefois nécessaire de clarifier la relation fonctionnelle entre la zone de santé et ces ETD, le rôle des ETD dans la gestion des structures de santé telles que les centres de santé.

110. **Le Pilotage du secteur.** Le Ministère de la Santé Publique a mis en place en 2006, des organes de pilotage de la mise en œuvre de la SRSS, à savoir : le Comité National de Pilotage (CNP) et les Comité Provinciaux de Pilotage (CPP). Trois ans après, il a été constaté que le CNP n'était pas fonctionnel et qu'en province, 7 CPP étaient jusque là installés et tous avaient un niveau de fonctionnalité variant d'une province à une autre. Quatre CPP (Nord Kivu, Province Orientale et les 2 Kasaï) ont un niveau de fonctionnalité élevé grâce à l'appui du PS9FED. La non fonctionnalité des organes de pilotage et la coexistence d'autres Comités de Pilotage mis en place du fait des différents projets qui interviennent dans le secteur, ont réduit les efforts de s'attaquer à l'approche verticale et la fragmentation des interventions, au saupoudrage, au manque de synergie et de complémentarité, au travail en isolation, à l'accroissement de coûts de opérations liés aux chevauchements et duplications et de frais de gestion, lesquels rendent inefficace et inefficent les résultats des interventions sanitaires.

111. Par contre, au niveau périphérique, l'état des lieux du secteur de la santé a montré que sur 405 ZS enquêtées, 363 ZS, soit 90%, avaient un Conseil d'Administration (CA) fonctionnel en 2009. Cependant, la pertinence et la qualité des réunions de ces CA restent à démontrer.

112. En application de l'Agenda de Kinshasa⁶, le Ministère de la Santé Publique et l'ensemble de ses Partenaires ont procédé à la restructuration du CNP comme instance unique de coordination du secteur dans le contexte actuel de la Décentralisation. Le CNP et les CPP sont constitués chacun de trois organes : stratégique, technique et des commissions techniques. Si le CNP est déjà rendu fonctionnel dans sa configuration actuelle, il importe d'opérationnaliser les commissions techniques et de rendre progressivement opérationnels les CPP restructurés dans les 26 provinces.

113. Par ailleurs, on observe une faiblesse et une irrégularité de concertation entre le Ministère de la santé et les syndicats, Ordres et Associations des professionnels de santé malgré le Cadre de dialogue institué à cet effet. En outre, on note que le secteur santé assure insuffisamment la tutelle effective des organisations et établissements de santé.

114. **Le partenariat public-privé.** Le secteur privé non lucratif (services de santé des organisations non gouvernementales, des confessions religieuses, etc.) apporte une contribution appréciable à l'offre des soins de santé à la population en RDC. Par exemple, le réseau catholique gère environ 40% des infrastructures sanitaires propres ou cédées en gestion.

115. Le secteur privé lucratif s'est développé ces dernières années en RDC. Même si son ampleur réelle reste mal connue et insuffisamment régulée, certains services privés lucratifs offrent des soins de santé de qualité à la population. Le secteur privé non lucratif et lucratif détient environ 40% de l'ensemble d'HGR des ZS du pays. A Kinshasa, fonctionne un Hôpital secondaire à vocation tertiaire qui est privé.

La régulation et contractualisation bien menée avec le secteur privé permettront d'améliorer la couverture des prestations des services de qualité au bénéfice de la population.

116. **Le suivi & évaluation dans le secteur de la santé.** Le MSP organise depuis 2002, des revues annuelles nationales et des revues semestrielles provinciales du secteur santé regroupant les principaux partenaires du secteur. Au niveau opérationnel, les ECZ organisent des réunions de monitoring ensemble avec les acteurs locaux. En dehors de ces revues du système, de nombreuses revues sont organisées par les programmes spécialisés, mais leur contribution au développement réel du secteur reste limitée. Mais, on constate une faible réalisation des résolutions prises lors de ces revues/monitoring. Par exemple, le pourcentage de réalisation des recommandations de la revue annuelle 2008 était de 10%.

117. Dans le secteur santé, des efforts restent à fournir pour l'implication effective du Ministère de la Santé Publique dans les évaluations externes, le suivi de l'ensemble des projets et programmes du secteur de la santé..

118. **La gestion du secteur de la santé.** A cause du désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de santé et le manque de régulation et de contrôle de la gestion, il s'est créé au fil des années, un système de taxation informelle et inéquitable consistant au reversement des 5-10% des recettes des CS et HGR aux BCZS qui eux-mêmes devaient en faire autant pour le niveau provincial, et celui-ci pour le niveau central. Ce système a été essentiellement alimenté par la contribution des malades aggravant ainsi l'appauvrissement des ménages.

⁶ L'agenda de Kinshasa est issu du Forum National de Haut Niveau sur l'Efficacité de l'Aide tenue en juin 2009. Il reprend les échéances que le Gouvernement de la République et ses partenaires au développement se sont données pour arriver à un certain nombre de produits : production des stratégies sectorielles, production de la politique de gestion des ressources extérieures, revues sectorielles, revues conjointes DSCR/PAP, revitalisation des groupes thématiques, mise en place d'une structure interne de coordination et de suivi de l'action gouvernementale et de l'aide internationale, renforcement des capacités institutionnelles, modernisation de la fonction publique, mise en place des organes pour appliquer la réforme de la gestion financière qui doit évoluer vers l'appui budgétaire.

119. Par ailleurs, le manque d'outils de gestion dans la majorité des formations sanitaires (70% des HGR selon l'ELSS 2009) et l'autonomie de gestion leur accordée à travers l'Arrêté Ministériel N° CAB/MIN/SP/034 du 31 mars 19917, sans suivi ni contrôle régulier de gestion par l'autorité de tutelle constituent des facteurs importants de malversations financières.

120. La fragmentation du système de gestion financière dans les grands hôpitaux rend inefficace les affectations des recettes selon les priorités hospitalières.

121. En dehors des problèmes de gestion financière, on constate une gestion désordonnée des Ressources Humaines pour la Santé (RHS). Selon le rapport d'évaluation externe du Programme du Gouvernement 2006-2009, cette gestion désordonnée se situe à 3 niveaux : (i) la gestion pratique des fonctionnaires, (ii) le recrutement et (iii) la gestion de la carrière des agents (promotion, mise à la retraite, détachement et la mise en disponibilité). Cette situation est aggravée par le fait qu'en RDC les administrations ministérielles, les directions, les divisions ou bureaux organiques sont, dans la plupart des cas pilotés par des fonctionnaires qui n'ont jamais pris connaissance de la loi portant statut du personnel de carrière des services publics de l'Etat et du Règlement de l'Administration.

122. On rencontre également des problèmes liés à la gestion des infrastructures, des titres fonciers, des matérielles et des médicaments essentiels liés au manque et ou à l'insuffisance de des normes et standards techniques. Ceux-ci sont décrits sous les piliers y relatifs.

123. Le gouvernement fait actuellement de la lutte contre la corruption son cheval de bataille. L'opération « tolérance zéro » déclenchée depuis 2009 en est la preuve. Les actions envisagées pour une gestion efficace et transparente s'inscrivent sur la ligne droite de cette opération et visent essentiellement la vulgarisation et la mise en œuvre du code de bonne conduite du fonctionnaire de l'Etat et l'application du statut du personnel de carrière des services publics et des différents règlements d'administration ainsi que l'application des dispositions de la loi sur la passation des marchés publics, la systématisation des audits et de contrôle dans les services publics.

Problèmes prioritaires :

- 1. Le MSP fonctionne avec les documents normatifs (Politique Nationale de Santé et Plans Stratégiques sectoriels) qui ne sont pas adoptés par le Gouvernement.** En plus, les politiques et les plans sous sectoriels ne sont pas toujours en phase avec la PNS basée sur les soins de santé primaires ;
- 2. Les textes qui régissent le secteur de la santé sont déjà obsolètes.** La loi cadre du secteur de la santé n'ayant pas été adoptée, ce dernier (secteur de santé) continue à être régi par le décret de 1952 sur l'art de guérir au Rwanda, Urundi et Congo Belge ;
- 3. Le processus de normalisation manque de cohérence et d'efficacité dans le secteur.** Les normes qui existent notamment pour l'organisation du niveau périphérique entre en conflit avec celles développées par les programmes spécialisés. De plus, plusieurs normes manquent : il s'agit par exemple des normes d'organisation et de fonctionnement des ZS en milieu urbain, des normes du niveau intermédiaire, des normes du niveau central ainsi que des normes qui définissent les plateaux techniques pour les hôpitaux de référence secondaire et tertiaire, le manuel des spécifications techniques du matériel et équipement, normes pour les infrastructures, listes des médicaments et intrants spécifiques par niveau de soins ;

⁷ Cet Arrêté Ministériel crée le Conseil de gestion dans les établissements sanitaires et de promotion sociale, et leur accorde l'autonomie de gestion administrative et financière.

4. **La structure actuelle du niveau central et celle du niveau intermédiaire ne sont pas pertinentes par rapport à leurs compétences constitutionnelles.** En plus, la mise en place des pouvoirs provinciaux avant les textes devant les régir à exacerber les conflits entre différents acteurs. Ceci a eu un impact négatif sur l'organisation des services de santé et sur la qualité de ceux-ci en provinces.
5. **Il y manque de façon chronique des équipements techniques et de bureau, des fournitures et intrants indispensables au fonctionnement.** En plus, le nombre de cadres au niveau central qui n'ont pas de compétences et expérience pour assumer les missions confiées à ce niveau (régulation, normalisation, élaboration des politiques, appui conseil et suivi de la mise en œuvre etc.) augmente.
6. **La coordination du secteur a été rendue difficile** à cause de la faiblesse de leadership et de l'insuffisance de collaboration intra sectorielle d'une part, et de la coexistence au côté du Comité National de Pilotage, des Comités de Pilotage mis en place du fait des projets qui interviennent dans le secteur, d'autre part. Plusieurs Comités Provinciaux de Pilotage ne sont pas fonctionnels.
7. **Le privé lucratif prend de plus en plus de l'ampleur dans le secteur de la santé mais il n'est presque pas régulé ;**
8. **La gestion des ressources humaines pour la santé (recrutement, affectations, gestion de carrière, rétention du personnel, etc.) et des ressources financières notamment celles qui proviennent de la tarification est catastrophique.** Elle influence malheureusement la qualité des soins

124. **Forces et opportunités.** Un certain nombre des forces et d'opportunité relative à la gouvernance méritent d'être mentionnées. Parmi les forces, on peut citer la mise en place du CNP-SS comme seul cadre de concertation et de pilotage des actions du secteur de la santé. Parmi les opportunités, on peut citer la décentralisation, la réforme de l'administration publique, l'adoption par le Gouvernement de la stratégie de renforcement du système de santé (SRSS) et du PNDS. L'adhésion de la RDC à l'initiative et le rapport sur la santé dans le monde publié en 2009 sont aussi des opportunités pour une bonne gouvernance dans le secteur de la santé en RDC.

4.3.2. Problèmes des ressources humaines pour la santé

125. Bien que fragmentaires, les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé (RHS) sont un problème sérieux en RDC. Les données disponibles sont celles du secteur public et confessionnel. Il n'existe pas de données fiables sur les RHS du secteur privé et des entreprises qui organisent des services de santé. En 1998, le nombre de médecins en RDC était d'environ 2.000 et celui des infirmiers 27.000. A l'heure actuelle, il est difficile de dire combien il y a des médecins et d'infirmiers en RDC. Cependant, on sait que l'administration de la santé compte environ 108.000 employés dont 60% sont des professionnels de la santé et 40% des administratifs. Le nombre de médecins qui travaillent dans l'administration de la santé est estimé à 5.000 et celui des infirmiers de 40 000 (tous niveaux et toutes catégories confondus).

126. Concernant les médecins, le dernier numéro enregistré à l'ordre des médecins est 11 000. S'il est vrai qu'il y a eu de décès parmi eux, il est tout aussi vrai que les décès seuls ne peuvent pas expliquer la différence entre les 5000 qui travaillent dans l'administration et les 11 000 enregistrés à l'ordre des médecins. Ceci donne une idée de l'importance du nombre de médecins sur lequel on ne dispose pas d'informations. Cette différence s'expliquerait d'une part par les départs massifs des médecins observés ces dernières années vers l'extérieur surtout en faveur des pays de l'Afrique

Australe dont l'Afrique du Sud en tête et, d'autre part par le nombre de médecins qui travaillent dans le secteur privé et auprès des partenaires. L'église catholique, par exemple, utilise dans les formations sanitaires qu'elle gère, environ 500 médecins et 1.610 autres professionnels de santé dont la plupart ne sont pas comptabilisés par le Ministère de la Santé Publique. Les migrations internes du personnel de santé sont tout aussi importantes comme les migrations externes comme on le verra ci-dessous.

127. Les principaux problèmes liés aux ressources humaines pour la santé sont : (i) les problèmes liés à la production RHS, (ii) les problèmes liés à l'instabilité du personnel de santé, (iii) les problèmes liés à la répartition du personnel de santé entre provinces, (iv) les problèmes liés à la gestion de carrière des RHS, et (v) enfin, les problèmes liés à la formation en cours d'emploi.

128. **Problèmes liés à la production des Ressources Humaines pour la Santé (RHS).** Les problèmes liés à la production des RHS sont de plusieurs ordres. Il s'agit de : la prolifération des établissements de formation du niveau secondaire, supérieur et universitaire, la baisse de la qualité de la formation de base des RHS, la surproduction des professionnels de santé dont le profil ne répond pas toujours aux exigences de postes. .

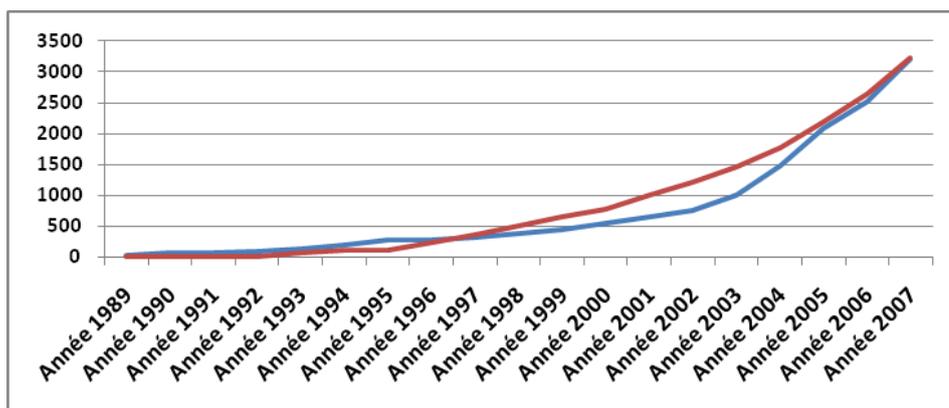
129. En effet, 470 Instituts de Techniques Médicales (ITM) et Instituts d'Enseignement Médical (IEM) ont été inventoriés lors des états de lieux de 2009 contre 255 en 1998 (soit une augmentation de 84%), 108 Instituts Supérieurs de Techniques Médicales (ISTM) en 2008 contre 53 en 1998 (soit une augmentation de 103%), 39 facultés de médecine en 2008 contre 3 en 1998 (soit une augmentation de 1200%) ! Le nombre des médecins produits chaque année dépasse les deux mille et celui des infirmiers est au-delà de 4000 (8597 diplômés d'ITM/IEM entre 2001 et 2005 et environ 8000 entre 2007 et 2009). Près de 55% d'ITM/IEM ne forment que la filière des infirmiers, option hospitalière et 11 % organisent d'autres filières en plus ; 22% d'ITM/IEM ne remplissent pas les conditions de viabilité ; 25% d'ITM/IEM n'ont pas un lieu approprié de stage de formation.

130. On note donc une surproduction de certaines filières des professionnels de santé (Médecins, Infirmiers...) et une sous production de certaines autres (Pharmaciens, Techniciens en Radiologie, Techniciens en Laboratoire, nutritionnistes, kinésithérapeutes, techniciens d'assainissement, assistants en Pharmacie...). On note également l'inadéquation de la formation par rapport aux besoins de soins de santé de la population. Ceci s'expliquerait en partie par le recours aux programmes de formation non adaptés, le cadre organisationnel de la dispensation des cours ne répondant pas aux normes, l'absence de lieux appropriés de stage, l'insuffisance qualitative et quantitative des enseignants, l'absence d'écoles modèles pour le recyclage et pour tester les programmes de formation, etc.

131. 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 de structures de santé dans les ZS. Le nombre d'aires de santé qui disposent de plus de 10 structures de santé (au lieu d'une seule structure) devient de plus en plus important. La Zone de Santé de Lukula dans le Bas Congo comptait jusqu'à 108 structures 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 de travail dans une structure formelle. Pour des raisons de survie individuelle ou institutionnelle, 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 supérieurs.

132. Les données de la carte sanitaire de la ville de Lubumbashi illustre bien la relation entre le nombre pour le moins élevé des RHS 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

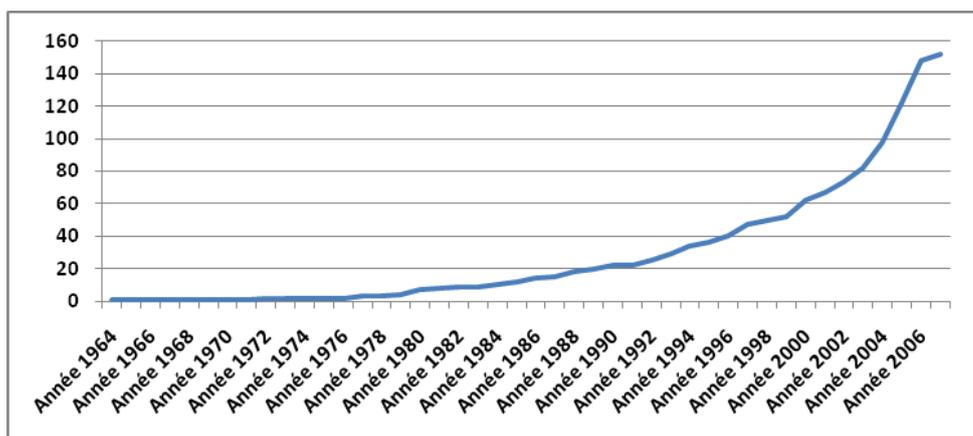
Figure 11 : Evolution du nombre de diplômés (incidence cumulée) en médecine (couleur bleue) et à l'ISTM (couleur rouge) de 1989 à 2007



Source : Division provinciale de la Santé du Katanga

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

Figure 12 : Evolution du nombre (incidence cumulée) de structures de soins à Lubumbashi



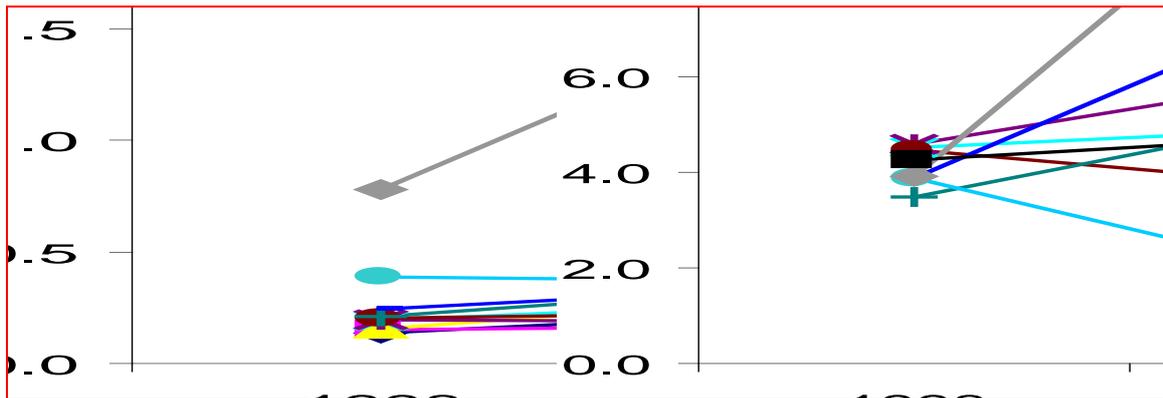
Source : Division provinciale de la Santé du Katanga

133. L'insuffisance de rémunération 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. Les activités de formation se multiplient pour parfois les mêmes personnes, activités concentrées au niveau de l'équipe cadre au détriment de prestataires de services qui ont en charge l'organisation et la production de soins de qualité. Ce système amène inexorablement au paiement à l'acte tant pour les activités relatives à l'offre des soins que pour les activités d'appui (formation, supervision, rapport d'activités.....), système tout à fait en contradiction avec une approche globale de la santé, de la responsabilisation qui induit la conscience et la motivation à mieux faire le travail. Ce système détruit au contraire le principe de solidarité retenu dans la Politique Nationale de Santé. Il y a lieu d'envisager le paiement de la prime spéciale de fonction en complément de salaires indécents actuellement payés par l'état et d'améliorer les conditions de travail pour garantir la production de services et soins de qualité.

134. **Problèmes liés à l'instabilité du personnel de santé.** 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 attractif des salaires payés crée une instabilité du personnel

qui se trouve ainsi dans une recherche continue du plus offrant. Les migrations internes et externes du personnel de santé deviennent ainsi une menace non négligeable pour l'offre et la qualité des soins en RDC. Les différents projets financés par l'aide extérieure et les initiatives sanitaires débauchent les agents de services publics et leur proposent des conditions de travail cinq à dix fois supérieures à celles offertes par le Gouvernement, ce qui crée une instabilité sans précédent du personnel. Le graphique 8 met en évidence les tendances des effectifs de médecins et infirmiers par province entre 1998 et 2006.

Figure 13 : Tendances des effectifs de médecins et infirmiers fonctionnaires pour 10.000 habitants et par province, RDC 1998-2006



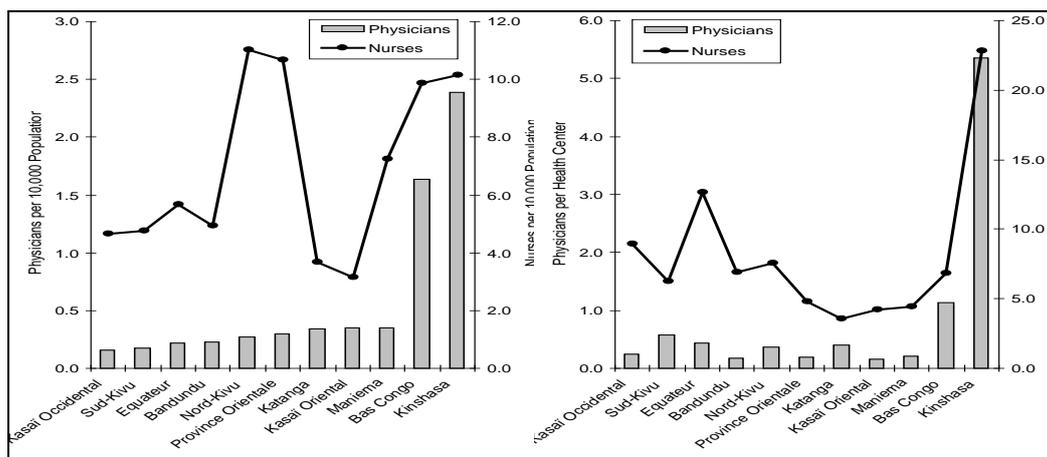
Source Ministère de la Santé Publique : revue des dépenses publiques, 2008

135. Le Bas Congo a plus que doublé la densité de ses médecins pour 10 000 habitants entre 1998 et 2006, passant d'environ 0.7 médecins pour 10 000 habitants à 1.7 médecins pour 10 000 habitants au cours de cette période. Au cours de la même période, le ratio infirmier dans la ville province de Kinshasa est passé de 12 pour 10.000 habitants à 8 en 2005, puis à 11 en 2006. Le Katanga a perdu plus de la moitié du personnel infirmier entre 1998 et 2005. Par contre le Kasaï Occidental a triplé la densité de cette catégorie des professionnels de santé entre 1998 et 2005.

136. Le nombre de médecins congolais inscrits au tableau de l'ordre des médecins en Afrique du Sud était de plus de 2000 en 2006. Une bonne partie était en attente de d'être inscrite. On trouve des médecins congolais dans tous les pays de l'Afrique Australe (Angola, Zambie, etc.) et dans plusieurs pays d'Europe et d'Amérique du Nord.

137. **Problèmes liés à la répartition des ressources humaines pour la santé.** La répartition non équitable des RHS entre provinces et entre le milieu rural et urbain dans une même province 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 était en moyenne de 6 avec des extrêmes qui variaient entre 0.2 pour le Kasaï 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 Kasaï Occidental et 11 pour le Nord Kivu comme le montre Le graphique suivant :

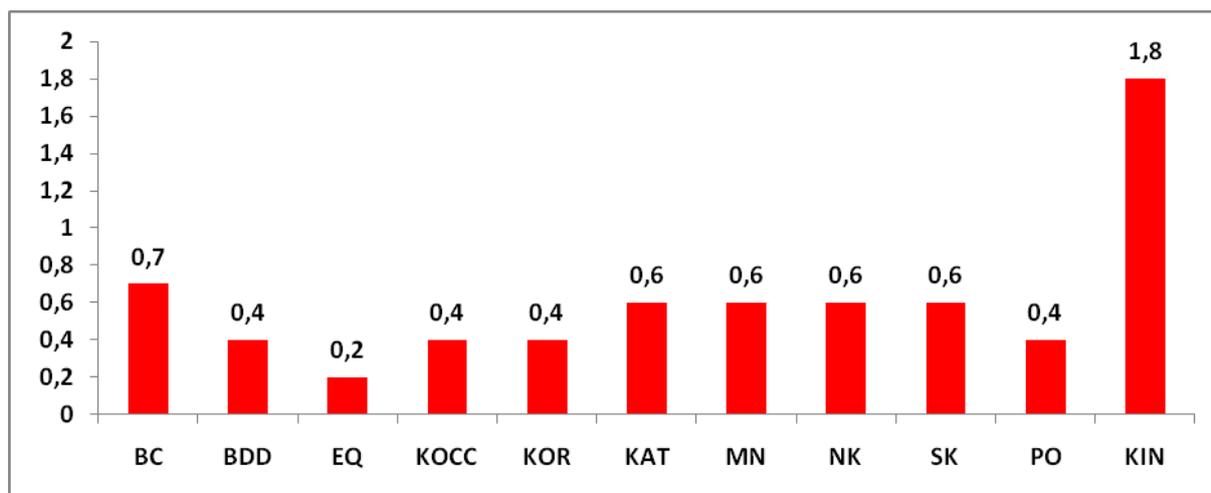
Figure 14 : Nombre de médecins et d’infirmiers fonctionnaires pour 10.000 habitants (graphique de gauche) et par centre de santé public fonctionnel (graphique de droite) par province, RDC 2006



Source : revue des dépenses publiques

138. En 2009, la densité de médecins pour 10 000 habitants varie entre 0.2 à l’Equateur et 1.8 à Kinshasa. Ceci confirme non seulement la forte instabilité des RHS (du fait des migrations internes et externes), mais aussi la persistance de la répartition inéquitable des RHS entre les provinces. La figure 15 reprend la densité des médecins par province en 2009.

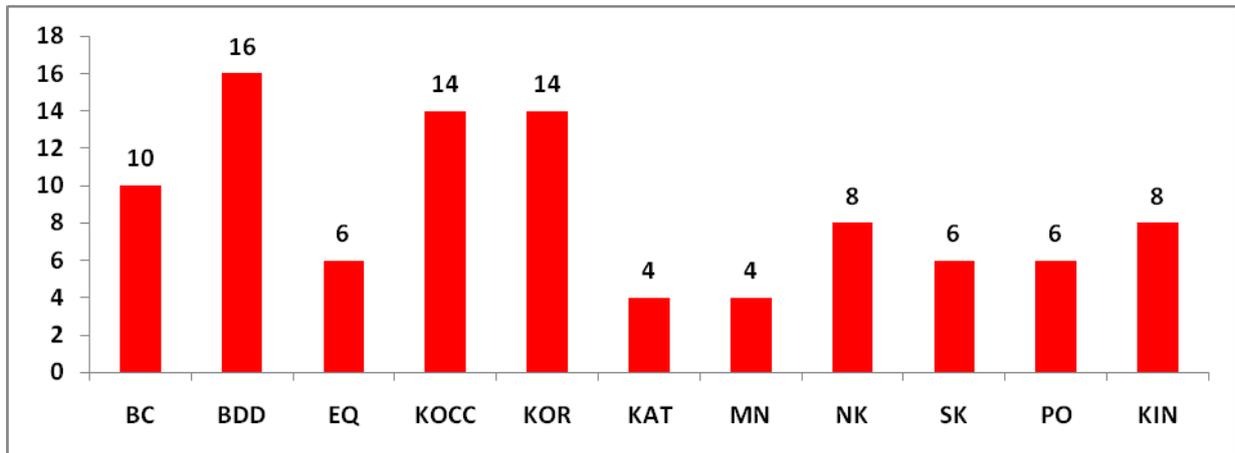
Figure 15 : Densité des médecins par province dans le secteur public (2009)



Source : directions des ressources humaines du Ministère de la Santé Publiques

139. L’instabilité constatée dans la catégorie du personnel médical est aussi observée dans celles des infirmiers où la densité pour 10 000 habitants par province varie dans tous les sens d’une année à une autre. La Ville province de Kinshasa qui avait 9 infirmiers pour 10 000 habitants n’en a plus que 8 en 2009, tandis que le Bandundu qui en avait environ 6 en 2006 en a 16 ! Ces mouvements très importants des RHS sont valables pour toutes les provinces du pays. Les RHS semblent être dans une recherche continue de meilleures conditions de vie et de travail. La rémunération du personnel, bien qu’en augmentation, est toujours insignifiante. Les avantages sociaux, jadis octroyés au personnel, ne le sont plus depuis des décennies. Les stratégies de rétention et de fidélisation du personnel de santé tel que l’octroi des primes de brousses et d’éloignement, le logement du personnel, les soins médicaux et la scolarité, développées par certains projets/programmes de santé méritent une réappropriation par le Gouvernement et une extension à tous les niveaux dans les prochaines années. La figure 16 montre la répartition du personnel infirmier dans les différentes provinces du pays.

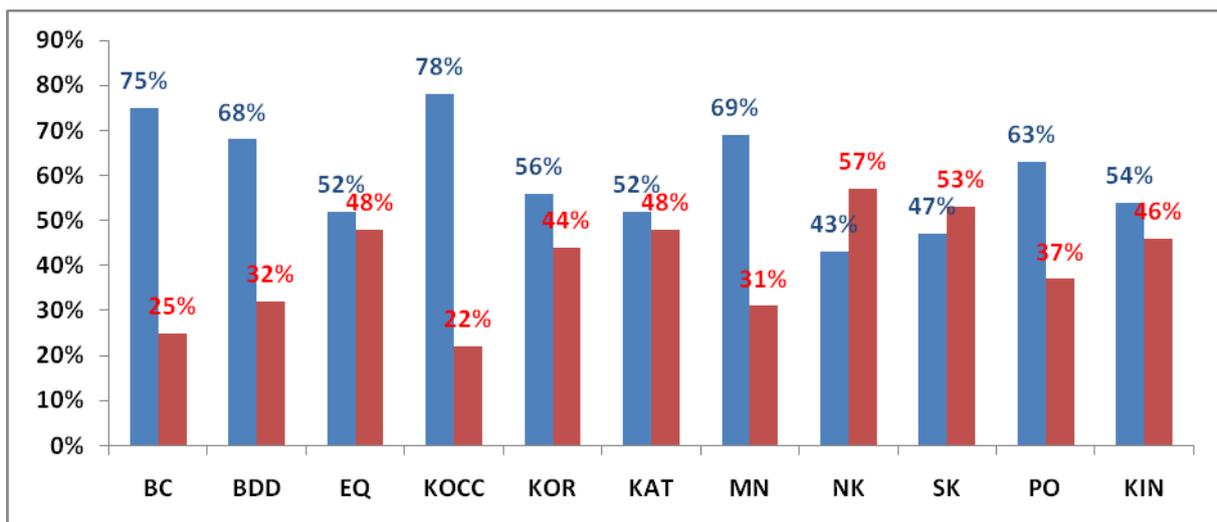
Figure 16 : Densité des infirmiers pour 10.000 habitants dans le secteur public (2009)



Source : direction des ressources humaines du Ministère de la Santé Publique

140. **Problèmes liés à la gestion de carrière des RHS.** Les problèmes liés à la gestion de carrière des ressources humaines pour la santé sont parmi les plus importants dans ce domaine. Il s'agit de : (i) du non respect de procédures dans le recrutement et les affectations qui se font à tous les niveaux du système de santé y compris par les cadres de l'administration du territoire (maires, commissaires de district, etc.), les églises, (ii) l'absence de fixation de postes (emplois) et de la définition des besoins en RHS pour le moyen et le long terme, (iii) l'inadéquation entre le profil et les postes, (iv) le vieillissement du personnel du fait de la mise en retraite non régulière, ce qui crée une pléthore du personnel dans plusieurs formations surtout en milieu urbain ; (v) les difficultés de rationaliser le personnel du fait des interférences politiques ; (vi) la forte proportion d'administratifs dans l'ensemble du personnel de l'administration de la santé, etc. La proportion du personnel administratif par rapport au professionnel de santé est reprise sur le graphique suivant :

Figure 17 : Proportion du personnel administrative (en rouge) par rapport au professionnel de santé (en bleu) dans le secteur public, RDC 2009.



Source : direction des ressources humaines du Ministère de la Santé Publique

141. On note que dans la plupart des provinces (9 sur 11), la proportion du personnel administratif dans l'ensemble du personnel de l'administration de la santé va au delà de la norme (1 personnel administratif pour 3 professionnels de santé). Dans les provinces comme le Katanga et l'Equateur, il y a presque autant de professionnel de santé que d'administratif dans le secteur.

142. **L'absence criante d'un système de formation continue pour gérer efficacement les activités de formation en cours d'emploi.** Ceci se caractérise par le manque d'une stratégie sous sectorielle en la matière, d'un Plan National de formation continue, de l'absence d'une programmation cohérente des activités de formation, des normes et directives claires pour réguler le domaine. L'inexistence d'un observatoire sur la qualité des formations et des personnels formés traduit l'incoordination observée et l'absence d'un feed back aux institutions de formation de base pour améliorer les programmes d'enseignement et la qualité des diplômés par rapport aux besoins de soins de santé de la population congolaise.

143. Globalement, cette situation déplorable en matière de gestion des RHS se justifie par l'absence d'une stratégie sous sectorielle en la matière et d'un Plan National de Développement des RHS (PNDRHS) assorti des plans de formation, de recrutement, d'allocation/affectation, et de carrière.

Problèmes prioritaires :

1. **La surproduction RHS du niveau secondaire et universitaire** (infirmiers et médecins) menace l'organisation des services de santé du fait d'une part de la qualité du personnel formé qui n'est pas garantie et, d'autre part du fait que le personnel en surplus. Elle est en partie responsable de l'ouverture anarchique des formations sanitaires privées de premier contact dont le nombre est de fois largement supérieur aux normes.
2. **L'instabilité des RHS est devenue inquiétante.** Elle menace l'offre et la qualité des soins et entretient l'inégalité dans la répartition de ces dernières entre provinces et dans une même province entre le milieu urbain et rural.
3. **La gestion des carrières des RHS est déficiente.** Les besoins en RHS ne sont pas connus ni pour le court, ni pour le moyen terme. Il y a inadéquation entre les postes et les profils des personnes. Dans plusieurs formations médicales existent de la pléthore du personnel du fait que la fonction publique a arrêté la mise en retraite du personnel pendant plusieurs années.
4. **Le système de formation continue est déficitaire.** Il y manque les documents normatifs et les outils de suivi et évaluation. Les formations sélectives selon les besoins des programmes spécialisés menacent la mise en place des services de santé qui offrent des soins de santé de qualité (globaux, continus, intégrés, efficaces, etc.).
5. **Le non respect des procédures de la Fonction Publique et la non rationalisation des RHS**

144. **Forces et opportunités.** Dans le domaine du développement des ressources humaines pour la santé, on note un certains nombre des forces et d'opportunités sur lesquelles on peut bâtir l'avenir. Parmi les forces, on peut citer la quantité des RHS. Parmi les opportunités on peut citer l'assainissement en cours d'exécution dans le secteur de l'enseignement supérieur et universitaire

4.3.3. Problèmes liés aux médicaments et intrants spécifiques

145. Le médicament, un maillon essentiel du développement du système de Santé, connaît des problèmes de la définition de besoins du pays en médicaments, de la fragmentation des approvisionnements et de la distribution, de la disponibilité des médicaments essentiels et intrants

spécifiques dans les formations sanitaires, d'accessibilité (économique et géographique) pour la population à cause de multiples taxes sur le médicament considéré comme objet commercial plutôt que social, de la qualité par manque d'un système rigoureux de contrôle de qualité, de la gestion et de l'utilisation rationnelle par les prestataires à cause de l'insuffisance de renforcement des capacités de prestataires affaiblissant ainsi le système de santé en RDC. Pour faire face à cette situation, il a été mis en place le Système National d'Approvisionnement en Médicaments, SNAME en sigle, lequel n'intègre pas le système privé.

146. **Description du SNAME.** Le SNAME est mis en place en 2002. Il 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 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.

147. Le SNAME se présente comme une structure éclatée, différente de la structure pyramidale. Cet ensemble est cohérent au vu de la taille du pays, des contraintes géographiques et de la population sur le territoire national. L'autonomisation des différentes entités sous la forme d'ASBL est une bonne alternative. Les centrales d'achats des grands magasins (dotés d'une logistique appropriée) et certaines agences des Nations Unies sont des exemples réels de cette organisation. Une structure spécialisée chargée de la qualification a été créée. Les autorités chargées de la réglementation et de la régulation jouent un grand rôle. En effet, la Commission d'Analyse Technique des Offres (CATO) est constituée des représentants du MSP (DPM et PNAM), du Conseil d'Administration (CA) et des CDR. Le représentant du MSP en assure la présidence. Une assistance technique à long terme aide au renforcement des capacités.

148. En 2005-2006, les principaux bailleurs de fonds ont validé les procédures de présélection et d'appels d'offres mises en place par la FEDECAME. Les structures du SNAME se professionnalisent. Deux pôles d'acquisition des médicaments appelés bureau de coordination d'achat de la FEDECAME ont été créés. Il s'agit du pôle Ouest : BCAF FEDECAME, du pôle Est ; BCAF ASRAMES. Pour couvrir le territoire national, il reste à créer le pôle d'ARIWARA dans la province Orientale et le pôle du TANGANIKA dans la province du Katanga Nord. La capacité de stockage du BCAF de Kinshasa s'est améliorée à la suite de l'attribution par l'état des bâtiments dans la concession LAPHAKI.

149. Les importations sont exonérées des taxes fiscales et douanières mais non des taxes administratives. En plus, la révision de la convention Etat-FEDECAME est en cours. Le BCAF a une stratégie d'achats à long terme (marché-cadre 3 ans, un stock stratégique) et une ligne d'approvisionnement cohérente (planification des commandes et livraisons).

150. Les principaux problèmes liés au médicament sont : (i) la non fixation des besoins du pays en médicaments, (ii) l'absence d'appropriation du SNAME par le Gouvernement, (iii) l'existence des circuits d'approvisionnement autre que celui du SNAME et qui drainent l'essentiel des ressources financières destinées au médicament, (iv) la faiblesse de la production locale du médicament, (v) l'insuffisance de régulation dans le secteur pharmaceutique, la faible disponibilité du médicament dans les formations sanitaires.

151. **La coexistence de plusieurs systèmes parallèles rend complexe le circuit d'approvisionnement et de distribution de 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 un réel plan d'appui du niveau intermédiaire (DPS) et périphérique (ZS) 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 pas 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 des CDR qu'ils appuient. Par ailleurs, l'absence d'une structure et d'un mécanisme de coordination entre le Ministère de la Santé et les partenaires ne permet pas une élaboration optimale du Plan National d'Approvisionnement en fonction des besoins.

152. 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 le 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 extérieures uniquement. L'absence de l'adoption du SNAME par le Conseil des Ministres pourrait expliquer cette situation. En plus, le système de distribution utilisé par le Gouvernement pour acheminer les médicaments qu'il commande vers les formations sanitaires (généralement sous forme de dons), n'offre aucune possibilité de rationalisation de l'utilisation des médicaments et de pérennisation du système.

153. 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 destinée à l'achat des médicaments et intrants spécifiques. A titre d'exemple, dans les 656 000 000 USD destinés à la lutte contre le VIH/SIDA et le Paludisme mobilisés au 8^{ième} Round du Fonds Mondial, 53%, soit 346 000 000 USD sont destinés à l'approvisionnement (produits pharmaceutiques et équipements médicaux). Ce montant est 20 fois supérieures au chiffre d'affaire de la FEDECAME estimé à 16 000 000 USD, toutes CDR confondues ! En plus, il s'agit là d'un seul Round du Fonds Mondial. La RDC a mobilisé depuis le 3^{ième} Round du Fonds Mondial jusqu'au 9^{ième} plus d'un milliard de USD sur 6 ans ! Cette situation entretient la faiblesse du SNAME du fait qu'il est privé des ressources qui devraient contribuer largement au renforcement des capacités de CDR, à prendre en charge leur frais d'exploitation, ce qu'elles ne sont pas encore en mesure de faire en dehors d'ASRAMES dans le Nord Kivu.

154. 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.

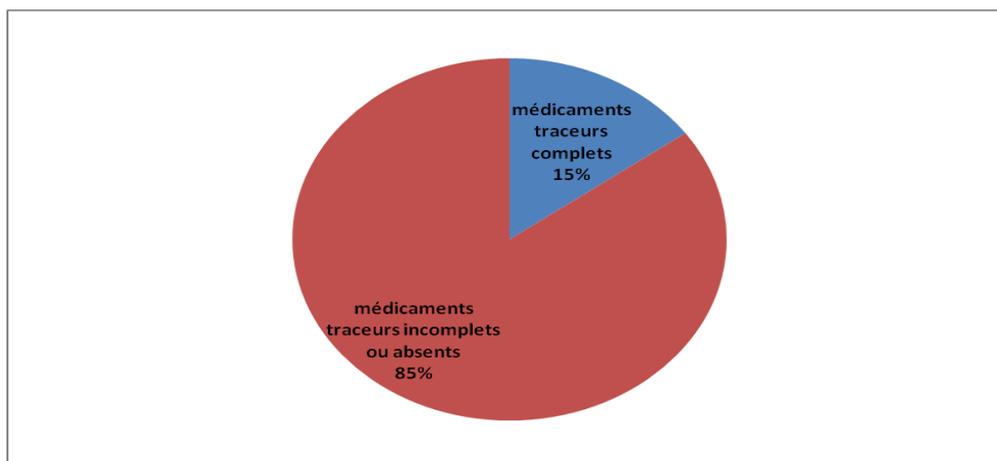
155. Insuffisance de régulation dans le secteur pharmaceutique. La régulation du secteur pharmaceutique congolais pose d'énormes problèmes. Les lacunes importantes sur les autorisations de mise sur les marchés et d'importations à cause de non respect des procédures et de la préparation des dossiers techniques fiables, les établissements pharmaceutiques (détaillants) fonctionnent illégalement pour la plupart et de façon anarchique, sans suivi ni contrôle de qualité de prestations. La plupart d'importateurs et grossistes privés sont hors des règles de Bonnes Pratiques Pharmaceutiques (BPF). La qualité des médicaments entrant et circulant dans le pays est douteuse, et les laboratoires de contrôle de qualité sont sous équipés mais également de l'insuffisance du personnel compétent pour le contrôle de qualité. La prescription et la dispensation sans norme claire définie 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 de 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.

156. **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 l'insuffisance du financement destiné au médicament laquelle est liée à la fragmentation de financements (internes et externes pour le public et le privé), mais aussi à l'absence de l'opposabilité de l'approvisionnement en MEG des formations sanitaires à travers le SNAME. En effet, les différents circuits d'approvisionnement en médicaments qui existent notamment dans le secteur privé, rendent disponibles des 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 plus intéressés par cette question des prix que par la qualité du médicament.

157. 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 structures, soit 15% disposaient au moment de l'enquête de tous les médicaments traceurs retenus comme le montre la figure suivante :

Figure 18 : Disponibilité des médicaments traceurs dans les structures faisant fonction d'HGR.



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

158. 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, la mauvaise gestion des péremptions, la commercialisation illicite (« les pharmacies de poche et de tiroir ») qui entravent la disponibilité.

159. 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.

Problèmes prioritaires :

1. **La coexistence de plusieurs circuits d'approvisionnement et de distribution de médicaments** aux côtés du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques rend l'approvisionnement et la distribution très complexe ;
2. **La non validation et adoption du dossier SNAME par le Conseil des Ministres fait le Gouvernement ne s'est pas encore approprié le SNAME qui a été institué par le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires. Les médicaments achetés sur financement public utilise** autre circuit que celui du SNAME qui n'est pas opposable aux opérateurs pharmaceutiques;;
3. **La part la plus importante des ressources extérieures destinées au médicament a mis en place un circuit différent de celui du SNAME.** Les ressources Fonds Mondial, PEPFAR, etc. destinées au médicament et intrants spécifiques représentent plus de 20 voire 30 fois le chiffre d'affaire de la FEDECAME. Ces ressources ne passent pas par le SNAME, ce qui contribue à affaiblir celui-ci.
4. **La production locale est faible, environ 10% des médicaments consommés en RDC.**
5. **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 de la FEDECAME, et d'autre part, à la baisse constante du chiffre d'affaire due à la non fidélisation des formations sanitaires qui préfèrent des médicaments moins chers quelle que soit leur qualité. L'insuffisance de régulation du secteur pharmaceutique contribue à alimenter cette question.
6. **L'accessibilité financière des populations aux médicaments de qualité n'est pas garantie** du fait de la pauvreté (plus de 70% des congolais vivent avec moins d' 1 USD par jour) et de l'absence de mécanismes de partage de risque.
7. **L'inexistence de la définition de besoins du pays en médicaments favorise la non maîtrise du secteur par le Gouvernement.**

4.3.4. Problèmes liés au financement de la santé

160. Le financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur 4 sources comprenant des ressources financières domestiques (budget de l'Etat provenant du Gouvernement central et Provincial/ou des Entités territoriales Décentralisées), du financement communautaire (paiement directe des ménages et la participation communautaire), du financement privé (lucratif ou non lucratif), des ressources financières qui provisionnent de l'aide internationale, des fonds spéciaux et des mutuelles.

161. Après la décennie 80, malgré le déclin général du financement public, le système a fonctionné assez valablement jusqu'au début des années nonante (quatre-vingt-dix), période à partir de laquelle, le pays a connu des crises multiformes, provoquant une compression drastique des financements publics. Le financement extérieur et les recettes du recouvrement des coûts ont permis le maintien d'une offre minimale des services de santé, mais de faible qualité.

162. Cette situation de désengagement de l'Etat dans le financement du secteur de la santé depuis 1987 a conduit à la perte progressive du leadership de l'Etat. C'est à partir de l'année 2000 que l'on commence à noter quelques changements dans la part du budget de l'Etat alloué à la santé. Mais ces allocations sont demeurées insuffisantes par rapport aux besoins réels et aux engagements internationaux.

163. **Budget de l'Etat consacré à la santé.** Les problèmes que pose le budget de l'Etat consacré à la Santé sont de quatre ordres. Il s'agit de : (i) ce budget reste faible par rapport aux besoins et aux engagements internationaux, son taux d'exécution est également faible, (ii) son affectation ne prend pas toujours en compte les priorités du secteur. En effet, le budget de l'Etat consacré à la santé est affecté en dehors de tout processus de priorisation dans le secteur. La Zone de Santé par exemple, unité opérationnelle de la politique nationale de la santé n'est toujours pas prise en compte dans le budget de l'Etat consacré à la santé, (iii) le Ministère de la Santé n'est pas associé dans la fixation des enveloppes, l'élaboration du plan d'engagement ainsi que du plan de trésorerie. Ces documents lui sont communiqués par le Ministère du Budget qui en a la prérogative conformément aux textes fixant les attributions des Ministères, (iv) la passation des marchés publics étant centralisée à la Commission d'adjudication qui siège au Ministère du Budget, le Ministère de la Santé éprouve des difficultés pour assurer la qualité des biens et services qui sont acquis sur fonds domestiques d'une part et, d'autre part, il subit de façon passive des répercussions liées à de longues procédures sur lesquelles il n'a aucun pouvoir.

164. **Le budget de l'Etat consacré à la Santé comme pourcentage du budget global du Gouvernement.** Le tableau suivant montre le budget global de l'Etat, sa part consacrée à la santé et leur taux de décaissement entre 1998 et 2009.

Tableau 5 : Budget de l'Etat et Budget de la Santé de 1998 à 2009 (en USD)

Année	Budget Global			Budget Santé			
	Budget global	Exécution budget global	Taux d'exécution	Budget Santé	Exécution budget santé	Taux budget alloué à la Santé	Taux d'exécution budget Santé
1998	680 848 463	572 001 443	84,01%	12 304 616	10 967 616	1,81%	89%
1999	739 692 508	739 692 508	100,00%	12 523 433	12 523 433	1,69%	100%
2000	1 108 269 326	1 025 704 800	92,55%	10 469 422	1 782 044	0,94%	17%
2001	328 830 688	498 628 088	151,64%	10 978 871	3 600 861	3,34%	33%
2002	580 188 092	527 957 268	91,00%	4 725 654	944 010	0,81%	20%
2003	905 342 872	709 608 221	78,38%	23 911 701	22 768 880	2,64%	95%
2004	1 168 244 552	2 545 087	0,22%	84 175 668	22 653 576	7,21%	27%
2005	1 791 487 613	1 375 620 715	76,79%	79 858 697	51 219 329	4,46%	64%
2006	2 178 731 940	1 397 559 718	64,15%	96 019 449	45 198 481	4,41%	47%
2007	2 446 981 439	1 625 249 346	66,42%	88 589 100	96 407 247	3,62%	109%
2008	3 562 830 326	2 762 935 307	77,55%	107 581 930	107 235 491	3,02%	100%
2009	4 995 544 984	2 783 606 796	55,72%	264 049 473	390 917 761	5,29%	148%

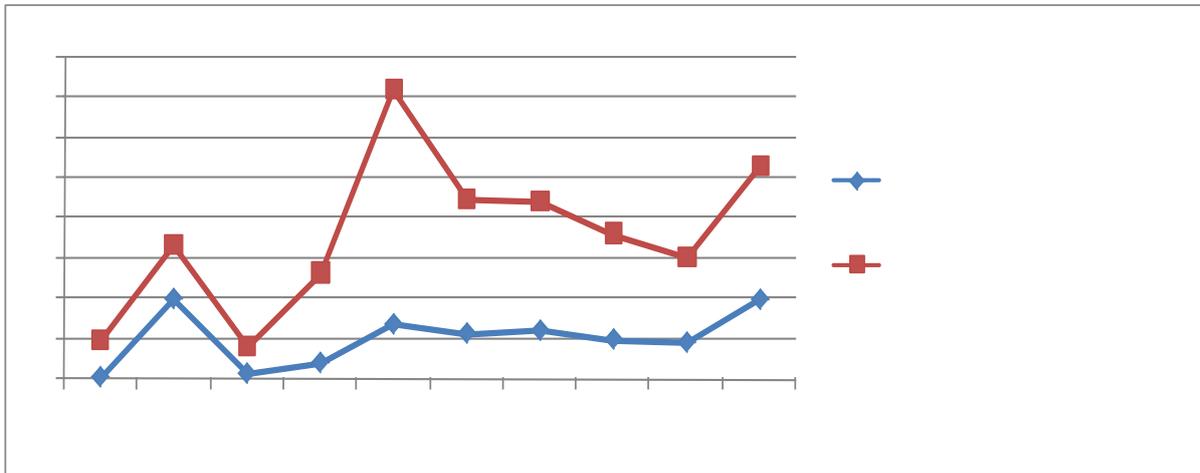
Source : DPSB, Ministère du budget et DEP, Ministère de la Santé.

165. On note sur ce tableau que l'enveloppe du budget de l'Etat consacré à la santé a constamment évolué en valeur absolue, passant de 12 304 616 USD en 1998 à 264 049 473 917 761 USD en 2009. Cependant, en pourcentage du budget global de l'Etat, il est resté inférieur aux engagements internationaux notamment ceux d'Abuja (15% du budget de l'Etat doivent être consacrés à la santé). Le pourcentage le plus élevé du budget de l'Etat consacré à la santé a été enregistré en 2004 (7.21%).

166. En pourcentage du PIB, le niveau des dépenses publiques de santé est passé de 0,39% en 2000 à 1,99% en 2009 tout en restant inférieur à 2% sur l'ensemble de la période considérée.

Toutefois ces dépenses ont évoluées proportionnellement à la part du budget de l'Etat alloué à la santé pour la même période tel que le montre la figure ci-dessous.

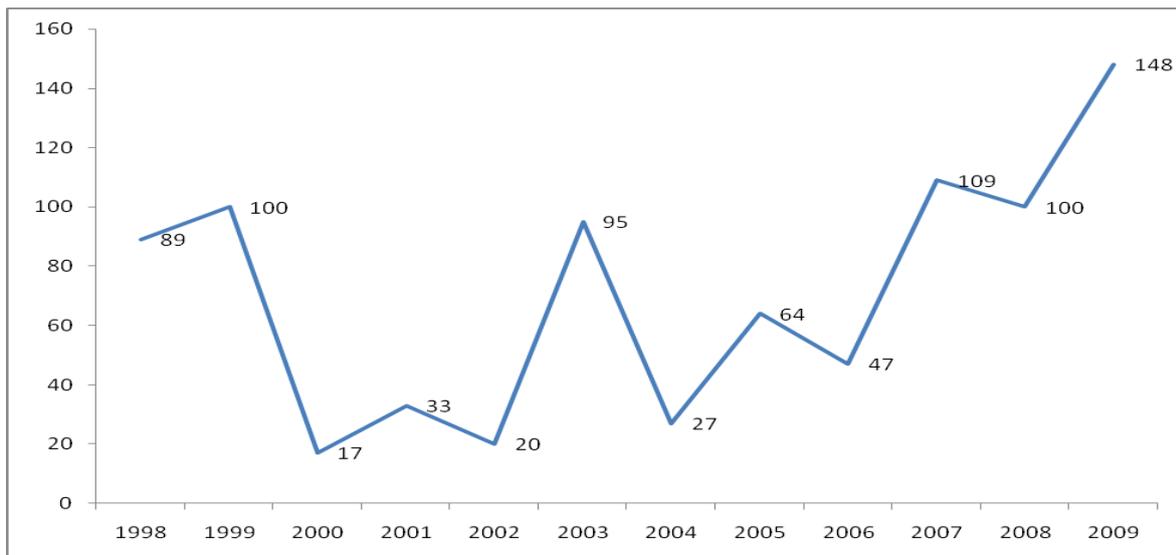
Figure 19 : Evolution comparée du budget de la Santé en % du PIB et du % du budget de l'Etat alloué à la Santé de 2000 à 2009



Source : DPSB, Ministère du Budget et DEP, Ministère de la Santé

167. Le taux d'exécution du budget de la santé est en moyenne de 70% au cours de la période 1998 à 2009 avec une performance exceptionnelle observée au cours des trois dernières années. En effet, au cours de ces trois dernières années, on note que le taux d'exécution du budget de l'Etat consacré à la santé est soit égal ou supérieurs à 100%. Ce taux d'exécution supérieur au budget alloué est la résultante des dépassements liés aux dépenses relatives aux équipements, aux urgences (épidémies) et catastrophes et, évidemment, aux réajustements en cours d'exercice budgétaire de la rémunération du personnel (salaires et primes). Le graphique suivant montre l'évolution du taux d'exécution du budget de l'Etat consacré à la santé entre 1998 et 2009. On constate que ce taux a évolué en dents de scie d'une année à une autre.

Figure 20 : Taux d'exécution du budget de l'Etat consacré à la Santé entre 1998 et 2009 (en%)



Source : DPSB / Chaîne des dépenses, Ministère du Budget et DEP, Ministère de la Santé.

168. Le processus budgétaire a peu de crédibilité dans les provinces, depuis son élaboration jusqu'à son exécution. A part les fonds de rémunération qui sont transférés vers les provinces, les décisions concernant l'exécution des autres dépenses (principalement les fournitures, équipements, construction ou en réfection des bâtiments) sont prises à Kinshasa, en dépit de l'existence des gouvernements provinciaux. Très peu de fonds destinés au fonctionnement sont transférés aux provinces. Les informations sur le budget et son exécution ne sont pas généralement communiquées aux provinces, encore moins aux districts et aux zones de santé⁸.

169. La répartition géographique du budget est nettement en faveur de Kinshasa. Les données sur le budget du secteur de la santé de 2002 montrent que 10-20 cents USD par habitant sont alloués aux provinces, à comparer avec 1 USD par habitant pour la ville de Kinshasa. En ce qui concerne les dépenses réelles : 60% à 65% du montant des salaires (budget exécuté) sont dépensés à Kinshasa où vit environ 10% de l'ensemble de la population congolaise, tandis que 35% à 40% sont destinés au personnel en provinces. En 2005, 17 % de l'enveloppe budgétaire allouée aux dépenses de fonctionnement des administrations de santé des provinces et des districts a été engagé, tandis qu'en 2006, le taux d'exécution a été de 3 %. A titre illustratif, dans l'Équateur, les montants de fonctionnement reçus se chiffraient à 3000 USD en 2005 et à 1500 USD en 2006. Tandis qu'au Katanga, ces montants s'élevaient à 4220 USD en 2005 et à 1400 USD en 2006⁹. Le résultat final est que les administrations provinciales de la santé n'ont aucune motivation pour participer au processus d'élaboration du budget national.

170. Ces problèmes affectent de manière significative l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité à tous les niveaux entraînant le délabrement des infrastructures et des équipements, la démotivation du personnel, la commercialisation des soins de santé, la rupture fréquente des stocks en médicaments essentiels, la faible utilisation des services curatifs et l'exclusion de la majeure partie des congolais des services et soins de santé.

171. 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 à la réalisation 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.

172. Ce système « de survie » est également alimenté par toute une série de canaux comprenant notamment toutes sortes d'autorisations de fonctionnement ou d'ouverture des structures de santé privées, les amendes et taxes,...etc. Un privé à but lucratif non régulé s'est ainsi 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).

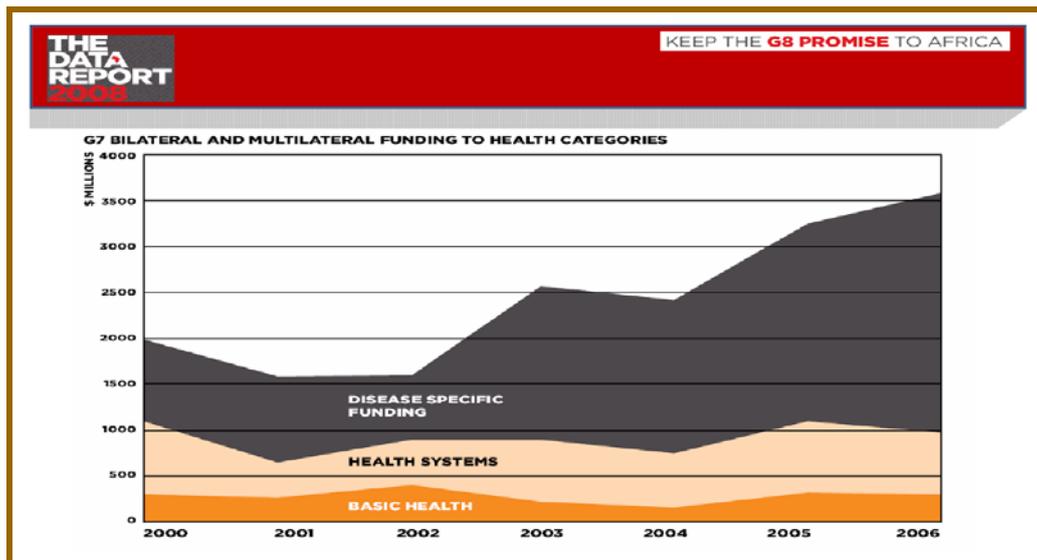
173. **L'aide internationale consacrée à la santé.** L'aide extérieure consacrée à la santé sous forme de projets constitue le mode de financement extérieur. Cette aide a certes augmenté depuis 2001, mais elle est en grande partie destinée à la lutte sélective contre la maladie. C'est le cas de tout le financement qui provient du Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, le VIH/SIDA et la

⁸ Ministère de la Santé Publique et Banque Mondiale, Revue des dépenses publiques, 2007

⁹ Ministère de la Santé Publique et Banque Mondiale, Revue des dépenses publiques, 2007

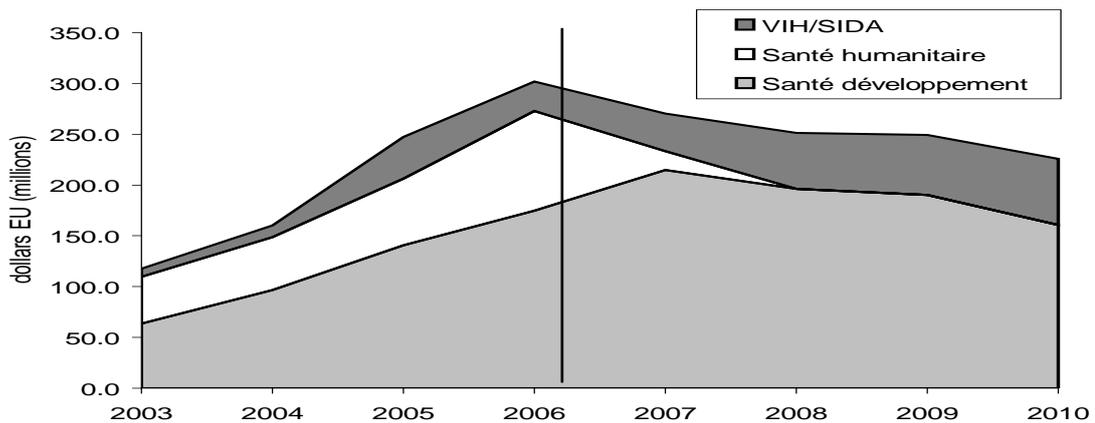
Tuberculose et d'autres initiatives mondiales de santé. Le fait que ces ressources destinées à la lutte sélective contre la maladie aient été pratiquement les seules disponibles dans le secteur de la santé au lendemain de la redéfinition de la politique nationale de santé, a certainement contribué à 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 la mise en place des services de santé basés sur la satisfaction des besoins des bailleurs en terme d'évolution des indicateurs des programmes spécialisés en lieu et place des services de santé centrés sur l'homme. La figure suivante montre l'évolution de l'aide internationale mise à la disposition de l'Afrique par les pays industrialisés entre 2000 et 2006.

Figure 21 : Evolution de l'aide internationale consacrée à la Santé entre 2000 et 2006



174. On note que l'aide destinée aux services de santé de base est restée constante alors que celle destinées à la lutte sélective contre la maladie a plus que doublé. 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 faiblesse du leadership du MSP sur le secteur, la multiplication des directions et des programmes spécialisés, la montée en puissance des programmes spécialisés dont la prise d'initiatives et de décisions outrepassent leurs champs de compétences, la fragmentation et la verticalisation des prestations au niveau périphérique, l'existence des structures parallèles de mise en œuvre, la concentration de ressources dans les agences partenaires, la multiplication des agences d'exécution et des assistants techniques placés en dehors des services bénéficiaires, etc. La Conséquence est l'augmentation des coûts des opérations et de frais de gestion.

Figure 22 : Estimation et projection de l'appui des bailleurs de fonds internationaux aux programmes de santé et de lutte contre le VIH/SIDA, 2003-2010



Source : Revue des dépenses publiques, 2007

175. 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.

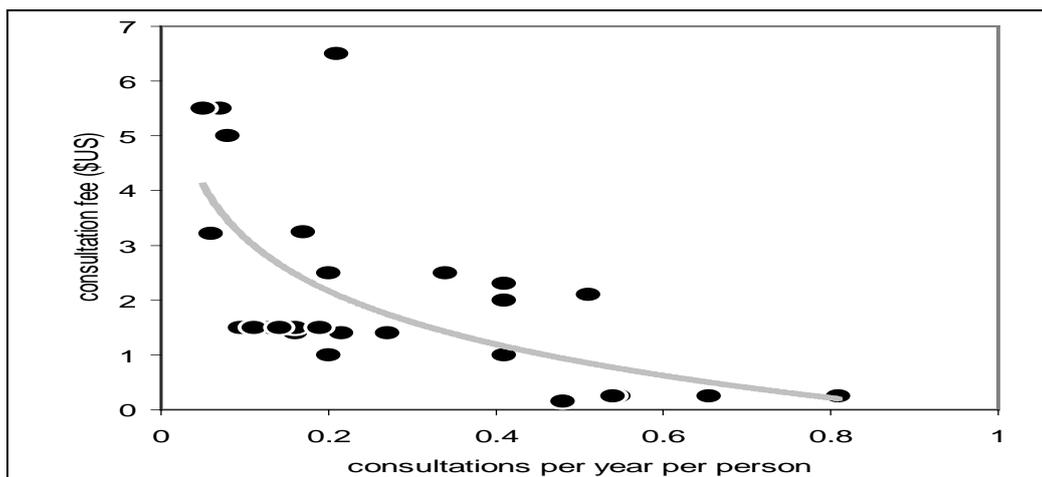
176. Il est à noter cependant que la plupart des financements internationaux alloués au secteur de la santé en RDC ont un caractère extrabudgétaire, avec un faible alignement et peu d'harmonisation. Il s'agit d'un financement par voie de projet dont le montage institutionnel n'a pas d'ancrage avec les services qui ont un impact sur la mise en œuvre des projets. Si à Kinshasa, les bailleurs se réunissent pour partager leurs expériences dans les appuis apportés au secteur de la santé sur le terrain, il existe tout de même une faible coordination des différents intervenants par le gouvernement.

177. Pour arriver progressivement à l'alignement des ressources extérieures aux besoins réels du pays, l'Agenda de Kinshasa issu du Forum National de Haut niveau sur l'Efficacité de l'Aide a recommandé : i) de renforcer les pratiques d'une gestion saine et transparente, ii) de renforcer les mécanismes de coordination et de suivi de l'Aide à travers le Comité National de Pilotage et la Plate forme de Gestion de l'Aide et des Investissements (PGAI), iii) de mettre en place une Cellule d'Appui et de Gestion (CAG) pour une meilleure gouvernance des ressources du secteur, iv) d'élaborer un plan national de développement sanitaire; v) d'évoluer progressivement vers un appui budgétaire, vi) disposer d'un manuel harmonisé des procédures de gestion applicables aux financements du secteur, et enfin (vii) de respecter scrupuleusement les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Depuis l'adoption de la SRSS en 2006, le Ministère de la Santé Publique travaille déjà sur la réforme du financement du secteur. Ceci est conforme aux résolutions issues du Forum ci-haut évoqué.

178. **Le financement communautaire.** Au début des années 1990, avec la compression drastique des financements publics et l'arrêt presque complet de l'aide internationale à la suite de la rupture de la coopération structurelle avec les institutions de Bretton Woods, les ménages étaient amenés à supporter la quasi-totalité de la charge financière des services de santé. Ce mode de paiement direct par les ménages au lieu où sont administrés les soins, constitue un important obstacle financier à l'accès aux soins par les couches les plus pauvres de la population et a entraîné une baisse du taux d'utilisation des services curatifs passant de 0,60 contacts par habitant et par an pendant les années 80 à 0,15 (0.07 – 0.42) contacts pendant les années 1990 à 2000 (Banque mondiale, 2005). Le paiement direct entre ainsi en conflit avec l'une des caractéristiques des soins de santé primaires à savoir : l'équité en matière des soins.

La revue des dépenses publiques réalisée en 2008, a démontré que le paiement direct par les ménages a un impact réel sur l'utilisation de ceux-ci comme le montre la figure suivante :

Figure 23 : Taux d'utilisation des services de santé en fonction du coût de la consultation



Source : revue des dépenses publiques, 2008

179. 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'École 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.

180. Des études sur l'accessibilité des ménages aux soins de santé indiquent qu'en moyenne les ménages paient environ 7 USD par personne et par an¹⁰. Les recettes issues des formations sanitaires, sont utilisées en application de l'ordonnance n°DSASS/1250/004/82 et de l'arrêté de 1987 autorisant l'utilisation à la source des recettes recouvrées par les formations hospitalières.

181. Cette utilisation locale des recettes n'est pas accompagnée des mesures d'encadrement (utilisation des outils de gestion, suivi, contrôle, audit et inspection des fonds, obligation de recevabilité). Il convient d'envisager la révision de ces arrêtés pour tenir compte du fait qu'actuellement le Trésor Public fait des efforts pour améliorer le niveau de rémunération du secteur de la santé.

182. Les apports en nature de la communauté comme contribution à la participation aux coûts des services de santé, ne sont ni valorisés ni documentés. Cependant, il est important d'indiquer que des mécanismes d'implication de la communauté à la gestion du système de santé existent. Toutefois, les organes de gestion de formations sanitaires sont très peu fonctionnels dans la majorité des cas. Dans certains milieux ruraux, le faible encadrement des efforts de la communauté a parfois entraîné une prolifération des structures qui ne répondent pas aux normes de fonctionnalité d'un CS ou d'un HGR.

183. Cependant, comme mécanisme essentiel pour atteindre les objectifs d'équité, le prépaiement connaît un développement assez mitigé avec toutefois des initiatives encourageantes. En effet, on dénombre 39 initiatives mutualistes dans toutes les provinces du pays avec environ 300.000 membres. Cet effectif peut sembler insuffisant en termes de couverture mais, il est très significatif quand on considère le taux de pénétration par rapport aux zones de rayonnement. En effet, on note des taux de pénétration allant de 4 à 16% par rapport aux zones d'action des mutuelles

¹⁰ MSP et Banque Mondiale, Revue des Dépenses Publiques de Santé, Annexe 5, Février 2008

de santé. Bien que des mutuelles de santé existent et permettent à leurs membres d'accéder aux soins, celles-ci travaillent sans appui ni réelle politique nationale en la matière. En outre, les initiatives n'échangent presque pas d'expérience les unes avec les autres et sont très dépendantes de stratégies externes (bailleurs et partenaires techniques).

184. En vue de développer la couverture des mutuelles, les services offerts et de renforcer leur cohérence, il est nécessaire de réfléchir à l'articulation des mutuelles avec les autres mécanismes de financement existants (Fonds d'Achat des Services de Santé, Fonds d'équité).

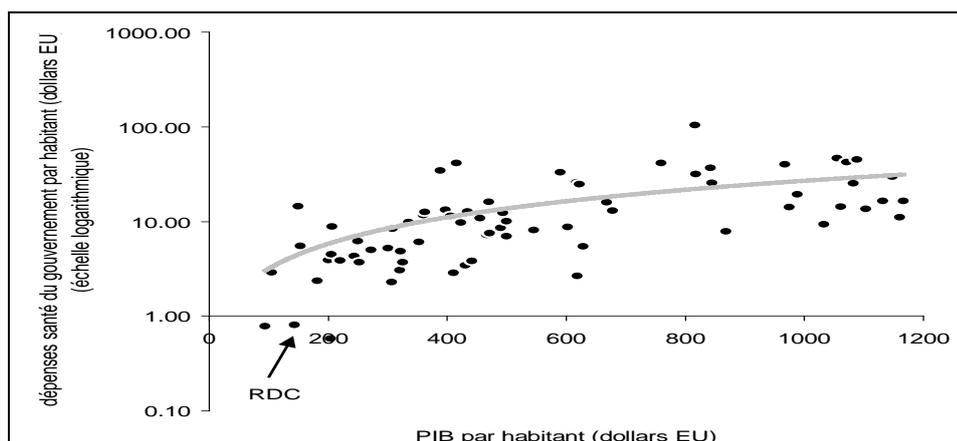
185. Pour alléger la charge des ménages dans les soins de santé, des initiatives de partage des risques doivent être envisagées. Des expériences encourageantes existent en la matière dans le pays. On pourrait citer par exemple les mutuelles de santé (Bwamanda, Sud Kivu, Kisantu), le Fonds d'Achat des services, le Fonds d'équité (à travers le FASS), le FDSS orienté vers l'appui de la fonction de « régulation », le Régime général de protection sociale (fonctionnaires de l'Etat), le Régime spécifique de protection sociale (INSS, volet risque maladie), le Fonds d'Equité à Katana, l'assurance maladie de type privée, etc.

186. **Le financent privé.** Le secteur privé lucratif et non lucratif a toujours été un partenaire traditionnel de l'Etat dans l'offre des soins. Sa contribution est sans doute importante, même si elle n'est pas bien connue. A titre d'exemple, le privé lucratif, non lucratif et les entreprises détiennent 40% d'HGR des ZS du pays.

187. Le secteur privé à but lucratif s'est considérablement développé dans les villes bien que la hauteur de sa contribution au financement de la santé reste méconnue. Et pourtant, le financement des services de santé par les entreprises, particulièrement les entreprises publiques, demeure encore important. En 1989, la contribution des entreprises paraétatiques au financement du secteur était estimée à 142 millions USD.

188. 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. La figure suivante les dépenses de santé par habitant et par an des pays à produit intérieur brut inférieur à 1200 USD par habitant et par an.

Figure 24: Dépenses publiques de santé par habitant et par an parmi les pays avec PIB par habitant inférieur à 1200 USD



Source : Ministère de la santé, revue des dépenses publiques, 2008

189. **Le costing et la planification des ressources.** Une étude des coûts du paquet minimum d'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, le coût du PMA se situe 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.

190. Pour un Hôpital Général de Référence (HGR), qui assure un PCA complet y compris le VIH/SIDA et la trypanosomiase humaine africaine (THA), le coût se situe 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.

191. Le travail de costing et la planification des ressources devront se poursuivre pour déterminer les coûts de l'hôpital provincial, des services d'appui à la DPS, de l'hôpital tertiaire et de l'administration du niveau central. Ce travail sera une activité de ce PNDS. Cependant, des estimations des coûts pour ces différents services se feront dans l'entre temps sur base des données empiriques qui seront actualisées au vu des résultats de l'étude.

Problèmes prioritaires :

- 1. Le budget de l'Etat consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux engagements des chefs d'Etat à Abuja (15%).** Dans la plupart des cas, il est inférieur à 5% du budget global de l'Etat et son taux de décaissement est en moyenne de 70% (exercice 2008 et 2009). Son affectation ne tient pas compte des priorités du secteur.
- 2. L'aide internationale consacrée à la santé reste fragmentée.** Cette fragmentation de l'aide dans un contexte marqué par le désengagement de l'Etat a conduit à celle des prestations mettant ainsi à rude épreuve le caractère global, continu, intégré des soins de santé primaires dans les ZS. En plus cette aide a contribué à mettre en place de multiples unités de gestion et comités de pilotage. Les coûts de transaction sont très importants, celui de l'Assistance Technique avoisine 39% dans certains projets et la coordination des interventions est très complexe.
- 3. Les ressources financières qui proviennent de la communauté par la tarification ne sont pas encadrées.** Elles constituent dans la plupart des cas les seules ressources qui font fonctionner les formations sanitaires. Là où existent d'autres sources de financement, la contribution de la communauté est la principale source de financement des charges récurrentes des formations sanitaires.
- 4. Le paiement direct au lieu où les soins de santé sont offerts est contraire aux principes de couverture universelle chère aux soins de santé primaires.** Près des ¾ des usagers sont exclus des services des soins formels du fait de la pauvreté. On note par ailleurs des expériences pilotes de partage de risque dans certaines provinces qui méritent d'être encadrées et documentées.
- 5. Il existe très peu d'informations sur la contribution du secteur privé lucratif et non lucratif au financement de la santé (confessions religieuses, les entreprises et le privé lucratif).** Ces ressources sont de toute évidence importantes du fait que ce secteur détient 40% des services hospitaliers au niveau des ZS et sans doute plus au niveau du premier contact avec la communauté (Centres de Santé, postes de santé, dispensaires, etc.). en 1989, les

entreprises paraétatiques avaient dépensé pour leurs services de santé 142 millions UDS !

4.3.5. Problèmes liés à la gestion de l'information sanitaire

192. **Présentation du système national d'information sanitaire.** Le cadre normatif du SNIS (Déclaration de politique et Arrêtés ministériels) définit le Système National d'Information Sanitaire, SNIS en sigle, comme un ensemble organisé de structures, d'institutions, de personnels, de méthodes, d'outils et d'équipement permettant de fournir de l'information nécessaire à la prise de décision, à l'action, à la gestion des programmes sanitaires et des systèmes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : central, intermédiaire et périphérique. Ce cadre normatif consacre le rôle normatif, régulateur et d'appui technique du niveau central et le rôle de maître d'œuvre du niveau intermédiaire. Il définit 12 sous systèmes ou composantes qui toutes concourent à la même mission. Les mêmes principes président à la mise en place et au développement de toutes les composantes.

193. A ce jour, le SNIS Soins de Santé Primaires (SNIS SSP) est la seule composante qui est réglementée. Ses outils de collecte de données, de transmission et d'analyse (GESIS) ont été adaptés dans 9 provinces (les deux autres sont en cours d'intégration avant la fin de l'année 2010), et ces 9 provinces disposent d'un pool de formateurs provinciaux. La complétude s'y est améliorée ainsi que la qualité des données. La surveillance épidémiologique quant à elle n'a pas de texte réglementaire et fonctionne relativement moins bien car les flambées épidémiques sont détectées en retard et les ripostes sont organisées souvent au décours des épidémies.

194. La composante suivi et évaluation des programmes dispose d'outils et fonctionne de façon plus ou moins correcte pour certains programmes (PEV, PNL/T, PLNP, PNLS, ...) mais toujours sans articulation entre eux, ni avec la composante SNIS SSP par manque d'une structure de coordination. La composante sur les médicaments est fonctionnelle jusqu'au niveau des CDR et la transmission des données est informatisée. Dans le cadre de la complémentarité, les données sur les médicaments sont intégrées dans le SNIS SSP mais les données sur les grossistes, les officines, les producteurs...n'existent pas.

195. La composante Comptes Nationaux existe sous forme d'un projet d'appui mais sans trop de liens avec le reste des composantes. La composante Gestion administrative avec les ressources humaines a défini des indicateurs et un outil de collecte au cours de l'atelier sur l'élaboration de l'annuaire de ressources humaines, mais n'est pas encore fonctionnelle de façon routinière. La composante Enseignement des Sciences de Santé a défini les indicateurs et les outils pour les états des lieux des ITM/ IEM mais n'est pas encore fonctionnelle. Toutes les autres composantes n'existent pas encore. Les principaux problèmes liés à la gestion de l'information sont : la fragmentation du SNIS, la production de l'information est insuffisante, la qualité de l'information sanitaire est insuffisante.

196. **Le SNIS est très fragmenté.** Les textes réglementant le SNIS sont dépassés sur certains points (organes de gestions partiellement en désaccord avec la SRSS, liste d'indicateurs,...). En outre, il n'y a pas de texte réglementant l'ensemble des sous systèmes du SNIS en décrivant leur complémentarité et leur articulation, ni de définition technique précise des sous systèmes.

197. Bien que la déclaration de politique prévoie un système unique, la mauvaise interprétation des textes réglementaires a favorisé la fragmentation du système d'information. Sur les 12 composantes (ou sous systèmes), cinq ne fonctionnent pas (Surveillance des déterminants, gestion administrative, établissements de recherche et médecine traditionnelle, SNIS Communautaire), une n'est pas du ressort de la santé (état civil, mouvements démographiques) et une est en cours de développement sous forme d'un programme spécialisé appuyé par un projet pour une collecte ponctuelle (Comptes nationaux de la santé). Cette situation entraîne les dysfonctionnements suivants dans le système:

- la collecte multiple et incoordonnée au niveau des prestataires qui contraint de collecter plusieurs fois la même information. Il s'en suit une surcharge de travail pour le prestataire et une duplication des données produites,
- L'analyse et la validation des données ne se fait que difficilement au niveau de la ZS, et encore plus au niveau intermédiaire où les différents bureaux fonctionnent de façon cloisonnée et où les coordinations provinciales transmettent les données à leurs directions nationales sans échange préalable avec les autres services de la Division Provinciale de la Santé (DPS),
- Certaines informations (celles concernant les MEG par exemple) sont éclatées entre différents sous systèmes et ne sont pas reconstituées au niveau central,
- L'absence d'entrepôt de données vers lequel convergerait l'ensemble des informations sanitaires au niveau central et intermédiaire contribue à affaiblir le leadership du Ministère,
- La multiplicité des centres de décisions sur l'organisation des sous systèmes favorise la prolifération des canaux de collecte de données verticaux et non coordonnés,

198. Cette fragmentation du SNIS est encore aggravée dans la composante gestion des programmes par l'apport direct au niveau des programmes spécialisés de financement pour le suivi évaluation (fragmentation des financements) qui a servi essentiellement à développer ces sous systèmes en palliant aux déficiences du SNIS de routine au lieu (i) de chercher à le renforcer et (ii) de se concentrer sur le suivi de la gestion interne des programmes (suivi des processus d'appui aux ZS dans le domaine considéré).

199. A ces problèmes, il faut ajouter la faible circulation des informations entre les différents services au niveau central et intermédiaire favorisée par leur cloisonnement, l'incoordination de la diffusion des informations, le faible fonctionnement du site Web du Ministère, l'absence de validation des enquêtes organisées et leur disponibilité dans le secteur, l'absence d'informations stratégiques au Secrétariat Général, le manque de leadership du niveau intermédiaire, la carte sanitaire embryonnaire et la faible utilisation de l'information disponible pour la planification, le suivi et l'évaluation, etc.

200. **La production des informations est insuffisante.** En effet, 7 composantes ne sont pas définies et les données ne sont pas produites. En plus pour les composantes fonctionnelles, les formations sanitaires privées qui représentent près de 70% sont peu intégrées dans le système de rapportage, et le niveau intermédiaire constitue dans la plupart de cas un goulot d'étranglement qui fait que les données n'arrivent pas suffisamment au niveau central.

201. **Par ailleurs, la qualité de l'information disponible est insuffisante.** Cette situation est due entre autre à la multiplicité des outils (souvent sans instructions claires) suite à la fragmentation créée par les programmes et certains partenaires, la non disponibilité des outils de collecte, de transmission et d'analyse dans les ZS, l'absence d'une démarche systématique d'analyse de données, de la rétro-information à tous les niveaux. , **Il y a lieu de noter les problèmes liés à l'informatisation du SNIS** qui nécessite source d'énergie, système de protection électrique et informatique, compétence du personnel, équipement informatique et de communication, maintenance du parc informatique qui restent encore faibles. Enfin, il faut noter le traitement, l'utilisation et la diffusion des informations (rapports, annuaires et bulletins qui sont produits en retard, la non fonctionnalité du site Web,...) qui sont encore insuffisants. Tous ces problèmes prioritaires évoqués ci haut entraînent des conséquences diverses tant sur la production et la qualité de l'information que sur la qualité des services de santé.

202. En conclusion, le système national d'information dans son état actuel n'est pas centré sur l'homme, le dossier du malade a tendance à disparaître au profit de multiples canevas de collecte des données mis en place sur fonds d'exigences des bailleurs et des structures du niveau central. Dans certaines ZS, le personnel de santé au niveau des CS consacre 50% à 60% de son temps à remplir les outils de collecte des données mis à disposition par le niveau central.

Problèmes prioritaires :

1. **Les textes réglementant le SNIS sont dépassés** sur certains points (organes de gestions en désaccord avec la SRSS, liste d'indicateurs,...). En outre, il n'y a pas de texte réglementant l'ensemble des sous systèmes du SNIS.
2. **La fragmentation du système d'information** qui entraîne les dysfonctionnements tels que (i) la collecte multiple et incoordonnée au niveau des prestataire ; (ii) l'insuffisance d'analyse et de validation des données ; (iii) l'éclatement de certaines informations, par exemple concernant les MEG; (iv) l'absence d'entrepôt de données vers lequel convergerait l'ensemble des informations sanitaires au niveau central et intermédiaire ; (v) la multiplicité de centres de décisions sur l'organisation des sous systèmes.
3. **La faible circulation des informations entre les différents services au niveau central et intermédiaire** favorisée par leur cloisonnement, l'incoordination, le faible fonctionnement du site Web du Ministère, etc.
4. **La production insuffisante des informations** due au manque de définition des 7 composantes du SNIS au manque d'intégration des formations sanitaires privées.
5. **La qualité insuffisante de l'information disponible.** Cette situation est due entre autre à la multiplicité, à la non disponibilité des outils de collecte, de transmission et d'analyse dans les ZS ; l'absence d'une démarche systématique d'analyse de données, de la rétro-information à tous les niveaux, etc.
6. **L'informatisation faible du SNIS** qui nécessite une source d'énergie, un système de protection électrique et informatique, un personnel compétent, un équipement informatique et de moyens de communication.
7. **L'insuffisance dans le traitement, l'utilisation et la diffusion des informations.** Les rapports, les annuaires et les bulletins sont produits en retard et le site Web du ministère n'est pas fonctionnel.
8. **Le SNIS ne met l'homme au centre de ses préoccupations.** Il a plutôt tendance à satisfaire aux exigences des bailleurs et des structures du niveau central au lieu d'aider à la prise des décisions en vue d'améliorer l'offre et la qualité des soins.

4.3.6. Problèmes liés aux infrastructures et aux équipements

203. La problématique des infrastructures, équipements et matériels médicaux ainsi que de la nouvelle technologie est intimement liée à celle de prestations des services de santé.

204. Au niveau central, les différents services administratifs (directions et programmes spécialisés) sont éparpillés dans la ville de Kinshasa, ce qui rend difficile leur coordination. Dans la plupart des cas, les bâtiments qui les abritent sont vétustes et ne répondent plus aux normes d'hygiène. Quand les ressources sont disponibles pour réhabiliter l'un ou l'autre service, il y a rarement de plan de masse pour pouvoir intégrer ces travaux dans une vision globale.

205. Cette situation est constatée aussi au niveau intermédiaire où les Divisions provinciales de la santé (DPS) et les Bureaux de Districts Sanitaires (futurs provinces) sont logés dans des bâtiments qui se trouvent dans un état de délabrement avancé pour certains et d'autres ne disposent pas de bâtiments propres. Les réhabilitations effectuées jusqu'ici sont mineures et ne permettent pas de

garantir la durabilité. Une réhabilitation en profondeur et la construction de quelques nouveaux bâtiments permettront d'améliorer le cadre de travail.

206. Au niveau périphérique, il y a une inadéquation entre les infrastructures existantes et les normes sanitaires de la ZS. Sur les 8126 CS existants seuls 1006 sont construits en matériaux durables, ce qui représente 12%. Le reste des Centres de Santé sont soit en semi durable ou en pisé. Certains de ces CS sont dans un état de délabrement avancé. Le nombre de Centres de Santé construits en matériaux durables et qui nécessitent une réhabilitation est de 671, soit 66% de l'ensemble de ces CS. Le tableau ci-dessous reprend la situation des CS par province.

Tableau 6 : Nombre des Zones de Santé, Aires de Santé et Centres de Santé par provinces, 2010

Province	ZS dans la Province.	AS planifiées	AS couvertes	CS en matériaux durables
Bas-Congo	31	384	374	53
Bandundu	52	1086	1086	124
Equateur	69	1214	1086	134
Kinshasa	35	382	287	20 ¹¹
Kasaï Occidental	43	777	777	96
Kasaï Oriental	49	868	858	128
Katanga	67	1131	1085	117
Maniema	18	286	263	31
Nord-Kivu	34	483	483	83
Province Orientale	83	1452	1324	144
Sud-Kivu	34	565	503	77
TOTAL	515	8628	8126	1006

207. L'état des lieux du secteur de la santé réalisé en 1998, a montré que le pays disposait de 276 hôpitaux. Depuis lors très peu d'hôpitaux ont été construits dans les ZS. Les résultats de l'état des lieux réalisé en 2009¹², font état de 376 ZS qui disposent d'HGR. Ceci revient à dire qu'une bonne centaine des ZS fonctionnent soit sans HGR, soit avec des structures qui ne sont pas des hôpitaux, mais qui font fonction d'HGR. Il s'agit des anciens Centres de Santé de Référence qui ont changé de nom à l'occasion du découpage qui est intervenu en 2003.

208. La tendance observée ses dernières années a consisté à implanter les bureaux centraux des ZS en dehors des HGR. Cette situation, a non seulement favorisé la désintégration de l'équipe cadre de la ZS, mais aussi, elle favorise un gaspillage des ressources destinées aux infrastructures. En effet, on a assisté à des situations où l'on construit des bureaux centraux dans des ZS qui ne disposent pas d'HGR. L'état des lieux a également montré que la plupart d'HGR du pays nécessite des

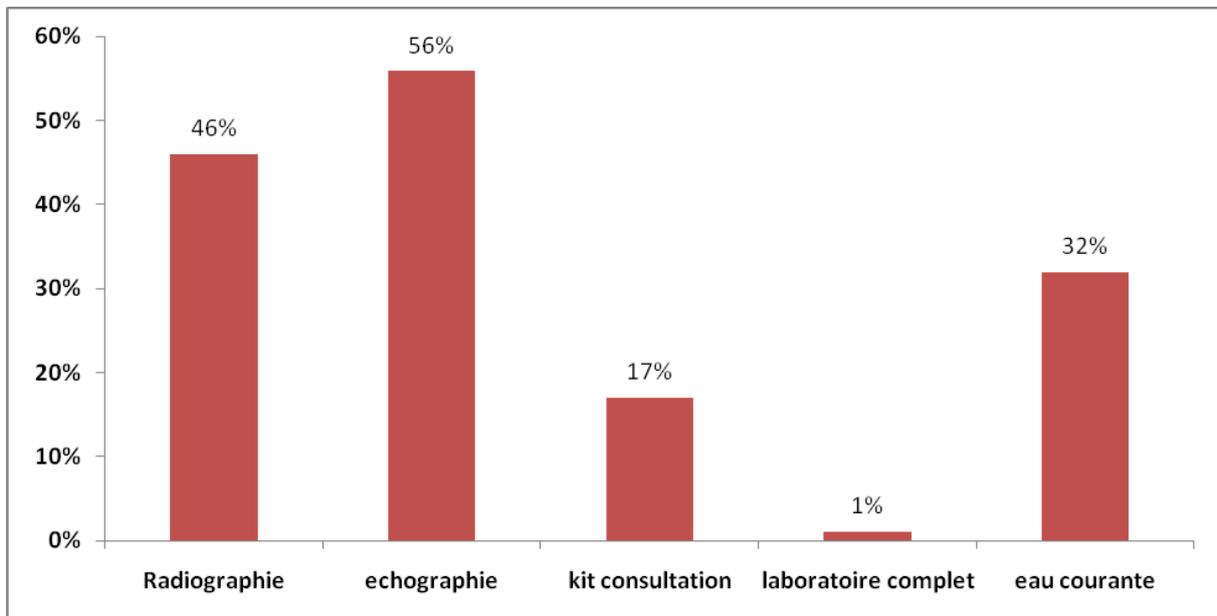
¹¹ La plupart des Centres de santé de la ville de Kinshasa appartient à des privés pour la plupart lucratifs. Le nombre des Centres de santé public est très faible.

¹² Ces données n'incluent pas celles de la province orientale comme cela a été mentionné plus haut.

réhabilitations légères ou profondes. Dans certaines provinces comme la province orientale et à l'Equateur, les communautés ont construits des « HGR » en chaume.

209. La situation des équipements est déplorable à tous les niveaux du système de santé de la RDC. La plupart des structures disposent des équipements vétustes et par conséquent moins performants. La figure ci-dessous rend la situation en équipements dans les HGR selon de l'état des lieux du secteur de la santé réalisé en 2009.

Figure 25: Equipements des unités fonctionnelles des HGR selon les ELS 2010



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

210. Les données de cette figure montrent que la proportion d'HGR possédant les équipements requis pour ses services de base est très faible. Cela ne va pas sans porter préjudice à la qualité de l'offre de soins que ces HGR fournissent. En effet, seuls 17% d'HGR disposent d'un kit complet de consultation, 1% d'un service complet de laboratoire. Paradoxalement, on note que la proportion d'HGR qui dispose d'appareil d'échographie est de 58% et celle qui dispose des services de radiologie est de 46%. Seuls 32% d'HGR sont approvisionnées en eau courante. Ces données renseignent d'une part sur les difficultés qu'ont les HGR à offrir les soins de santé de qualité d'une part et, d'autre part, elles mettent aussi en évidence l'irrationalité dans l'affectation des ressources au niveau des formations sanitaires (plus d'appareils d'échographie que de kits de consultations dans les HGR).

211. La maintenance est négligée à tous les niveaux et dans tous les domaines non seulement par manque de règles et normes en la matière mais aussi par absence d'une « culture de la maintenance ». Lors de l'acquisition des équipements, la documentation liée à la maintenance n'est souvent pas transmise. Si une documentation sur la maintenance est fournie avec l'équipement, cette information n'est pas dupliquée au niveau supérieur qui pourrait les archiver de manière utile. Les structures de maintenance sont inexistantes à tous les niveaux et la planification de la maintenance est absente de tous les plans ; personne ne cherche à déterminer les coûts de la maintenance des équipements et personne ne cherche à l'intégrer dans les projets d'investissement.

212. D'une manière générale il manque des infrastructures, certaines infrastructures sont dans un état de délabrement avancé, les équipements sont vétustes, les équipements sont incomplets, non conformes, insuffisants, l'approvisionnement des infrastructures sanitaires en eau courante et en électricité est difficile,...

213. Le système accuse aussi du retard par rapport à l'acquisition de nouvelles technologies diagnostiques et thérapeutiques qui s'avèrent pourtant utiles pour l'amélioration de la qualité des soins.

214. Le niveau central du MSP a du mal à pouvoir tenir son rôle normatif et régalien (normes, règles, lois, contrôle) en matières d'infrastructures et d'équipements : absence d'un Plan national d'implantation et de développement hospitalier qui devrait reprendre les constructions, les réhabilitations, les équipements, le fonctionnement et la maintenance, à l'instar du plan Van- Hooff-Duren à l'époque coloniale, absence d'un recueil des normes relatives à la construction et aux matériaux (normes d'implantation, d'orientation, de dimensionnement des locaux, des matériaux de construction, normes spécifiques de construction pour chaque services techniques (radiologie, laboratoire, incinérateur et autres modes de traitement des déchets, morgue,...), normes climatiques, plans architecturaux types, normes relatives à la gestion correcte des déchets biomédicaux), non maîtrise des coûts de constructions, de réhabilitations, d'équipements et de fonctionnement.

215. Tous les niveaux du système de santé accusent aujourd'hui une faiblesse à manager le secteur en matière d'infrastructures et d'équipements :

- faiblesse à se concerter avec les Ministères connexes comme le Ministère des Travaux Publics, Infrastructures et Réhabilitation (TPIR) pour les suivi des travaux s'effectuant dans le secteur de la santé, avec les Ministères de l'Environnement, de l'Habitat et du Développement Rural en matière d'assainissement,
- faiblesse à coordonner les travaux et les équipements apportés par les partenaires pour garantir une couverture en infrastructures et en équipements plus équitable et moins disparate,
- faiblesse à contrôler le secteur privé lucratif ce qui a conduit à la prolifération de formations médicales privées ne répondant pas toujours aux normes requises et ne garantissant pas l'offre de soins de qualité et répondant plus à des objectifs commerciaux
- manque d'encadrement des équipements remis sous forme de « dons » soit par les acteurs politiques ou par les ONG pour des activités caritatives, ne correspondant pas souvent aux besoins des services bénéficiaires, ce qui conduit à des gaspillages : les équipements n'arrivent pas à leurs destinataires ou ne fonctionnent pas ou ne sont pas adaptés

Problèmes prioritaires :

- 1. Une partie importante des services administratifs du Ministère de la Santé Publique sont logés dans des bâtiments vétustes et trop étroits pour contenir tous les services.**
- 2. Les infrastructures des services de santé sont dans la majorité de cas vétustes.**
- 3. La majorité de CS (88%) sont construits en matériaux non durables ou de manière non conforme aux normes.**
- 4. Plus d'une centaine des ZS ne disposent pas d'HGR ou fonctionnent avec des structures qui font fonction d'HGR, mais qui ne disposent pas d'infrastructures et d'équipement conformes.**
- 5. Les équipements des services administratifs et des services de santé sont également pour certains vétustes et non adaptés aux besoins et d'autres manquent.**
- 6. La capacité de maintenance au niveau du Ministère de la Santé Publique reste encore faible.**

4.3.7. Problèmes liés aux prestations de services et soins de santé

216. **Problèmes des prestations des services et des soins de santé au niveau des structures de premier du centre de santé.** . La politique nationale de santé de la RDC est basée essentiellement sur la stratégie des soins de santé primaires dont les caractéristiques sont le centrage sur la personne, l'intégration, la globalité, la continuité, l'efficacité, l'innocuité, l'efficience, l'équité, etc. La couverture sanitaire est faible en RDC. En effet, depuis le découpage qui a été effectué en 2003 et qui a fait passer le nombre de 306 à 515 (théoriquement)¹³, très peu d'investissements ont été faits dans le secteur de la santé. Ceci a eu pour effet de réduire la performance générale des Zones de Santé concernées.

217. De façon générale, on constate que la structure du financement internationale dont la plus grande partie est destinée à la lutte sélective contre la maladie ainsi que la recherche des résultats rapides et dans le court terme imposée par certains bailleurs, a conduit à verticaliser le système de santé dans un contexte caractérisé par une faiblesse de leadership. Ceci est plus perceptible dans les centres de santé où l'on trouve du personnel de santé attaché à la lutte contre tel ou telle maladie et payé en tant que tel, le nombre des rapports à élaborer chaque mois qui atteint de fois 40 pour répondre aux exigences des uns et des autres, des fiches de stocks pour le même médicament (aspirine par exemple) dont le nombre est fonction des sources de financement, etc. Des interventions verticales non coordonnées, peu efficaces, peu efficaces ont ainsi supplanté dans les soins de santé primaires dans les ZS.

218. Au niveau des structures de premier contact, on a constaté 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 qui est due d'une part à l'offre du personnel de santé (médecins et infirmiers) qui de plus en plus dépasse 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. Cette situation qui était une caractéristique des ZS en milieu urbain est de plus en plus constatée en milieu rural. Dans la ZS de Santé de LUKULA dans le Bas Congo par exemple, on dénombre jusqu'à 103 structures de premier contact (Centres de santé, postes de santé et dispensaires, etc.) au lieu d'une dizaine telle que planifiée par l'ECZ !

219. Des expériences de rationalisation de la carte sanitaire sont en cours dans le pays. Elles nécessitent d'être documentées et évaluées avant d'envisager de les exporter dans d'autres parties du pays.

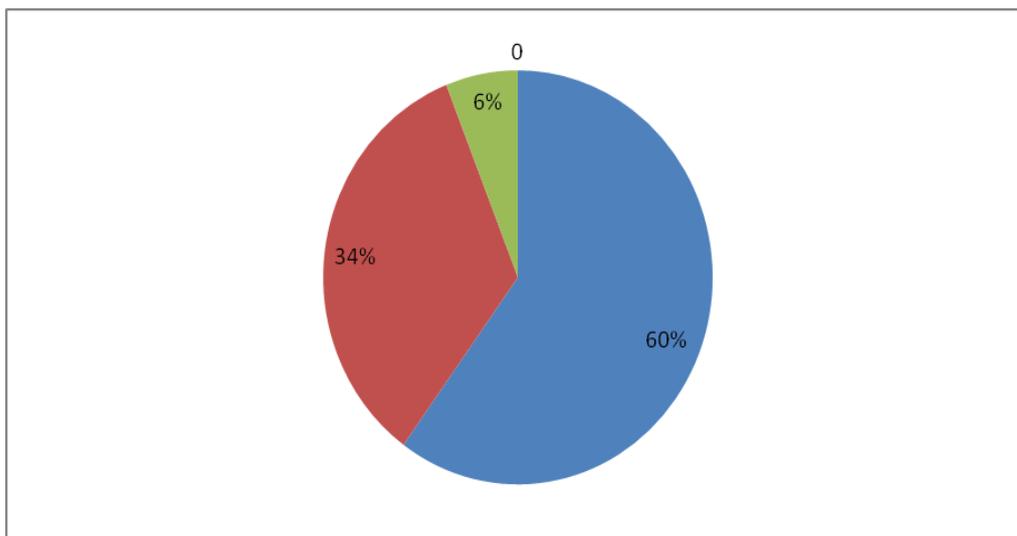
¹³ Le nombre des ZS issues du découpage de 2003 est théoriquement de 515. Cependant, sur le terrain, on constate que le nombre des ZS est inférieur à 515. Cette situation est due en grande partie au fait dans le Nord Kivu, les nouvelles ZS issues du découpage n'ont pas été autorisées à fonctionner en tant que telles. Une approche progressive a été mise en place dans le processus. Elle consiste accorder une autonomie de fonctionnement uniquement à de nouvelles ZS qui disposent des ressources et qui ont fait leur preuve en la matière. Ainsi à ce jour, le nombre des ZS qui fonctionnent de façon autonome est de 24 au lieu de 32. L'état des lieux du secteur réalisé en 2009 a montré que dans 10 provinces pour lesquelles on dispose déjà des résultats (sauf la province orientale), le nombre des ZS est de 405 au lieu de 422, soit une différence de 17. Ceci veut dire que la situation du Nord Kivu évoquée plus haut ne suffit pas pour expliquer à elle seule la différence entre le nombre théorique des ZS et nombre réel constaté sur terrain.

220. **Problèmes des prestations des soins et services de santé au niveau de l’HGR.** Les résultats de l’état des lieux des structures de santé réalisé avec l’appui de l’Ecole de Santé Publique montrent que le pays dispose de 376 HGR et structures faisant fonction des HGR dans les provinces pour lesquelles les résultats ont été disponibles avant le processus d’élaboration du PNDS (sauf la province orientale). Les différents rapports disponibles relatifs à cette province montrent qu’il y aurait 45 ZS qui disposent des HGR sur les 83 que compte celle-ci. Ainsi, on peut à ce stade considérer qu’au total, le pays dispose de 421 HGR et structures faisant fonction des HGR.

221. Le désengagement du Gouvernement vis-à-vis des services de santé en ce qui concerne essentiellement le fonctionnement et la tendance pour les partenaires du secteur à travailler plus avec les CS ont fait que les HGR sont restés marginalisés pendant plusieurs décennies. Ils constituent de ce fait le maillon faible de notre système de santé.

222. Une bonne partie des soins de référence primaire (au niveau des HGR) est assurée par le secteur privé, lucratif et non lucratif. Dans l’ensemble (sauf la province orientale) , la proportion des hôpitaux étatiques qui jouent le rôle d’HGR est de 60%, celle des hôpitaux confessionnels est de 34% et celles des privés essentiellement des entreprises est de 6%. Dans la province du Kasaï Occidental par exemple, le nombre d’HGR confessionnels (18) est presque égal à celui d’HGR étatiques (19). Les hôpitaux confessionnels dans l’ensemble gardent un niveau de fonctionnement en général supérieur à celui des hôpitaux étatiques. Ils sont restés dans certaines provinces les seuls à offrir des soins de santé de qualité appréciable. La proportion d’HGR selon leur appartenance est reprise sur le graphique suivant :

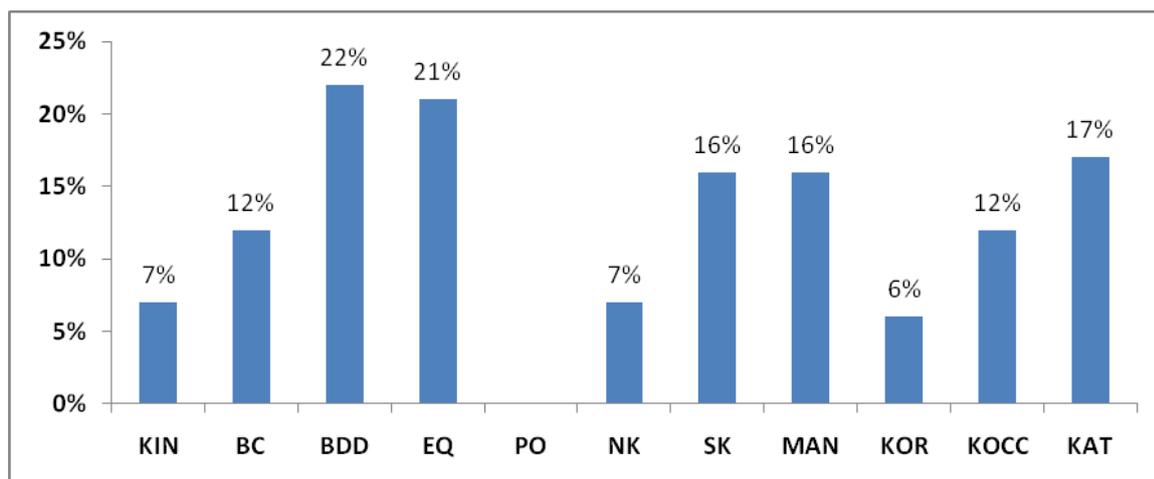
Figure 26 : Les HGR selon leur appartenance



Source : Ministère de la Santé Publique : rapport préliminaire d’état des lieux du secteur santé, 2009

223. La proportion d’HGR qui dispose d’au moins 100 lits (norme nationale) est inférieure à 25% dans toutes les provinces du pays. La proportion la plus élevée est celle de la province de Bandundu dont 22% d’HGR disposent de 100 lits. Le graphique suivant reprend la proportion d’HGR qui dispose d’au moins 100 par province. Comme cela a été dit plus haut, les données de la province orientale n’ont pas été disponibles au moment de l’élaboration du PNDS. Cependant les tendances restent les mêmes pour toutes les provinces.

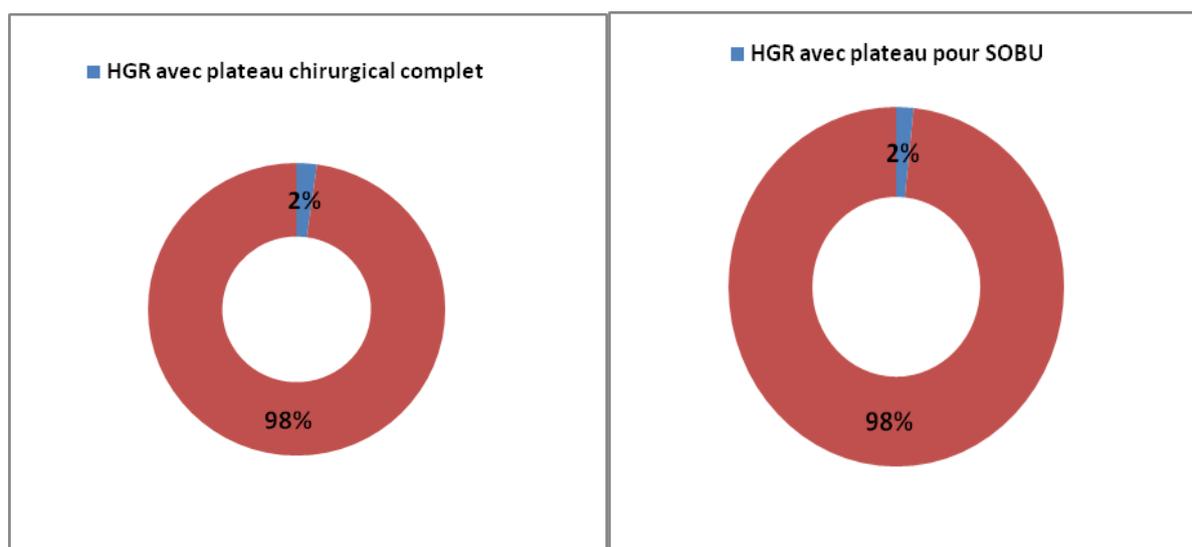
Figure 27 : Proportion d’HGR qui dispose d’au moins 100 lits, par province..



Source : Ministère de la Santé Publique : rapport préliminaire d’état des lieux du secteur santé, 2009

224. Le nombre de lits métalliques montés dans les HGR du pays est de 49 999. La proportion d’HGR qui dispose d’un plateau technique pour la réalisation des interventions chirurgicales et obstétricales d’urgence est de 2% le montre la figure suivante :

Figure 28: Proportion d’HGR qui dispose du plateau chirurgical et des soins obstétricaux d’urgence



Source : Ministère de la Santé Publique : rapport préliminaire des états des lieux du secteur de la santé, 2009

225. Cette enquête montre également que la plupart d’HGR déclare offrir un PCA complet, soit 89% d’HGR alors que les médicaments traceurs sont retrouvés seulement dans 18% d’HGR seulement. . Ces données montrent clairement que les HGR et les autres structures faisant fonction d’HGR de notre pays offrent des soins dont la qualité est très fortement entamée du fait de l’insuffisance des médicaments et intrants spécifiques et de matériel adéquat de travail. L’enquête montre en plus que seuls 4% d’HGR offrent exclusivement le paquet complémentaire d’activités (PCA). Cela veut dire que 96% d’HGR offrent à la fois le PMA et le PCA entrant ainsi en concurrence avec les CS. La référence et la contre référence est de ce fait perturbée rendant ainsi aléatoire la notion de continuité des soins.

226. La faillite des entreprises dont les hôpitaux servaient de lieu de référence a réduit la desserte et l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité. C'est le cas de la GECAMINES¹⁴, de l'ONATRA¹⁵, de la SNCC, de la MIBA¹⁶, du PLC etc. D'autres entreprises à l'instar de la Sucrière de Kwilu Ngongo et la SNEL ont restreint les cibles de leurs prestations aux seules ressources humaines sous leur responsabilité. 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.

227. **Problèmes de prestations des services et des soins de santé de référence secondaire et tertiaire.** Dans le secteur public, l'offre des services de référence secondaire était disponible dans les chefs lieux des provinces du Katanga, de l'Équateur, du Kasai Occidental et dans la ville province de Kinshasa. Cette offre était organisée dans les hôpitaux provinciaux qui sont respectivement l'Hôpital Jason Sendwe à Lubumbashi pour le Katanga, l'Hôpital Provincial de Mbandaka pour l'Équateur, l'Hôpital Provincial de Kananga pour le Kasai Occidental et l'Hôpital provincial de Kinshasa et la Clinique Ngaliema pour la Ville Province de Kinshasa.

228. Le délabrement des infrastructures, le manque d'équipement adéquat, et des médicaments la qualité, la migration du personnel soit vers d'autres structures de santé, soit vers les pays voisins de la RDC, voire les pays européens et d'Amérique du Nord ont eu pour conséquences la baisse du plateau technique et/ou des soins offerts à ce niveau. Plusieurs d'entre eux fonctionnent aujourd'hui comme des HGR de plusieurs ZS à la fois.

229. Dans le secteur privé non lucratif, on a assisté vers les années 1980, à l'émergence des services de santé secondaire dans certains HGR des Zones de Santé, c'est le cas de l'HGR de Vanga dans le Bandundu, de l'HGR de Kimpese et celui de Kisantu (service d'orthopédie) dans le Bas Congo, de l'Hôpital Général de Référence de Tshikaji (Chirurgie, Gynécologie et Médecine Interne) dans le Kasai Occidental. Ces services fonctionnent encore aujourd'hui même s'ils n'ont pas les performances d'il y a 20 ou 30 ans.

230. Dans la ville de Mbuji-Mayi, l'hôpital Bonzola de la Minière de Bakwanga (MIBA) a fonctionné de longues années comme un Hôpital de référence secondaire pour la population du Kasai Oriental. La faillite de la société a eu des répercussions sur les performances de cet hôpital qui à ce jour n'arrive plus à remplir sa mission.

231. Le privé lucratif commence à s'occuper de l'offre des soins de santé de référence secondaire. C'est le cas de l'hôpital Biamba Marie Mutombo qui offre pour le moment des soins de santé de référence secondaire avec vocation à offrir les soins de santé tertiaires au niveau régional dans les années qui suivent. La qualité des soins y est appréciable.

232. Les soins de santé de référence tertiaire sont offerts par les Cliniques Universitaires de Kinshasa, de Lubumbashi et de Kisangani. Là encore la vétusté des infrastructures, l'insuffisance de

¹⁴ La Générale des Carrières et des Mines ou GECAMINES est une société basée dans le sud du Katanga et qui dans le temps avait pour mission l'exploitation et la commercialisation des minerais comme le cuivre, le cobalt, etc. Cette entreprise a connu des problèmes lors de la longue transition vers la démocratie qui ont conduit à sa faillite. Elle disposait jusque vers les années 80 des services de santé parmi les mieux organisés du continent.

¹⁵ L'Office National de Transport (ONATRA) et la Société des Chemins de Fer du Congo (SNCC) sont des sociétés de transport. La mission de la première était plus centrée sur le transport maritime et celle de la seconde sur le transport ferroviaire. Elles ont toutes deux été mises en place essentiellement pour le transport vers l'extérieur de la production de la GECAMINES. La faillite de celle-ci a entraîné celle de deux autres et donc celle de leurs services de santé.

¹⁶ La Minière de Bakwanga (MIBA) est une société basée dans le Kasai Orientale. Sa mission est l'exploitation et la commercialisation du diamant industriel. Elle aussi est en faillite pour le moment.

l'équipement, la non intégration de nouvelles technologies en termes de diagnostic et de prise en charge des patients, la démotivation du personnel, l'insuffisance des programmes de mise à niveau du personnel académique ont entamée sérieusement l'offre et la qualité des soins.

233. L'Hôpital du cinquantenaire, en construction à Kinshasa, qui aura 450 lits est un hôpital à vocation tertiaire. Son implantation dans la ville soulève un certain nombre de problèmes qui doivent être résolues au préalable pour lui permettre de fournir des soins efficaces et efficients. Le premier problème est celui relatif à son coût de fonctionnement qui de toute évidence sera très élevé et ne pourra probablement pas être pris en charge du moins en totalité par le budget de l'Etat consacré à la santé. Le second problème est celui du personnel de santé qui devra y travailler. Le caractère ultramoderne de cet hôpital lié entre autre à l'équipement qui y sera implanté pourra nécessiter des compétences qui ne sont pas disponibles au pays. Une fois acquises, ces compétences doivent être entretenues (formation en cours d'emploi) et stabilisées dans un contexte régional et international où les migrations des ressources humaines pour la santé sont entrain de prendre des ampleurs de plus en plus inquiétantes. Le dernier problème est celui de l'intégration de cet hôpital dans le système de santé de la ville. En effet, pour que l'hôpital du cinquantenaire puisse bien remplir sa mission qui est celle d'offrir les soins de santé de référence tertiaire, il faut que les formations qui offrent les soins de référence primaire (HGR) et secondaire de la ville aient un degré de fonctionnement appréciable. Dans le cas contraire, il subira par son caractère attrayant une forte demande y compris sur les problèmes de santé pouvant trouver solution dans les CS.

Problèmes prioritaires :

- 1. L'accès aux soins de santé primaires de qualité est insuffisante** dans la plupart des provinces du fait de la faiblesse de la couverture sanitaire et du mode de paiement pratiqué qui ne sont pas basé sur les principes de la couverture universelle des soins ;
- 2. La régulation du privé lucratif est presque inexistante.** L'implantation des structures de soins au niveau de premier contact avec la population par le privé lucratif se fait de façon anarchique. Leur nombre toujours croissant et la qualité des services offerts entravent l'organisation des soins de santé de qualité à ce niveau ;
- 3. Les HGR des ZS n'ont pas des ressources nécessaires pour remplir leur mission** du fait de leur marginalisation qui a duré plusieurs décennies. Leur plateau technique en baisse constante les mets dans une situation où ils entrent en concurrence avec les CS ;
- 4. Les hôpitaux de référence secondaire publics et les services de ce niveau de référence développés autre fois dans le secteur privé non lucratifs n'ont plus les ressources nécessaires pour remplir leur mission ;**
- 5. L'offre des soins de santé tertiaire dans le pays s'est également effondrée du fait de l'insuffisance des ressources nécessaires à son organisation.**
- 6. L'implantation de l'hôpital du cinquantenaire est une opportunité pour améliorer l'offre des soins de santé de référence tertiaire.** Cependant la question du coût de son fonctionnement, des ressources humaines devant y prester de l'organisation des services de santé dans la ville pour une utilisation efficiente de ses services et de l'accessibilité financière des population à ses derniers reste entière.

4.3.8. Problèmes liés à la collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs connexes

234. Tout effort d'amélioration et de promotion de la santé des populations et de réduction des inégalités en matière de santé doit viser les principaux déterminants de la santé notamment l'éducation, l'approvisionnement en nourriture et en eau, l'habitat, l'assainissement du milieu, l'hygiène publique, les comportements sexuels et modes de vie ainsi que les déterminants environnementaux dont la pollution atmosphérique et le changement climatique.

235. En effet, les modes de vie nocifs de commercialisation et de consommation d'aliments riches en sucre, en graisses et en sel, la consommation nocive d'alcool et le tabagisme jouent un rôle moteur dans la genèse des maladies non transmissibles tel que le diabète sucré, l'Hypertension artérielle, les troubles mentaux et autres maladies chroniques comme les cancers. Les mesures à prendre pour influencer sur la plupart de ces déterminants dépassent largement le seul domaine de la santé. C'est au travers de l'approche intersectorielle, qu'il est possible, par exemple, de prévenir certains problèmes de santé grâce à des mesures de promotion de la santé à l'école et sur les milieux de travail, l'éducation sexuelle, une alimentation saine, l'exercice physique régulier et l'amélioration de la salubrité publique et de l'habitat.

236. Par ailleurs, l'influence de la santé sur la croissance économique et la réduction de la pauvreté est avérée ; elle doit donc figurer en bonne place dans le DSCR. Il se dégage alors la nécessité de renforcer, d'une part, le dialogue macro économique et politique efficace en vue de l'action coordonnée avec les autres secteurs du gouvernement et, d'autre part, d'assurer une participation active du secteur de la santé aux groupes thématiques des secteurs connexes lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de leurs stratégies et plans pour contribuer ainsi à l'atteinte de leurs résultats qui ont un impact sur la santé des communautés.

237. La présente analyse examine la collaboration actuelle entre le ministère de la santé et les secteurs connexes (directs et indirects) en vue de dégager des pistes d'action communes afin d'influer de façon significative sur les déterminants de la santé et pour l'atteinte des OMD. Elle prend également en compte le leadership du MSP dans le contexte de la mondialisation.

238. **Collaboration avec les secteurs connexes directs.** Comme signalé ci haut, les déterminants de la santé étant à gérer avec d'autres secteurs, il est inévitable de renforcer la collaboration avec les autres départements ministériels dont la réalisation de certaines actions est étroitement liée à la performance du système de santé. Ce sont des secteurs connexes directs tels que l'éducation, l'eau, environnement et tourisme, l'agriculture, le genre et la famille, etc.

239. **La santé et l'éducation.** L'enquête démographique et de santé (EDS, 2007) montre qu'il existe un lien très étroit entre l'amélioration de la santé des enfants de moins de 5 ans et le niveau d'éducation de leurs mères. Les enfants des mères non instruites courent deux fois plus de risque de mourir avant leur 5^{ième} anniversaire que ceux des mères qui font des études secondaires et universitaires.

240. **La collaboration entre le secteur de la santé et de l'éducation n'est pas au beau fixe.** L'amélioration de la qualité des soins commence par celle de la formation de base des RHS. La production des RHS relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire (MESU) pour les cadres supérieurs et universitaires. L'absence d'un plan de développement des RHS ne permet pas d'initier un dialogue constructif avec le Ministère de l'ESU quant à la production rationnelle des ressources humaines répondant aux besoins du secteur santé, y compris le secteur privé. Le cadre de concertation MSP-MESU envisagé dans les PAP 1&2 n'a jamais été rendu opérationnel. En attendant, le Gouvernement a entamé depuis 2009 une action d'envergure pour la fermeture des établissements d'enseignement supérieur et universitaire ne répondant pas aux normes.

241. Le renforcement de la collaboration avec le secteur éducatif pourra s'étendre non seulement à l'opérationnalisation du cadre de concertation MSP-MESU, mais également au développement de

la santé scolaire et en milieu universitaire ainsi qu'à la révision des curricula de formation des personnels de santé.

242. La santé, l'eau, l'environnement et le tourisme. Depuis 1990, le système d'approvisionnement des populations en eau potable en milieu urbain ne répond plus aux nouveaux besoins créés par le développement des villes et centres périphériques. Dans ces milieux, le taux de couverture en eau potable a baissé de 68% en 1990 à environ 35% en 2002. Selon l'EDS 2007, le pourcentage de ménages utilisant une source d'eau aménagée est de 46% avec une disparité entre le milieu urbain (79,5%) et rural (24,1%). Cette faible desserte en eau potable, en plus de la mauvaise évacuation d'excrétas, est un des facteurs majeurs de récurrence d'épidémies de choléra dans les provinces du Katanga, Nord et Sud Kivu.

243. En outre, l'organisation actuelle des services d'hygiène et de salubrité publique laisse libre cours aux conflits de compétence entre le Ministère de la Santé Publique et celui de l'environnement et tourisme concernant la salubrité publique et l'hygiène, y compris l'hygiène hôtelière. L'insalubrité généralisée dans les grandes agglomérations par manque d'un plan d'urbanisation de nouveaux quartiers urbains et d'évacuation et de traitement des déchets, favorise la pullulation des mouches, moustiques, rats, cancrelats, etc., qui sont des agents vecteurs des maladies, notamment le paludisme, la fièvre typhoïde, etc. Les actions préconisées par l'un ou l'autre secteur pour faire face à cette situation, même à travers le Plan Actions Prioritaires, ne sont pas connues par les acteurs de terrain des deux secteurs. La révision consensuelle des textes légaux et réglementaires régissant les services d'hygiène publique, parcellaire et aux frontières devra être envisagée au cours de la période quinquennale 2011-2015.

244. La santé, l'agriculture, la pêche et l'élevage. Le Secteur de l'Agriculture, pêche et forêt est chargée de promouvoir la production agricole, vétérinaire et halieutique. Il organise aussi le circuit de commercialisation des denrées alimentaires ainsi que le contrôle des bétails soumis à l'abattage. La contribution importante de ce secteur à la lutte contre la malnutrition nécessite une collaboration étroite avec le secteur de la santé qui a en charge le contrôle de la qualité des aliments. Il est donc plus qu'indispensable de tisser des liens avec ce secteur afin qu'il participe régulièrement au cadre de concertation thématique santé et nutrition.

245. La Santé, le genre et famille. Selon le rapport 2007 d'Amnesty International cité dans le plan stratégique national multisectoriel 2010-2014, 18.407 cas incidents de violences sexuelles ont été déclarées au cours de cette année là. L'intégration de la prise en charge holistique des cas de violences sexuelles liées aux genres passe par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan conjoint avec tous les secteurs concernés, notamment la santé et le genre.

246. Collaboration avec les autres secteurs connexes directs et indirects. Les autres secteurs connexes directs, en l'occurrence celui de la culture et arts, du travail et de la prévoyance sociale, de la défense nationale et de l'intérieur ont des attributions liées à la santé. En effet, à part le fait que certains sont des acteurs sanitaires (Zones de santé militaires et de la police), d'autres ont des conflits de compétence comme celui de la culture et des arts concernant la délivrance des autorisations d'exercice de l'art de guérir aux tradi praticiens.

247. Quant aux secteurs connexes indirects comme celui de la Fonction publique, du plan ; des finances et budget, des travaux publics et infrastructures, de l'information et presse et celui du commerce extérieur ; des liens plus étroits devraient être envisagés pour assurer la gestion rationnelle des ressources. Il s'agit, par exemple, de la carrière des ressources humaine pour la santé ; l'efficacité et la prévisibilité dans le financement du secteur santé ; la participation des médias à la sensibilisation du public sur la santé et la régulation du commerce pharmaceutique.

248. Ainsi, en dehors de l'actualisation de certains textes réglementaires, Il est approprié de mettre en place des cadres formels de collaboration entre le MSP et ces ministères sus indiqués afin que ces derniers prennent en compte la dimension santé dans la définition et la mise en œuvre de leurs politiques sectorielles.

249. Le fonctionnement du CNP-SS à travers ses trois organes constitue un atout majeur de concertation entre le secteur santé et les secteurs connexes, sur le plan politique, stratégique et technique.

250. **Leadership du MSP dans le contexte de la mondialisation.** Au niveau international, le MSP devra prendre de réels engagements au regard des accords négociés à l'instar de la convention cadre anti tabac et de l'accord général sur le commerce des services. A cet effet, malgré la ratification de la convention cadre de lutte antitabac, la RDC ne dispose pas encore des mesures réglementaires spécifiques pour l'application de ladite convention. Le tabagisme passif et la vente illicite de l'alcool obtenu par distillation constituent des menaces non négligeables sur la santé des congolais.

251. Par ailleurs, pour ne pas toujours subir les effets de la gouvernance internationale, le MSP devra développer son leadership pour influencer positivement la prise des décisions en rapport avec la santé dans les institutions et forums internationaux de haut niveau.

5. BUT ET OBJECTIFS DU PNDS

But : contribuer au bien être de la population congolaise d'ici 2015.	
Objectif général : contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise dans le contexte de lutte contre la pauvreté.	
CIBLES	INDICATEURS D'IMPACT
Cible 1 : contribuer à réduire de 549 à 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015	1. Ratio de mortalité maternelle
Cible 2 : contribuer à réduire la mortalité infanto-juvénile de 92 à 40 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015	1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 2. Taux de mortalité infantile 3. Taux de mortalité néonatale 4. Taux de mortalité juvénile
Cible 3 : D'ici à 2015, stopper la propagation du VIH/sida, maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle	5. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 6. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie 7. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie 8. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe

Cible 4 : contribuer à réduire de 2/3 la mortalité et la morbidité liées aux maladies non transmissibles d'ici 2015	<p>9. Prévalence de l'hypertension artérielle chez les personnes adultes</p> <p>10. Mortalité liée à l'hypertension artérielle chez les personnes adultes</p> <p>11. Prévalence du diabète chez les personnes âgées de plus de trente</p> <p>12. Mortalité liée au diabète chez les personnes adultes</p>
Cible 5 : la mortalité intra hospitalière est réduite de 50% d'ici 2015	13. Taux de mortalité intra hospitalière
Objectif sectoriel : assurer des soins de santé primaire de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables en vue de combattre les grandes endémies telles que le VIH/SIDA, le paludisme, tuberculose, onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine, les maladies non transmissibles ; etc.	
CIBLES	INDICATEURS DES RESULTATS
Cible 7 : la proportion de la population qui a accès aux soins de santé primaires de qualité augmente de 30% d'ici 2015	14. Couverture sanitaire nationale
Cible 6 : La proportion des femmes qui enceintes qui utilisent les services des CPN lors de leur dernière grossesse et celle d'accouchement assistés passent respectivement de 85% à 95% et de 74% à 85%	<p>15. Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé les CPN lors de la dernière grossesse</p> <p>16. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</p>
Cible 7 : la couverture vaccinale des enfants complètement vaccinée passe de 31 à 55% d'ici 2015	<p>17. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole</p> <p>18. Proportion d'enfants qui ont reçu leur troisième dose de DTC</p> <p>19. Proportion d'enfants complètement vaccinés</p>
Cible 8 : la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous MII et celle de ceux qui reçoivent un traitement correct au paludisme/fièvre augmente respectivement de 6% à 40% et de 25%	<p>20. Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi la dernière nuit sous MII</p> <p>21. Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont reçu un traitement correct au paludisme/fièvre</p>
Cible 9 : les personnes vivant avec le VIH et qui reçoivent un traitement aux antirétroviraux passe de à d'ici 2015 de 37 000 à 80 000	22. Nombre des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et qui reçoivent les antirétroviraux
Cible 10 : le taux d'infections post opératoires est réduite de 75% d'ici 2015	23. Taux d'infections post opératoires

6. STRATEGIE D'INTERVENTION

252. La stratégie d'intervention comprend quatre axes stratégiques qui sont : (i) **le développement des Zones de Santé**, (ii) **les stratégies d'appui au développement des Zones de Santé**, (iii) **le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur et**, (iv) **le renforcement de la collaboration inter sectorielle**. Cette notion d'inter sectorialité est nécessaire du fait l'impact des autres secteurs sur l'amélioration de la santé des populations et du caractère multisectoriel des soins de santé primaires.

6.1. Le développement des zones de santé

253. Le développement des Zones de Santé, est la stratégie de base du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015. La ZS constitue l'espace dans lequel sont offerts les soins de santé primaires en RDC. Les soins de santé primaires (SSP) sont des soins essentiels, basés sur des technologies éprouvées et acceptables, accessibles aux individus, familles et communautés dans un esprit d'auto responsabilité et autodétermination. Ils font partie des systèmes nationaux de santé dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal. Les niveaux provinciaux et universitaires interviennent également dans les Soins de Santé primaires par l'appui, l'encadrement et la référence qu'ils fournissent aux ZS.

254. Les composantes des soins de santé primaires sont : l'éducation pour la santé, la promotion de bonnes conditions alimentaires, l'approvisionnement en eau saine, les mesures d'hygiène et assainissement, la protection maternelle et infantile, la vaccination, la prévention des grandes endémies, le traitement des maladies et lésions courantes et les fournitures de médicaments. Les soins et services relatifs à toutes ces composantes s'offrent à travers le Paquet Minimum d'Activités (PMA) au CS et le Paquet Complémentaire d'Activités au niveau de l'HGR.

255. Les SSP ne consistent pas en une liste d'interventions alignées les unes à côté des autres. 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, efficace et socialement productive à l'interface entre la population et le système de santé.

256. Les soins de santé centrés sur la personne sont tout le contraire de ceux basés sur la lutte sélective contre la maladie, axée sur des résultats à court terme, même si cette lutte inclut toute la liste des composantes des SSP. **Il est question de se tourner vers la satisfaction des besoins et attentes des usagers des services de santé et non ceux des programmes spécialisés et/ou des partenaires techniques et financiers en terme d'indicateurs pour la plupart d'ailleurs quantitatifs**. Les actions à mener dans ce domaine vont au delà d'une simple introduction d'interventions dans un centre de santé par exemple. Les compétences relationnelles et organisationnelles des équipes des CS, la responsabilité que ces équipes doivent assumer vis-à-vis des populations desservies par les CS deviennent, de ce point de vue, tout aussi importantes que leurs compétences techniques.

257. **C'est dans ce contexte que le programme de rationalisation du fonctionnement des CS et des HGR trouve toute sa raison d'être**. Ce programme va au-delà de l'implantation ou la réhabilitation de bâtiments et de la dotation en équipements des CS et des HGR. Il consiste à s'assurer que les formations sanitaires (HGR et CS) fonctionnent de façon à offrir des soins de santé qui répondent à toutes les caractéristiques des SSP. Il correspond à la réforme des prestations préconisée dans le rapport sur la santé dans le monde publié par l'OMS en 2008. La mise en place de ce genre de réforme a des implications sur tous les autres niveaux du système de santé (réforme organique, réforme du financement de la santé, réforme de la gouvernance, etc.).

258. **La question d'intégration est tout aussi importante, il s'agit non d'intégrer les activités des programmes de lutte contre la maladie dans les CS et HGR, mais plutôt d'offrir des soins de santé intégrés**. La nuance est de taille. En effet, intégrer les interventions des programmes spécialisée dans

les CS par exemple peut vouloir dire les avoir présentes les unes à côté des autres dans les CS, offertes à la population par du personnel spécialisé qui répond aux programmes centraux en terme de rapportage, de supervision, de paiement des primes (primes tuberculose, primes VIH/SIDA, etc.). La notion d'intégration implique d'une part la polyvalence dans le chef des équipes qui offrent les soins (la même équipe offre à la fois les soins curatifs, préventifs et promotionnels) et celle de la responsabilisation des équipes locales dans la planification et la mise en œuvre d'autre part. Les interventions planifiées par les niveaux hiérarchiquement supérieurs et que l'on fait exécuter par les équipes locales ne sont pas de bons exemples d'intégration, même si elles se font dans les CS ou HGR.

259. Il devient évident que l'intégration exige une réforme de la formation en cours d'emploi (mettre fin aux multiples formations fragmentées initiées par les programmes prioritaires et les remplacer par des stages dans des formations sanitaires qui fonctionnent bien) et celle de la gouvernance en termes de normalisation (normes horizontales en lieu et place des normes verticales par programme prioritaire). Intégrer exige aussi de déterminer de façon claire les responsabilités de chaque niveau du système de santé et d'éviter que le niveau stratégique ne devienne opérationnel comme c'est fréquemment observé.

260. **La notion de continuité des soins implique que quand une personne entre dans le système de santé pour un problème donné, elle en sort quand son problème est terminé ou maîtrisé.** La notion de 'soins essentiels' comme élément de la définition des SSP, est liée à la perception des individus et de la communauté de ce dont ils ont besoin comme soins pour être en bonne santé, elle peut, de ce point de vue, aller au delà des soins fournis dans les Zones de Santé si besoin est, notamment par la continuité à travers **les autres niveaux du système de santé par la référence et la contre référence.** Ceci implique que dans le cadre du renforcement du système de santé, on devra se rassurer que les soins de référence secondaire et tertiaire sont disponibles. Ainsi, la notion de population de responsabilité qui est intimement liée à celle de la ZS implique dans ce cas que les Equipes Cadres des Zones de Santé (ECZ) s'assurent que les membres des communautés sous leur responsabilité qui ont besoin de soins dont le plateau technique dépasse celui de l'HGR, les ont en temps voulu.

261. **La qualité des soins passe aussi par la globalité ou l'exhaustivité,** pour ce faire les CS et les HGR doivent être organisés de sorte qu'ils soient à mesure de faire face à l'ensemble des problèmes de santé qui se posent à la population de leur responsabilité et non uniquement à un nombre sélectionné des problèmes de santé.

262. Le développement des Zones de Santé comme stratégie de base du PNDS 2011-2015 doit refléter à la fois l'extension de la couverture sanitaire pour un accès géographique de plus en plus important des communautés aux services et aux soins de santé et l'amélioration de la qualité des soins et/ou la rationalisation du fonctionnement des structures de santé dans un esprit de responsabilisation de la communauté. Des mécanismes de solidarité nationale seront mis en place avec les secteurs concernés pour garantir que les soins mis en place sont effectivement utilisés.

263. La constitution de la RDC dans son article 47 stipule que la santé est un droit pour tout congolais. Il n'est donc pas acceptable que $\frac{3}{4}$ de la population congolaise soit exclue des services de santé formel quelles qu'en soient les raisons. Les raisons géographiques (faible couverture des services de qualité) et financières sont parmi les plus importantes. L'amélioration de la couverture des services ne suffira pas à elle seule pour augmenter l'accès des populations à ces derniers. **Il faudra développer des mécanismes de solidarité nationale sur base des expériences existantes pour espérer que les soins mis en place sont effectivement utilisés et à termes une couverture universelle des populations.** Ceci correspond à la réforme de la couverture universelle recommandée par l'OMS dans le rapport sur la santé dans le monde publié en 2008.

264. **Une ZS qui compte 15 à 16 aires de santé (AS) atteint un degré optimal de développement lorsqu'elle dispose en moyenne de 5 CS qui offrent le PMA de base¹⁷ et, 4 autres CS qui en plus du PMA de base, intègrent le dépistage et la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre, le dépistage et le counseling pour le VIH/SIDA ainsi que le dépistage et le traitement de la Trypanosomiase si celle-ci existe dans la ZS. Dans ces ZS, l'HGR offre le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) intégrant la lutte contre le VIH/SIDA notamment le traitement aux Antirétroviraux (ARV) et le traitement de la tuberculose à bacille multi résistantes.**

265. L'action de développement des ZS sera à la fois **progressive, cumulative** et **continue**. Le caractère **progressif** du développement veut dire que ce dernier ne pourra pas se faire dans toutes les ZS du pays à la fois car d'une part les ressources sont limitées et, d'autre part, le volume de travail en termes d'encadrement de proximité qu'exigent ces ZS est tel que les équipes cadres provinciales ne peuvent l'accorder à toutes les ZS à la fois. Le caractère **cumulatif** du développement veut dire que les ZS qui entre dans le processus de développement viennent s'ajouter à celles qui y sont déjà. Le caractère **continu** veut dire qu'une ZS qui entre dans le processus de développement n'en sort pas. Cette dernière caractéristique a comme implication, une meilleure prévisibilité du financement de la santé. De façon concrète, le PNDS 2011-2015 devra inclure dans son axe relatif au développement des ZS, celles qui ont démarré le processus de développement avant 2011 pour le consolider. Dans le même ordre d'idée, le PNDS 2016-2020 inclura dans son action relative au développement des ZS, celles qui auront été dans le processus de développement lors de la mise en œuvre de l'actuel PNDS.

266. **Il faudra un horizon qui varie entre 15 et 20 ans et un financement soutenu pour que toutes les ZS du pays soient dans le processus de développement.**

267. Les programmes à mettre en œuvre dans le cadre de cet axe stratégique relatif au développement des ZS sont :

1. L'amélioration de la couverture sanitaire ;
2. La collaboration intra sectorielle ;
3. L'amélioration de la qualité des soins ;
4. La rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires et de carte sanitaire ;
5. Les interventions de santé publique ;
6. La gestion des épidémies, urgences et catastrophes ;
7. La promotion de la participation communautaire ;
8. La promotion des services de santé ;
9. L'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé.

268. Les ZS seront classées en 3 catégories dans chaque province selon leurs potentiels au développement. Ces catégories sont : ZS à potentiel élevé (haut de la liste), ZS à potentiel moyen (milieu de la liste) et ZS à potentiel faible (bas de la liste). La première catégorie est celle des ZS qui vont bénéficier des programmes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 & 9. La seconde catégorie est celle des ZS qui vont bénéficier des programmes 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 & 9. En d'autres termes, les ZS à potentiel de

¹⁷ Le PMA de base est celui que doit avoir tout centre de santé qui est dit fonctionnel. Il n'inclut pas le dépistage de la tuberculose, de la lèpre ou du VIH/SIDA, mais il inclut le traitement y relatif étant donné que le tuberculeux dépisté doit prendre son traitement dans son milieu de résidence. Il en est de même du PVV qui doit prendre ses médicaments contre les infections opportunistes dans son milieu de résidence, c'est-à-dire dans son CS.

développement élevé et moyen bénéficieront des appuis en termes d'extension de la couverture sanitaire (réhabilitation, construction des CS et HGR si possible, approvisionnement en médicaments, etc.), tandis que les ZS à potentiel élevé bénéficieront en plus du programme de rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires et de la carte sanitaire.

269. L'action de développement dans une ZS ou dans une province devra permettre de réduire progressivement l'étendue géographique des interventions de santé publique et celles relatives à la gestion des épidémies. Les modalités de sélection des ZS à développer (catégorie 1 & 2) sont décrites en annexe 3.

270. La 3^{ème} catégorie est celles des ZS qui ne sont pas inscrites au programme de développement pour la période couverte par ce PNDS 2011-2015, mais dans lesquelles on doit assurer les interventions qui relèvent des programmes 2, 5, 6, 7 & 8. Un certain nombre d'investissements seront également faits dans quelques unes d'entre elles dans le but de les préparer à rejoindre le processus de développement après 2015.

271. Cet axe stratégique va viser l'atteinte des résultats suivant :

272. **Résultat 1 : la couverture de la population par les soins et les services de santé de qualité est augmentée de 30%.** Ce résultat sera atteint par la mise en place des CS et HGR qui offrent les soins de santé qui remplissent les caractéristiques des soins de santé primaires décrites plus haut. Il consiste à s'assurer qu'à la fin de la période de mise en œuvre du PNDS 2011-2015, 22 000 000 d'habitants supplémentaires ont accès aux soins de santé de premier contact (CS) et qu'en cas de besoins, la référence se fera dans des HGR capables de leur assurer la continuité des soins. En termes d'infrastructures, ce résultat correspond à environs 2 500 CS et 156 HGR qui offrent les soins de santé tels décrits au paragraphe 264.

273. L'atteinte de ce résultat nécessitera la mise en place des programmes suivant : (i) **programme d'amélioration de la couverture sanitaire**, (ii) programme de la collaboration intra sectorielle, (iii) **programme d'amélioration de la qualité des soins**, (iv) **programme de rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires**, (vi) **programme d'appui aux interventions de santé publiques**, (vii) **programme de gestion des urgences et catastrophes**.

274. **Programme d'amélioration de la couverture sanitaire.** Elle se fera par la remise en état des infrastructures (constructions et/ou réhabilitations) des centres de santé, hôpitaux généraux de référence. Les principales actions de ce programme sont : la réhabilitation de 207 HGR¹⁸ sur les 5 années de mise en œuvre du PNDS, la réhabilitation de 414 CS et la construction 1449 autres CS et leur équipement, la réhabilitation de trois hôpitaux provinciaux de référence et deux hôpitaux nationaux de référence, ainsi que la construction de cinq hôpitaux provinciaux de référence et d'un hôpital national de référence.

275. **Programme de collaboration intra sectorielle.** Ce programme consistera à promouvoir la participation du privé lucratif et non lucratif notamment confessionnel et des entreprises installées sur le territoire national à l'action sanitaire de l'Etat. Ce secteur comme on l'a vu plus haut détient 40% d'HGR des ZS du pays. En prenant en compte les spécificités des uns et des autres, le Gouvernement créera des conditions pour faciliter cette participation d'une part et, d'autre part il devra s'assurer que les services qui se mettent en place sont bien régulés et sont conformes aux normes de qualité.

276. **Programme d'amélioration de la qualité des soins.** La vision dans le renforcement du système de santé est de parvenir progressivement à la dispensation de soins de qualité avec sécurisation des patients. Les soins de santé de qualité doivent être considérés comme le résultat de

¹⁸ Un certain nombre d'HGR et des CS vont être réhabilités ou construits dans des ZS qui n'entrent pas à proprement parlé dans le processus de développement au cours de la période de mise en œuvre du PNDS 2011-2015 pour les préparer y rejoindre le processus lors de la période de mise en œuvre du prochain PNDS.

l'interaction des interventions qui se feront dans le cadre de l'ensemble des piliers du système de santé (amélioration de la formation de base du personnel de santé, amélioration de la qualité de la formation en cours d'emploi, approvisionnement en médicaments, dotation des formations sanitaires en équipements, etc.) Pour garantir la qualité des soins et services, les audits cliniques, le contrôle de qualité et autres pratiques seront appliqués. Parmi les autres actions de ce programme on peut citer le développement de la polyvalence des prestataires de soins dans les ZS, la réinstauration de l'usage systématique du dossier familial, l'organisation du tutorat entre les Hôpitaux Nationaux (HN) et les Hôpitaux Provinciaux (HP), l'organisation du tutorat entre les HP et les HGR, la promotion du coaching des prestataires, la promotion des supervisions formatives intégrées et le réseautage entre formations sanitaires. Le personnel de santé sera rémunéré de façon à ce qu'il soit suffisamment motivé. Les modes de rémunérations qui fragmentent les prestations en périphérie devront être évités.

277. **Programme de rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires, des RHS et de la carte sanitaire.** Elle exige que soit développé à chaque niveau un leadership intégré (Zone de santé, province et niveau central) pour piloter la réorganisation fonctionnelle des formations sanitaires et services spécialisés en rapport avec leurs missions spécifiques ainsi que la coordination et la planification de l'action sanitaire à différents niveaux. Au niveau opérationnel, le leadership se traduira par un encadrement des équipes des centres de santé en ce qui concerne la mise en œuvre du paquet minimum d'activités. L'équipe cadre provinciale devra apporter un appui technique aux ECZ dans la mise en œuvre des interventions. Le leadership du niveau central se traduira par la normalisation et la régulation des prestations des soins et services tant pour les acteurs publics que privés.

278. En ce qui concerne **la rationalisation des formations sanitaires**, des actions seront entreprises pour que les formations sanitaires offrent chacune en ce qui le concerne les soins et services de santé qui relèvent de sa mission. Il sera évité qu'un CS fasse le travail de l'HGR et que ce dernier entre en concurrence avec les CS. Il en est de même des hôpitaux provinciaux et nationaux. Les formations sanitaires au niveau opérationnel (CS et HGR) seront amenées à offrir un paquet d'interventions adéquat et de qualité. Au niveau de CS, l'utilisation du dossier familial, l'usage correct des ordinogrammes et autres instructions opérationnelles seront systématisés de même que l'introduction et l'utilisation des guides thérapeutiques et protocoles de prise en charge dans les HGR. Une meilleure organisation de la référence et la contre référence entre les CS et les HGR, (référence primaire) et entre les HGR et les hôpitaux des niveaux provincial et universitaire, associée à la supervision intégrée, permettra d'assurer la globalité, l'intégration et la continuité des soins.

279. Concernant la **rationalisation des ressources humaines pour la santé**, il sera entrepris des actions pour que le personnel d'une formation sanitaire donnée soit en adéquation sur le plan qualitatif et quantitatif avec la charge de travail et les normes en la matière. Le personnel pléthorique sera redéployé dans les formations sanitaires qui en ont besoin, d'où la nécessité de démarrer ce processus dans deux ou plusieurs CS dans une ZS, ou deux ou plusieurs ZS dans une province pour que le trop plein du personnel d'un CS ou d'une ZS soit absorbé par les CS ou les ZS qui en ont besoin. La mise en retraite du personnel de santé en collaboration avec la fonction publique pourra aider à faire accélérer le processus de rationalisation des RHS.

280. **La rationalisation de la carte sanitaire dans les ZS est tout aussi importante pour assurer la qualité des soins.** L'objectif visé est de débarrasser de la carte sanitaire de la ZS, des structures dont les services offerts sont dangereux pour la santé des communautés. L'expérience récente montre que plusieurs approches sont possibles en termes de rationalisation de la carte sanitaire, elles vont de l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires planifiées (ce qui réduit la fréquentation des autres structures et les poussent progressivement à fermer) à la fermeture pure et simple des formations sanitaires dangereuses. Ces différentes approches peuvent être combinées dans une même ZS.

281. L'expérience récente a également démontré que l'approche technique seule n'est pas suffisante pour faire avancer la rationalisation dans le secteur de la santé. La rationalisation dans le domaine des ressources humaines, celle de la carte sanitaire dans les ZS, etc. nécessite que des décisions soient prises dans ce domaine pour que les choses avancent. Il en est de même de l'assainissement dans le domaine de l'enseignement des sciences de la santé. D'où la nécessité renforcer les questions de gouvernance et la collaboration entre le secteur de la santé et les secteurs connexes (fonction publique, justice, enseignement supérieur, police) pour faciliter la prise des décisions

282. **Programme d'appui aux interventions de santé publique dans les ZS.** Ces ZS vont bénéficier les interventions qui relèvent des programmes 2, 5, 6, 7 & 8. Ces interventions sont : la vaccination, le traitement de la tuberculose et de la lèpre, la prévention et la prise en charge du paludisme, la VIT A, des conditions minimales pour une chirurgie d'urgence et les soins obstétricaux d'urgence, les campagnes de masses etc. Par ailleurs, les interventions telles que le paquet VIH/SIDA, Santé de la reproduction, etc. actuellement en cours dans certaines ZS de cette catégorie vont continuer. Les ZS de cette catégorie bénéficieront des constructions (CS et HGR) voire équipements en vue de leur développement futur.

283. **Programme relatif à la contingence des urgences et catastrophes.** Les actions à mener consisteront à renforcer la surveillance épidémiologique à tous les niveaux, le renforcement des capacités des équipes d'interventions rapides pour la réponse aux urgences et catastrophes ainsi que le pré positionnement des Kits dans les différents provinces pour permettre une réponse prompt aux éventuelles urgences et catastrophes dans l'ensemble du pays ; des lignes budgétaires particulières seront définies pour faciliter le déploiement des équipes d'interventions en cas de nécessité.

284. **Résultat 2 : le taux d'utilisation des services curatifs est augmenté de 25%.** Le taux d'utilisation des services de santé varie entre 0.15 et 0.25 contacts par habitant et par an. Elle est naturellement plus élevée dans les ZS où l'action humanitaire est plus importante du fait la gratuité des soins de santé qui y est pratiquée. Le taux d'utilisation des services curatif devra donc être ramené à environ 0.40 à 0.50 contacts par habitant et par an. La réalisation de ce résultat nécessite la mise en place des programmes suivants : (i) la **promotion de la participation communautaire à l'action sanitaire**, (ii) la **promotion des services de santé** et (iii) l'**amélioration de l'accessibilité financière aux soins et services de santé**

285. La problématique de l'utilisation des services et d'accès universel aux prestations de soins et services de qualité soulève les questions de la participation communautaire et de l'accessibilité financière de la population.

286. **Programme relatif à la promotion de la participation communautaire.** La participation effective de la population à l'action sanitaire permettra d'identifier les problèmes et les besoins de santé de la population et en même temps de mettre en place et/ou renforcer les organes de participation communautaire. Les prestataires établiront un dialogue avec la communauté afin d'écouter ses besoins et de l'impliquer dans le processus de mise en œuvre de l'action sanitaire.

287. **Programme relatif à la promotion des services de santé.** Les actions de promotion seront menées pour faire connaître les interventions offertes par les services de santé pour répondre aux problèmes et besoins spécifiques de la communauté. Les activités de marketing social et de communication seront intensifiées en collaboration avec les secteurs connexes à la santé (l'enseignement, l'environnement, l'eau, l'agriculture, l'habitat,...) et les leaders communautaires pour parvenir à une meilleure appropriation de l'action sanitaire par les communautés bénéficiaires et maintenir un contact permanent et fluide entre les services et la population.

288. **Programme relatif à l'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins.** Le manque de subsides pour le système de santé fait que son fonctionnement repose essentiellement sur l'apport des ménages. Dans ces conditions, la reconnaissance et la valorisation

des initiatives communautaires deviennent capitales. La mutualisation et diverses autres stratégies de solidarité permettent d'améliorer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé. Les réformes de financement inspirées des expériences menées sur terrain (tarification forfaitaire, fonds d'achat des services) seront capitalisées pour améliorer le financement du secteur. Pour que ces stratégies soient effectives, les subsides de l'Etat seront attribués pour le fonctionnement de l'ensemble des formations sanitaires pour une meilleure accessibilité aux soins. Une action volontariste sera menée pour baisser la contribution des ménages au financement de la santé en vue de faciliter l'accessibilité de ces derniers aux services et soins de santé.

289. Le nombre de ZS de la première catégorie qui vont bénéficier des programmes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 & 9 sera de 68 réparties dans toutes les provinces à la dernière année de la mise en œuvre de ce PNDS. Le nombre de ZS de la seconde catégorie qui vont bénéficier des programmes 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8 & 9 sera de 139, ce qui fait un nombre de 207 qui entre dans le processus de développement lors de la mise en œuvre de ce PNDS. Les 308 ZS restantes vont bénéficier des interventions de santé publique en attendant qu'une partie d'entre elles rejoignent le processus de développement lors de la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 et la partie restante lors de la mise en œuvre du PNDS 2021-2025.

290. Toute fois, le nombre des ZS dans chaque catégorie n'est pas figé étant donné que la rapidité de progression dans le processus de développement est tout naturellement différente d'une province à l'autre et elle peut aussi être fortement influencée par l'accroissement des moyens dont disposent ou vont disposer les provinces et les entités territoriales décentralisées (EDT). Dans la mesure où la qualité du travail est préservée, les initiatives provinciale ou locale en terme d'augmentation d'aires ou des ZS à aligner au processus de seraient encouragées.

291. Dans une ZS en développement, les aires de santé (AS) qui ne sont pas encore entrées dans le processus de développement vont continuer à bénéficier dans l'entre temps des interventions de santé publique. Ces dernières devront être converties en actions de développement au fur et à mesure de l'accroissement de la couverture sanitaire, c'est-à-dire au fur et à mesure que les ZS et les CS entrent dans le processus de développement.

292. Les critères de classification des ZS dans les différentes catégories seront à la fois internes à la ZS (taille de la population, existence ou non d'un HGR et de quelques CS, la dynamique communautaire, l'existence d'une endémie particulière telle la trypanosomiase, etc.) et externes à la ZS (existence d'une équipe cadre au niveau des provinces ou pool déconcentré d'encadreurs provinciaux pour un suivi de proximité, etc.). D'autres critères plus globaux vont être pris en compte. C'est le cas par exemple des critères sécuritaires (ZS en situation d'urgence ou non, etc.). L'équité dans la distribution des ressources devrait également être considérée comme un critère important, c'est dans ce sens qu'il faudra éviter de concentrer des ZS à développer dans quelques provinces uniquement ou à l'intérieur d'une province, dans un District Sanitaire uniquement.

293. **Offre de soins de santé de référence secondaire.** La continuité des soins nécessite comme on l'a vu plus haut la mise en place de services hospitaliers de référence secondaire et tertiaire. De la performance de ces services 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 secondaire ou tertiaire 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.

294. Dans la ville province de Kinshasa, ces prestations sont offertes par l'Hôpital Général Provincial de Kinshasa, la Clinique Ngaliema, l'hôpital Marie Bianda Mutombo qui est une structure privée à vocation tertiaire. L'Hôpital Général Provincial de Kinshasa et la Clinique Ngaliema bénéficieront des actions relatives à l'amélioration de la qualité des soins et de la rationalisation du 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 des soins dans les HGR de la ville .

295. Durant la mise en œuvre de ce PNDS, les deux Hôpitaux provinciaux de Kinshasa, l'Hôpital Général de Kananga, l'Hôpital Provincial de Mbandaka, l'Hôpital Bonzola de Mbuji-Mayi, l'Hôpital Général de Goma vont bénéficier des programmes 3 & 4 conformément à leur plateau technique pour leur permettre de remplir leur mission.

296. **Offre de soins de santé de référence tertiaire.** 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 pour vocation d'offrir des soins de santé de référence tertiaire. 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 (iii) que les hôpitaux provinciaux de la ville remplissent leur mission. Comme pour ces derniers, ils vont bénéficier des programmes 2 & 4 conformément à leur plateau technique.

297. Des projets d'établissements et la politique de financement des hôpitaux seront élaborés pour promouvoir le développement de l'offre et la qualité des soins dans les hôpitaux de référence secondaire et tertiaire et pour améliorer l'accessibilité des populations aux soins de santé qui y seront offerts.

6.2. Stratégies d'appui au développement des zones de santé

298. Cinq stratégies d'appui au développement des ZS vont être mises en œuvre. Il s'agit de : (i) **le développement des ressources humaines pour la santé**, (ii) **la réforme du secteur du médicament**, (iii) **de la réforme du financement de la santé**, (iv) **la construction et/ou réhabilitation des infrastructures sanitaires, l'équipement et l'implantation de nouvelles technologies**, (v) **et l'amélioration de la gestion de l'information sanitaire.**

6.2.1. Développement des ressources humaines pour la santé.

299. Le résultat poursuivi en matière des RHS est : **Le secteur de santé dispose d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité.** Pour atteindre ce résultat, quatre programmes vont être mis en place. Il s'agit : (i) du programme de renforcement de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire, (ii) du programme d'utilisation efficiente et rationnelle des RHS, (iii) du programme de renforcement des capacités des RHS en cours d'emploi, (iv) et du programme d'amélioration des conditions sociales et de travail pour les RHS. Ces programmes seront prioritairement exécutés au profit du personnel de santé de 207 ZS qui entrent dans le processus de développement au cours de la période de mise en œuvre du PNDS.

300. La formation de base du niveau secondaire sera renforcée par l'assainissement des établissements d'enseignements des sciences de la santé, la réforme de cet enseignement et l'amélioration des conditions de stages des apprenants. Il sera également question de promouvoir les filières pour lesquelles il existe encore une insuffisance en du personnel de santé.

301. Un cadre de concertation sera mis en place pour permettre un rapprochement entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire (MESU) qui produit les cadres supérieurs et universitaires et le MSP qui en est le principal utilisateur. Ceci permettra au MSP de s'assurer que les programmes de formation qui sont appliqués pour la production du personnel de santé de niveau universitaire et supérieur sont conformes aux besoins ressentis et de réguler en amont cette production en termes de quantité.

302. La formation en cours d'emploi du personnel de santé devra être profondément reformée. Il s'agira de passer des formations de types de séminaires qui soustraient chaque année le personnel

de santé de son lieu de travail pour une bonne période de l'année sans garantie de qualité, à des formations sous forme des stages dans les ZS, CS et hôpitaux qui ont un degré de fonctionnement satisfaisant. Le personnel de CS peut ainsi être formé à l'HGR. Les membres des équipes cadres d'une ZS, seront formées sur le plan clinique dans les hôpitaux de référence secondaire et sur le plan managérial dans les ZS qui fonctionnent bien et/ou par la formation des équipes cadres des ZS pour une durée de 6 à 8 semaines. Les modules de formation seront conçus de sorte que les besoins de base en termes de formation en cours d'emploi pour le personnel soient pris en compte.

303. Le personnel ainsi formé ne sera plus exposé à des formations sélectives organisées par les programmes spécialisés.

6.2.2. Reforme du secteur du médicament

304. Trois résultats sont attendus de la mise en œuvre de cet axe de soutien au développement des ZS et pour ce faire six programmes seront développés. Il s'agit des résultats et des programmes suivants :

305. **Résultat 1 : la disponibilité du médicament est assurée dans l'ensemble des ZS selon leurs catégories** ; La réalisation de ce résultat passera par la mise en œuvre des programmes suivant : (i) programme de rationalisation et accroissement du financement des médicaments et intrants spécifiques, (ii) programme de coordination des approvisionnements, (iii) programme de renforcement du Système National d'Approvisionnement des Médicaments Essentiels et génériques (SNAME), (iv) et programme d'accroissement de la production locale des médicaments.

306. Dans le cadre de ces programmes, des actions seront menées pour réduire le plus possible les circuits d'approvisionnement parallèles des médicaments et intrants spécifiques au bénéfice du SNAME. Les fonds destinés aux médicaments mis à dispositions par les initiatives mondiales pour la santé et les différentes coopérations devront être utilisé pour renforcer le SNAME notamment par l'augmentation de son chiffre d'affaire.

307. Le renforcement du SNAME passe également par son appropriation par le Gouvernement. Pour ce faire, les textes qui mettent en place le SNAME doivent être révisés pour permettre que les fonds domestiques (ceux du budget de l'Etat consacré à la santé) destinés à l'achat du médicament également passent par le SNAME.

308. **Résultat 2 : 80% de la population ont accès financièrement aux médicaments essentiels et génériques en 2015.** Deux programmes seront mis en œuvre pour l'atteinte de ce résultat, il s'agit de (i) la rationalisation de la prescription et de la tarification des médicaments essentiels et génériques et des intrants spécifiques dans les formations sanitaires et (i) du programme de subventionnement du médicament.

309. Comme on l'a vu plus haut, la plupart des prescriptions qui sont établies par le personnel de santé portent des médicaments qui ne sont pas utiles pour l'amélioration de l'état de santé des patients. Cette situation est due à plusieurs facteurs dont la formation de base et la tendance à la commercialisation des soins de santé. Dans la cadre de ces programmes, des actions seront menées pour rationaliser les prescriptions et pour subventionner le médicament au moyen des fonds publics.

310. **Résultat 3 : 80% des médicaments essentiels et génériques et intrants spécifiques en circulation sont de bonne qualité en 2015.** Comme pour le précédent résultat, un seul programme sera mis en place, il s'agit du développement d'un système d'assurance qualité.

6.2.3. Réforme du financement de la santé.

311. La réforme du secteur de la santé qui sera entreprise lors des cinq prochaines années visera les résultats suivant : (i) la part du budget de la Santé augmente chaque année pour atteindre 10% 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, (ii) la fragmentation de l'aide internationale consacrée à la

santé est progressivement réduite conformément à l'agenda de Kinshasa, (iii) l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est améliorée, (iv) le volume du financement de la santé du secteur privé lucratif et non lucratif et celui des entreprises est connu et la pertinence de son affectation améliorée, (v) le costing et la planification des ressources pour les hôpitaux provinciaux, les hôpitaux tertiaires, les services de la division provinciale de la santé et le niveau central est défini. L'atteinte de ces résultats va nécessiter la mise en œuvre des programmes suivants :

312. Résultat 1 : la part du budget de la Santé augmente chaque année pour atteindre 10% 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. Trois programmes seront mis en place : (i) plaider pour la mobilisation des financements publics en faveur du secteur, (ii) l'amélioration de l'affectation des fonds publics en tenant compte des priorités du secteur et (iii) l'amélioration de la gestion des ressources financières du secteur. Les principales actions à réaliser dans ces trois programmes portent essentiellement sur le renforcement du plaidoyer auprès de l'autorité budgétaire pour l'augmentation du budget de l'Etat alloué à la Santé, l'adoption du PNDS par le Gouvernement de façon à négocier les budgets annuels de l'Etat consacré à la santé dans le cadre de ce plan, le développement du CSDMT, la décentralisation tant des ressources budgétaires que des procédures de passation de marchés publics et la production périodique des Comptes Nationaux de la Santé (CNS).

313. Résultat 2 : la fragmentation de l'aide internationale consacrée à la santé est progressivement réduite conformément à l'agenda de Kinshasa. Pour atteindre ce résultat, un seul programme sera mis en œuvre. Il s'agit de la mise en place d'une approche sectorielle (SWAP). Parmi les actions, on peut citer la mise en place de trois structures ci après citées : une cellule d'appui et de gestion du MSP, une agence de gestion financière (fiduciaire) et la direction administrative et financière qui assurera la tutelle de la CAG et de l'agence fiduciaire. Il y aura lieu également d'assurer l'adoption d'un manuel de procédures de gestion du MSP, la signature d'un mémorandum d'entente entre le Gouvernement et ses partenaires sur la réforme du financement de la santé. Pour soutenir cette réforme, le Comité National de Pilotage sera le seul organe de pilotage pour l'ensemble du secteur de la santé. L'implantation des Comités Provinciaux de pilotage dans les provinces qui n'en disposent pas, etc.

314. Résultat 3 : l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est augmentée de 30%. Le programme à mettre en place est celui de la couverture universelle des soins de santé. Les actions nécessaires à la réalisation de ce programme sont : la participation à l'effort intersectoriel de promotion des mutuelles de santé, le développement de l'assurance maladie obligatoire, la mise en place d'un fonds d'équité, le subventionnement de certaines catégories de soins de santé, l'appui au fonctionnement des structures de santé (formations sanitaires, CDR, etc.), l'exonération de certains intrants. Ces actions de mettre fin progressivement au paiement direct des soins de santé par les usagers au lieu où ces soins sont offerts.

315. Résultat 4 : le volume du financement de la santé du secteur privé lucratif et non lucratif et celui des entreprises est connu et la pertinence de son affectation améliorée. Pour réaliser ce résultat, un programme sera mis en place. Il s'agit du programme des comptes nationaux de la santé avec un volet d'enquête sur les données financières des formations médicales privées lucratives, privées non lucratives et des formations médicales tenues par les entreprises. Dans le cadre de la collaboration intra sectorielle, des négociations seront entreprises avec le privé lucratif et non lucratif pour améliorer la pertinence des affectations de leurs ressources et éviter le double emploi.

316. Résultat 5 : le costing et la planification des ressources pour les hôpitaux provinciaux, les hôpitaux tertiaires, les services de la division provinciale de la santé et le niveau central est défini. Un seul programme sera mis en place pour atteindre ce résultat. C'est le programme de costing et

de la planification des ressources pour l'hôpital de référence secondaire, tertiaire et des services de l'administration central et provinciale

6.2.4. Amélioration/modernisation des infrastructures et des équipements du MSP.

317. Pour améliorer la situation des infrastructures du secteur, le PNDS se propose d'intervenir sur deux résultats : (i) **Résultat 1 : au moins 80% des infrastructures sanitaires ciblées sont construites et/ou réhabilitées et équipées** et **Résultat 2 : les Unités de maintenance sont fonctionnelles au niveau central et dans les 26 futures provinces.**

318. Le premier résultat comporte 6 programmes : (i) programme de construction d'immeubles et bâtiments pour l'administration du MSP au niveau central et en provinces, (ii) programme de réhabilitation des Infrastructures sanitaires existantes dans 207 Zones de santé à développer, (iii) programme de réhabilitation des infrastructures sanitaires existantes dans 308 Zones de santé bénéficiaires des interventions basiques, (iv) programme de construction de Nouvelles infrastructures sanitaires dans les Zones de Santé, (v) programme de réhabilitation profonde des Hôpitaux Provinciaux et des Hôpitaux Nationaux, (vi) programme de dotation des infrastructures sanitaires en équipements,

319. Le deuxième résultat ne contient qu'un seul programme : (i) programme de maintenance des équipements. Ils couvrent tous les niveaux et toutes les fonctions du MSP. Les planifications en infrastructures et équipements des services de santé ont tenu compte des besoins exprimés par la réflexion menée dans le cadre de l'amélioration de la prestation de services et de soins de santé. La disponibilité en équipements requis, c'est-à-dire la présence dans un service de tous les équipements attendus en état de marche constituera un indicateur d'une offre de services de qualité. Les prévisions tiennent compte également des financements déjà annoncés comme y compris celui de la coopération sino congolaise.

6.2.5. Renforcement du système national d'information sanitaire.

320. Ce sous axe poursuit un seul résultat à savoir : **l'information sanitaire est disponible pour la prise de décision à tous les niveaux et le renforcement du leadership du MSP sur l'ensemble du secteur.** La réalisation de ce résultat nécessitera la mise en place des programmes suivant : (i) programme de renforcement du SNIS, (ii) programme relatif à l'amélioration de la qualité de l'information dans l'ensemble des composantes, (iii) programme d'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire pour renforcer le cadre de suivi évaluation du Ministère de la Santé, (iv) programme de renforcement de la communication au sein du Ministère, (v) programme de réforme de l'ensemble du système d'information sanitaire.

321. **Programme de renforcement du système d'information sanitaire.** Ce programme comprend les actions suivantes : la mise à jour de la réglementation du SIS, la mise en place des organes de coordination au niveau central et au niveau intermédiaire, l'élaboration d'un plan de renforcement du SNIS avec toutes les composantes, fonctionnalisation des composantes prioritaires.

322. **Programme relatif à l'amélioration de la qualité de l'information dans l'ensemble des composantes.** Les actions que comprend ce programme sont : renforcement des capacités des ressources humaines, renforcement des capacités logistiques, renforcement des capacités de production des outils de gestion au niveau des divisions provinciales de la santé (DPS), renforcement de l'intégration des structures privées dans le système d'information sanitaire, définition et mise en œuvre des procédures.

323. **Programme d'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire.** Les actions relatives à la mise en œuvre de ce programme sont : développement et la gestion des entrepôts des données au niveau central et intermédiaire, la recherche complétant l'information de routine pilotées par le MSP, le développement des tableaux de bord à tous les niveaux de la pyramide du système de santé.

324. **Programme de renforcement de la communication au sein du MSP.** Les actions dans le cadre de ce programme sont l'amélioration de la diffusion d'informations sanitaires au niveau national et intermédiaire, l'amélioration de la gestion du site web, le développement d'un réseau informatique au niveau national et intermédiaire.

325. **Réforme du système national d'information sanitaire.** Les actions sont : la mise en place du dossier du malade dans les centres de santé et les HGR des 67 ZS à rationaliser. Cette action de réforme est une conséquence de l'implantation des soins de santé centrés sur la personne. En effet, les multiples canevas sont la traduction d'un système de soins basé sur les programmes spécialisés et les exigences des bailleurs et non sur la personne. L'idée est de commencer l'expérience à petite échelle, de la soutenir par de la recherche opérationnelle avant d'envisager son implantation progressive dans les autres ZS. Dans ces 67 ZS, les circuits parallèles d'information sanitaire devront céder la place progressivement au dossier du malade.

6.3. Renforcement du leadership et de la gouvernance

326. Le renforcement du leadership et de la gouvernance constitue un axe stratégique important du PNDS 2011-2015 dans mesure où la faiblesse du leadership et les questions liées à la gouvernance à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé expliquent largement le déclin qui a été observé dans le secteur de la santé ces dernières années. La gouvernance est donc l'un des déterminants parmi les plus importants de la santé en RDC. Ainsi, les investissements dans le secteur de la santé (quelle que soit leur importance) qui ne prennent pas en compte les questions de gouvernance risquent de n'avoir que très peu d'impact sur l'amélioration de l'offre, la qualité des soins ainsi que leur utilisation par la population.

327. Les résultats attendus de cet axe stratégique sont : (i) le cadre législatif, réglementaire, stratégique et normatif est élaboré et/ou actualisé et appliqué, (ii) les capacités institutionnelles sont renforcées et adaptées à la mission du secteur de la santé dans le contexte de la décentralisation, (iii) la coordination est assurée à tous les niveaux du secteur, (iv) une gestion efficace et efficiente est assurée à tous les niveaux.

328. Pour réaliser ces résultats, un certain nombre des programmes doivent être mis en place. Il s'agit de :

329. **Résultat 1 : le cadre législatif, règlementaire, stratégique et normatif est élaboré et/ou actualisé et appliqué.** L'atteinte de ces résultats va nécessiter d'entreprendre deux programmes. Il s'agit du programme relatif à l'élaboration / actualisation des textes législatifs, textes règlementaires, stratégiques et normatifs et celui relatif à l'application des textes légaux et règlementaires.

330. S'agissant du **programme relatif à l'élaboration / actualisation des textes législatifs, textes règlementaires, stratégiques et normatifs**, il s'entend d'élaborer 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 provinces prendront des édits pour les matières qui relèvent de leurs compétences en vue de renforcer l'action sanitaire de l'Etat. Les mesures d'application de toutes ces lois et textes règlementaires seront également élaborés.

331. Les politiques sous sectorielles (politiques des RHS, politique pharmaceutique, etc.) seront élaborées ou actualisées. Les plans d'établissement et les politiques de financement des hôpitaux provinciaux et nationaux seront élaborés le plus rapidement possible. Les plans stratégiques des programmes de lutte contre la maladie seront également actualisés pour une meilleure cohérence avec le PNDS qui met l'accent sur les soins de santé basé sur la personne et pour une articulation avec le cycle de planification de ce dernier.

332. La question de normalisation doit être réformée aussi bien dans le processus que dans son contenu. Il s'agira non d'élaborer les normes par programmes et de les acheminer en provinces, mais bien d'élaborer des normes par niveau du système de santé : normes d'organisation et fonctionnement d'une ZS en milieu urbain et rural, normes d'organisation d'un CS et d'un HGR, normes d'organisation et de fonctionnement d'un hôpital de référence secondaire, norme d'organisation et de fonctionnement d'un hôpital tertiaire, norme d'organisation et de fonctionnement de la division provinciale de la santé, normes d'organisation et de fonctionnement du niveau central, recueil des normes relatives à la construction et aux matériaux etc.

333. Le statut et les différents textes réglementaires régissant les hôpitaux publics (au moins 5 au cours des 5 prochaines années) seront revisités ou actualisés.

334. Le second programme à mettre en place pour l'atteinte de ces résultats est le **programme d'application des textes légaux et réglementaires**. Un inventaire de toutes les mesures d'application sera fait en vue de les compléter et de les vulgariser. L'inspection sera renforcée pour un contrôle de l'application effective des lois et textes légaux, l'assainissement du secteur notamment en ce qui concerne les formations sanitaires, les pharmacies et les ITM et IEM non conformes aux normes. Les services déconcentrés du pouvoir central seront mis en place dans les provinces pour s'assurer de l'application des lois et textes réglementaires à ce niveau. Les mécanismes de lutte contre la corruption et les antivaleurs seront développées et les audits et contrôles renforcés.

335. **Résultat 2 : Les capacités institutionnelles sont renforcées et adaptées à la mission du secteur de la santé dans le contexte de la décentralisation.** La réalisation nécessite la mise en place de trois programmes à savoir : (i) le programme de réforme du secteur de la santé, (ii) le programme de la décentralisation dans le secteur de la santé et (iii) le programme d'amélioration de l'environnement de travail.

336. **Programme de réforme du secteur de la santé.** Le projet de cadre organique sera finalisé y compris dans sa partie relative aux provinces ; les postes, les emplois et les profils seront définis. La rationalisation des ressources humaines (déplacement, changement de métier avec formation requise, mise à la retraite,...) en fonction de ce cadre organique une fois adopté et promulgué prendra en compte les besoins en RHS dans la création de nouvelles divisions provinciales de la santé. Un plan d'accompagnement social sera mis en place.

337. **Programme de la décentralisation dans le secteur de la santé.** Au cours des cinq prochaines années, une action sera entreprise pour préparer l'émergence de nouvelles divisions provinciales de la santé (DPS) dans les futures provinces. Cette action prendra en compte les orientations de la réforme qui donne une mission aux divisions provinciales de la santé qui est différente de celle des Inspections Provinciales de la Santé, l'inspection devant désormais faire partie des services déconcentrés du niveau central. La mission des DPS comprend les fonctions suivantes : (i) l'appui au développement des ZS, (ii) la gestion des ressources (humaines, financières, médicaments et intrants spécifiques, etc.) et (iii) la fonction d'information, de communication & recherche.

338. La décentralisation dans le secteur de la santé prendra en compte la loi portant principes fondamentaux relatifs à la libre administration des provinces, la loi portant composition, organisation et fonctionnement des Entités Territoriales Décentralisées (ETD) et leurs rapports avec les provinces ainsi que la loi organique sur la fonction publique nationale, provinciale et locale en cours d'élaboration. Enfin, le dispositif de transfert des compétences et des ressources aux provinces et aux ETD sera rendu effectif et efficient.

339. **Programme relatif à l'amélioration de l'environnement de travail.** Le cadre de travail sera amélioré par la construction et/ou la réhabilitation de bâtiments administratifs des services centraux et provinciaux, l'équipement des services en mobilier, équipements et fournitures de bureau et en technologies de l'information et de la communication.

340. **Résultat 3 : La coordination est assurée à tous les niveaux du secteur.** Trois programmes seront mis en place pour l'atteinte de ce résultat. Il s'agit du programme de renforcement du pilotage du secteur de la santé, du programme de renforcement du partenariat public et privé et celui de renforcement du suivi & évaluation à tous les niveaux de la pyramide du système de santé.

341. **Programme de renforcement du pilotage du secteur de la santé.** Ce programme comprend des actions telles qu'assurer le fonctionnement effectif du Comité National de Pilotage et de toutes ses commissions, implanter les Comités Provinciaux de Pilotage dans leurs nouvelles configurations, etc. le Comité National de Pilotage sera la seule instance de pilotage et de coordination et de pilotage du secteur de la santé conformément à l'agenda de Kinshasa. Il devra de ce fait prendre la place de tous les autres structures de coordination et de pilotage mis en place du fait des projets financés par les bailleurs.

342. **Programme de renforcement du partenariat public-privé.** Ce programme comprend : l'organisation de la contractualisation et autres conventions avec les privés lucratifs et non lucratifs, l'organisation de la labellisation des établissements de santé et des Etablissements d'Utilité Publique (EUP) et la mise en place d'un cadre de concertation permanente avec les organisations non gouvernementales.

343. **Programme de renforcement du suivi & évaluation à tous les niveaux du système de santé.** Plusieurs actions sont inscrites dans ce programmes, il s'agit de : élaboration d'un cadre de S&E commun (MSP et partenaires techniques et financiers), l'appui à la supervision intégrée des activités au niveau ZS, appui aux missions d'accompagnement des ZS par les provinces, et des provinces par le niveau central, organisation du monitoring mensuel des activités au niveau des ZS, organisation des revues provinciales semestrielles et des revues annuelles sectorielles.

344. **Résultat 4 : Une gestion efficace et efficiente est assurée à tous les niveaux.** Les programmes qui vont contribuer à la réalisation de ce résultat sont : (i) le programme de monitoring des dépenses et des recettes des Formations Sanitaires, (ii) le programme de pérennisation des contributions des ménages ainsi que (iii) le programme de lutte contre la corruption dont il est question plus haut.

6.4. Renforcement de la collaboration inter sectorielle

345. Le document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, DSCRP en sigle, comprend cinq piliers qui sont : (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. Le secteur de la santé fait partie intégrante du 3^{ème} troisième pilier.

346. Ces piliers sont conçus de sorte que les résultats dans un pilier sont tributaires des progrès qui seront réalisés dans d'autres piliers. Ainsi, l'amélioration de la santé des populations constitue un objectif économique et social de développement et de réduction de la pauvreté auquel doivent contribuer tous les secteurs de la vie nationale. L'assainissement du milieu, par exemple, a un impact direct sur la prévalence et l'incidence du paludisme qui constitue la première cause de consultations externes dans les formations sanitaires. L'amélioration de l'adduction en eau potable a une incidence directe sur la réduction des maladies diarrhéiques y compris des épidémies de choléra. Les données de l'EDS montrent que la mortalité infantile (moins d'un an) et la mortalité infanto juvénile (moins de cinq ans) sont deux fois plus élevées pour les enfants des mères non instruites que pour leurs compatriotes dont les mères sont instruites. Il en est de même du niveau socioéconomique de la population qui a les mêmes effets sur la mortalité des enfants en ce sens que les enfants des pauvres courent deux fois plus de risques de mourir que les enfants des riches. La qualité des soins et services de santé qui sont offerts par le MSP est fortement dépendante de la qualité de la formation du personnel de santé qui est sous la responsabilité du Ministère de l'Enseignement Supérieur et

Universitaire. Ces données montrent combien la santé des populations est influencée par les autres secteurs de la vie nationale.

347. On constate par exemple que sur les 8 objectifs du Millénaire pour le Développement, 3 ont des liens directs avec la santé, tandis que les 5 autres sont en fait des déterminants de la santé. Ainsi, il est important qu'une action concertée de tous les secteurs qui ont un impact direct sur la santé soit initiée au sein du Gouvernement pour créer des synergies et améliorer de façon durable la santé des populations. De ce fait, les plans sectoriels ne devraient donc pas être cloisonnés. Les acteurs du secteur de la santé doivent identifier les actions qui ont un impact sur la santé et qui sont du ressort des autres secteurs et se rassurer que ces actions sont effectivement prises en comptes dans les plans sectoriels des secteurs concernés.

348. Des cadres de concertations doivent donc être mis en place pour promouvoir le dialogue avec d'autres secteurs en vue de s'assurer qu'ils jouent pleinement leur rôle dans l'amélioration de l'état de santé des populations. Ceci correspond à la réforme des politiques publiques préconisée par l'OMS dans le rapport sur la santé dans le monde publié en 2008.

349. Deux résultats sont attendus de cet axe stratégique. Il s'agit de :

350. **Résultat 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.** Sa réalisation nécessite que quatre programmes soient entrepris. Il s'agit du (i) **programme de collaboration avec le secteur éducatif**, (ii) **du programme de collaboration avec le secteur de l'eau, hygiène et assainissement**, (iii) **du programme de collaboration avec le secteur de l'agriculture, pêche et élevage**, (iv) **du programme de collaboration avec le secteur du genre et famille** et enfin (v) **du programme de collaboration avec les autres secteurs connexes directs et indirects.**

351. **Résultat 2 : Le leadership du MSP est assuré dans le cadre des enjeux internationaux et a contribué à leur réajustement.** Les principales actions sont : la mise en place un comité de suivi des résolutions et traités internationaux sur la santé et prendre des mesures d'application des traités internationaux ratifiés par le pays.

7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS

352. **Principes directeurs.** Le PNDS 2011-2015 sera mis en œuvre par les trois niveaux du système national de santé selon les attributions de chacun d'eux. Du fait que l'élaboration de ce plan quinquennal s'est faite dans un processus participatif, sa mise en œuvre se fera de manière conjointe avec l'ensemble de parties prenantes y compris la société civile. Cette approche participative permettra de faire bénéficier aux zones de santé de l'expertise des autres niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi, les principes directeurs qui vont guider la mise en œuvre du PNDS et la répartition des rôles des différents acteurs sont précisés ci-dessous :

- La reconnaissance de **la zone de santé** (avec les deux échelons : centre de santé et HGR) comme **seule unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre des SSP** dans le respect des principes d'intégration, continuité, globalité des soins centrés sur l'homme. À cet effet, les hôpitaux provinciaux (HP) et universitaires ou nationaux (HU) joueront désormais leurs rôles des structures de référence, d'encadrement clinique des zones de santé et de recherche.
- La progressivité dans le développement des zones de santé et l'amélioration de la couverture sanitaire nationale dans le respect de l'équité et de la justice distributive entre provinces, districts et territoires du pays.
- La Décentralisation effective pour la redistribution de l'autorité, de la responsabilité et des ressources dans le respect des attributions constitutionnelles et des missions de chaque niveau de la pyramide sanitaire. Chaque niveau de la pyramide sanitaire doit s'en tenir à son rôle.

- La mobilisation et l'allocation des ressources suffisantes et leur utilisation efficiente pour une prestation intégrée des services de santé essentiels permettant de réaliser l'accès universel. Les fonds provenant des initiatives mondiales doivent aussi contribuer à la mise en place des prestations intégrées dans les zones de santé.
- La collaboration intersectorielle impliquant la nécessité d'institutionnaliser l'action intersectorielle coordonnée afin d'améliorer les déterminants de la santé ;
- L'harmonisation et alignement de l'aide pour garantir que le budget de l'état alloué à la santé et les flux de l'aide internationale **sont alignés sur les priorités du PNDS** et utiliseront les mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement ;
- La responsabilité mutuelle pour les résultats par la mise en place et utilisation d'un cadre conjoint de suivi et évaluation des résultats du PNDS en conformité avec les engagements de « l'agenda de Kinshasa ».

353. **Responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2011-2015.** L'administration de la mise en œuvre du PNDS et de la coordination des interventions relèvent du Gouvernement central, provincial et des ETD appuyés respectivement par le comité national de pilotage (CNP), les comités provinciaux de pilotage (CPP) et par les conseils d'administrations des zones de santé (CA). En dehors du CNP, il sera mis en place un cadre de concertation entre le ministre de la santé national et les ministres provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Une réunion annuelle permettra de réajuster la mise en œuvre du PNDS dans les provinces.

354. Après adoption de la 2nde édition de la stratégie sectorielle santé et du PNDS par le Gouvernement central ; il sera organisé sous le patronage du Premier Ministre, la **table ronde de mobilisation des ressources. Un mémorandum d'entente** sera signé avec chaque partie prenante pour confirmer les engagements des uns et des autres dans le financement et l'accompagnement technique de la mise en œuvre du plan quinquennal.

355. La préparation de la mise en œuvre du PNDS nécessitera sa diffusion et vulgarisation auprès des élus nationaux, provinciaux et locaux. **Le % du budget de l'état alloué à la santé au niveau national, provincial et local et son alignement aux priorités sanitaires sera un indicateur de l'appréciation de l'appropriation du PNDS par la partie nationale.** Un autre indicateur de suivi de l'appropriation sera le niveau de mise en place des réformes indispensables à l'efficacité des administrations nationales, provinciales et locales.

356. **Un Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT)** sera élaboré et joint en annexe au PNDS. C'est l'outil à travers lequel se fera la mise en œuvre qui sera essentiellement basée sur la gestion axée sur les résultats. Chaque niveau du système sanitaire national élaborera, chaque année, **un plan de mise en œuvre du PNDS** pour une programmation annuelle des actions et activités prioritaires à chaque niveau. Un rapport mensuel, trimestriel et annuel sera élaboré par chaque zone de santé, par chaque Division provinciale de la santé et par le Secrétariat Général à la santé. Ces rapports serviront de base au suivi des progrès lors des revues périodiques du secteur. **Rôle des autres parties prenantes.** Les Bailleurs de fonds regroupés au sein du GIBS et d'autres bailleurs potentiels seront essentiellement chargés de : (i) la mobilisation des ressources extérieures pour la réalisation des résultats du PNDS et du suivi de leur utilisation efficiente, (ii) le renforcement des capacités des structures de gestion mise en place dans le cadre de la réforme du financement (CAG, AGEFIN, DAF...), (iii) la participation au suivi et évaluation conjointe du PNDS et des PPDS à travers les commissions et groupes de travail du CNP et des CPP ; (iv) Groupe de pression pour des nouveaux bailleurs pour leur alignement au PNDS. Le financement chinois dans le cadre de la convention sino congolaise constitue une opportunité pour l'investissement (construction, réhabilitations et équipements) dans le secteur de la santé.

357. Les Agences des Nations Unies. L'OMS assumera son rôle d'appui technique au ministère de la santé tant au niveau national qu'en provinces. Elle devra appuyer l'élaboration des politiques et plans sous sectoriels, normes et guides techniques, le suivi & évaluation par l'appui au

développement du système national d'information sanitaire et l'appui à la coordination de l'action sanitaire en situation d'urgence.

358. Les autres agences des nations Unies (essentiellement les fonds : UNICEF et UNFPA) assumeront leurs mandats en appuyant la mobilisation des ressources additionnelles pour la mise en œuvre du PNDS. Ces agences participeront, avec le GIBS, à l'appui aux commissions techniques et groupes de travail du CNP et CPP. De façon spécifique, l'UNICEF appuiera également la mobilisation des ressources en faveur de l'amélioration de la déserte en eau potable et dans le développement des programmes de santé scolaire.

359. Le PNUD, en tant que PR du fonds mondial, préparera le ministère de la santé à assumer le rôle de gestion des fonds comme PR public au 9ième Round et à partir de la deuxième phase du 8ième round. Il va donc appuyer la mise à niveau de la CAG, de la DAF en collaboration avec l'Agence de Gestion Financière en cours de recrutement.

360. La Banque Mondiale et la Banque Africaine de Développement devraient continuer à apporter leurs appuis financiers et techniques à la mise en œuvre de ce PNDS. La Banque Mondiale et l'OMS devraient dans le cadre de l'IHP+ auquel la RDC vient d'adhérer, continuer à mobiliser les ressources supplémentaires en faveur du secteur de la santé.

361. L'ONUSIDA assistera le ministère de la santé et le PNMLS à l'intégration progressive de la lutte contre le VIH/SIDA dans les structures des soins de la pyramide sanitaire et à la mobilisation des ressources additionnelles pour la lutte contre cette pandémie. Les autres Agences UN pourront appuyer le Gouvernement dans son action sanitaire en tenant compte de leurs mandats spécifiques dans le cadre de l'UNDAF.

362. Les Confessions religieuses. Elles vont poursuivre leur partenariat avec le gouvernement en tant qu'acteurs sanitaires. Elles veilleront à la participation effective de leurs formations sanitaires à la réalisation des priorités sanitaires nationales par la mise en œuvre effective des SSP. A cet effet, elles signeront un accord cadre avec le Gouvernement –MSP.

363. Les ONG de santé vont participer au renforcement des capacités communautaires. À cet effet, les ONG internationales se mettront en réseau avec les ONG nationales en vue de renforcer les capacités de ces dernières comme contribution au renforcement de la société civile dans le pays. Elles participeront à la mobilisation des ressources additionnelles pour la santé et particulièrement pour la lutte contre les maladies tropicales négligées. Le Gouvernement aura le rôle d'accréditer les ONG de développement et celles dites humanitaires c'est-à-dire d'appui aux urgences.

364. Les Ordres et associations des professionnels de santé. Les Ordre des médecins et des pharmaciens ainsi que les associations des professionnels de santé vont jouer le rôle d'auxiliaire du ministère pour veiller au code de déontologie et d'assurer une participation active au développement du secteur santé en prenant une part active aux commissions techniques du CNP et aux groupes de travail des CPP. Ils participeront également aux différentes missions de suivi évaluation. Ces ordres et associations vont aider au recensement des différents corps des métiers par un enregistrement et un suivi des mouvements migratoires (observatoire) du personnel de santé.

365. Les syndicats des professionnels et personnels de santé. Les syndicats seront en concertation régulière avec le Ministère de la Santé Publique pour s'assurer du respect des obligations contractuelles par l'employeur-Etat et par les employés. Leur rôle devra devenir prépondérant dans la vulgarisation du code de conduite du fonctionnaire de l'administration publique. Ils donneront également la voix aux différentes évaluations de la performance du secteur.

366. Les autres secteurs connexes. Des actions intersectorielles seront menées avec le secteur de l'eau, de l'éducation nationale, de l'hygiène, de l'agriculture etc. comme indiqué plus haut afin d'influer sur les déterminants de la santé. Ces différents secteurs participeront aux travaux du CNP, CPP et CA/ZS. Le ministère de la justice et de l'intérieur seront mis à contribution pour l'assainissement des ITM/IEM, formations médicales et pharmaceutiques. La distribution/vente des

moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) se fera en partenariat avec le ministère du commerce extérieur et de l'industrie. En effet, à l'instar de la commercialisation du sel iodé pour la lutte contre le goitre, le secteur de la santé fournira la norme sur la MII et laissera progressivement l'importation ou la production des MII aux ministères du commerce extérieur et de l'industrie. L'implication du secteur privé sera sollicitée pour la distribution/commercialisation de la MII et des préservatifs. L'Armée nationale et la police nationale seront mises à contribution pour l'appui logistique à l'acheminement des intrants médico sanitaires vers les provinces et vers les zones de santé d'accès difficile.

367. Les initiatives mondiales pour la santé (GAVI, FM, etc.) sont devenues depuis quelques années des partenaires financiers importants du fait de l'accroissement de leur financement dans le secteur de la santé. Ce financement considéré comme complémentaire ne devrait pas être un argument pour la réduction des ressources financières apportées par les partenaires bi et multi latéraux ou pour le retrait de ceux-ci du secteur de la santé en RDC étant l'immensité des besoins à couvrir.

368. **Protection des Zones de santé en développement.** Le développement progressif des zones de santé et l'amélioration progressive de la couverture sanitaire auront des implications dans la réorganisation et le fonctionnement des trois niveaux du système de santé. **En effet, les 207 zones de santé en développement vont être protégées de l'intrusion des interventions verticales et d'expérimentations pilotes qui sont de nature à interférer avec la mise en place d'une approche holistique dans l'offre des soins de santé.** Aucune activité du niveau central (recherche sur l'efficacité thérapeutique, enquêtes de séroprévalence...) n'y sera effectuée sans l'accompagnement de la province. Ces ZS seront également protégées des affectations intempestives du personnel ou du déplacement non justifié du personnel en place. L'ouverture des structures des formations sanitaires dans ces ZS devra répondre aux besoins planifiés d'extension de la couverture sanitaire et elle sera négociée avec l'Equipe Cadre de la Zone de Santé dans le cadre de la mise en œuvre de son Plan de Développement Sanitaire de la ZS (PDSZ). **L'autorisation d'ouverture des centres de santé se fera par la province.**

369. **Le niveau central** va, en plus de la finalisation de la réforme en cours, de l'élaboration/actualisation des politiques, textes légaux, réglementaires et normes ; assurer l'encadrement des provinces dans leur rôle d'organisation des SSP. Un arrêté ministériel sera pris pour assurer « la protection » des zones de santé en développement.

370. Le niveau central va également déterminer un nombre minimal des structures de santé (HGR, HP et cliniques universitaires) à réhabiliter, à construire et à équiper par province après établissement de la carte sanitaire du pays. Il va spécifiquement s'occuper de la rationalisation des hôpitaux nationaux et provinciaux et de celle des CDR, laboratoires nationaux (INRB et LAPHAKI) et provinciaux. Il va également développer un programme national de recyclage des enseignants des ITM/IEM. Tout ceci implique la mise en place d'une équipe cadre du niveau central, avec back round nécessaire dans la gestion des SSP, et à remettre à niveau, au besoin avec l'expertise internationale sur la gestion axée sur les résultats, sur la négociation, contractualisation ; sur l'élaboration des stratégies sectorielles et sur la recherche, la production de l'information stratégique et le suivi - évaluation des projets. Ces cadres centraux appuieront, au besoin, les revues semestrielles provinciales.

371. Pour ce faire, **l'actualisation du cadre organique et sa mise en œuvre devront s'achever durant la première année de la mise en œuvre du PNDS.** Après quoi, un redéploiement du personnel du niveau central y compris des spécialistes cliniques et biomédicaux vers les provinces sera opéré de façon inévitable. Ce redéploiement exigera la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement social. En outre, plusieurs cadres centraux et des hôpitaux universitaires et provinciaux seront envoyés en spécialisation pour assurer une utilisation judicieuse des nouvelles

technologies cliniques ainsi qu'un encadrement des provinces dans la gestion et organisation des services de santé.

372. Enfin, le niveau central assurera, à travers l'écriture des soumissions, la mobilisation des financements extérieurs dans le cadre des initiatives globales. Il fournira l'appui logistique aux provinces pour le transport des vaccins et d'autres intrants. À ce sujet, Il sera envisagé par exemple de négocier le recours à l'expertise logistique de l'armée, de la police voire de la MONUC tant qu'elle sera encore présente dans le pays.

373. **Le niveau provincial** retrouvera son rôle primordial d'assurer un encadrement technique et logistique des zones de santé. Il veillera à la « protection » des zones de santé entrant dans le processus de développement comme indiqué plus haut. À cet effet, les divisions provinciales seront restructurées avec des équipes cadres répondant au profil des postes. Il sera également redéployé du personnel cadre dans les 15 autres « futures » provinces du pays afin d'assurer un encadrement de proximité de 10 à 15 zones de santé en moyenne, avec priorité sur les zones qui entreront au processus de développement. Ils s'assureront toutefois de la mise en œuvre des interventions de santé publiques dans les autres zones de santé.

374. La planification et l'organisation des sessions de formation du personnel des zones de santé reviendront exclusivement aux provinces qui feront recours, en cas de besoin, aux cadres centraux. La mise en place des équipes cadres dans les zones de santé reviendra aux provinces qui s'assureront de leur mise à niveau tant managérial que clinique. Ils organiseront le stage de perfectionnement clinique pour tout cadre nouvellement recruté avant l'affectation dans une zone de santé. Les provinces vont également mettre en œuvre le programme de la rationalisation des ITM et IEM. Ils vont s'appuyer, au besoin sur les structures déconcentrés présentes dans les provinces.

375. Le niveau provincial aura également un rôle d'assurer, sous le leadership des ministres provinciaux et à travers les institutions provinciales, la mobilisation des ressources provinciales en faveur de la santé. Le niveau provincial assumera la logistique nécessaire pour l'acheminement des intrants, en l'occurrence les vaccins, dans les zones de santé. La réorganisation du niveau provincial devra prendre en compte cette dimension logistique d'appui aux zones de santé.

376. **Implications pour les ZS et les ETD.** Face à l'ampleur des tâches assignées aux zones de santé pour mettre en œuvre le PNDS, le renforcement de ses capacités des équipes cadres des zones (ECZ) s'avère indispensable, notamment en termes de personnel, logistique, communication d'information et de supervision. Pour y parvenir, il sera indispensable :

- renforcer leurs capacités cliniques, techniques et gestionnaires à la gestion des services de santé et à l'élaboration de projets dans les domaines prioritaires, ainsi qu'au plaidoyer pour *mobiliser des ressources locales auprès des ETD*
- renforcer la coordination interne, améliorer l'esprit d'équipe et partant les performances de l'ensemble de l'équipe ;
- promouvoir la publication régulière de rapports d'activités et la recherche opérationnelle

377. A cet effet, chacune des 207 zones de santé en développement produira un PDZS ainsi qu'un plan opérationnel qui constitueront la base du financement de leurs activités. Chacune d'elle produira un rapport mensuel d'activités et organisera un suivi mensuel des activités avec les centres de santé. Elles exécuteront les programmes définis plus haut dans la stratégie d'intervention. Les ONG ne mèneront des activités des SSP que sur accord du conseil de gestion de la zone de santé.

378. La délimitation de la zone de santé en aires de santé, l'extension de la couverture sanitaire, l'organisation des supervisions intégrées et du suivi des activités, l'intégration des nouvelles interventions des SSP dans les CS et HG et la formation du personnel des centres de santé et relais communautaires sont des activités exclusives de la zone de santé. Aucun canevas de rapport SNIS ou de planification n'y sera introduit sans l'accord préalable de l'équipe cadre provinciale.

379. Les ECZ réserveront une fin de non recevoir aux directives émanant du niveau central non transmises par le Secrétaire Général après adoption au Comité National de Pilotage. Les directives provinciales pour les ZS seront adoptées par le Comité Provincial de Pilotage avant d'être transmises aux ZS.

380. Pour soustraire les cadres des zones des activités intempestives pour la survie, il leur sera octroyé un salaire décent dont le minimum correspondra au barème de Mbudi ou au statut spécial des médecins. Les activités promotionnelles comme l'aménagement des sources d'eau potable, l'hygiène publique, les séances éducatives et de communication pour le changement de comportement (CCC) ; les initiatives génératrices de revenus et de protection sociale (mutuelles de santé) se feront avec la participation de la communauté et des élus locaux. Ces derniers feront partie des organes de gestion de la zone de santé (COSA ; comité de gestion, conseil d'administration).

381. Les autres zones de santé qui n'entreront pas en développement (308) organiseront des activités de santé publique notamment : la lutte contre le paludisme, la tuberculose, la vaccination des mères et enfants, la chirurgie générale d'urgence, le paquet prévention du VIH/SIDA et la transfusion sanguine selon les normes. Ils bénéficieront d'une réhabilitation à minima et d'un approvisionnement en médicaments essentiels.

8. SUIVI ET EVALUATION DU PNDS

382. Un cadre de suivi & évaluation du PNDS fera l'objet d'un document séparé qui sera joint en annexe. Des indicateurs d'intrants, de processus, d'effets et d'impact mentionnés dans le diagnostic sectoriel seront utilisés au fil de temps pour apprécier les niveaux d'exécution des activités ainsi que les taux de réalisation des résultats escomptés et ce, conformément au calendrier défini. Ce cadre de suivi et évaluation détermine la manière dont les données seront collectées, analysées et diffusées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Sur ce, il est prévu le monitoring mensuel des activités au niveau de Zones de Santé, l'organisation des revues trimestrielles au niveau de districts sanitaires (futurs provinces), des revues provinciales semestrielles et des revues nationales annuelles. Une évaluation à mi parcours du PNDS interviendra lors de la revue sectorielle annuelle en 2013. Il est prévu également une évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS qui se fera sous d'enquêtes dans les ménages (Enquête Démographique et de Santé) et dans les structures de santé (Etat des Lieux du Secteur de la Santé). Le budget global pour le suivi et évaluation du PNDS est évalué à 12.395.000 USD.

9. BUDGET DU PNDS

9.1. Cadrage macro économique

383. Le cadrage macroéconomique du PNDS 2011-2015 est basé sur des documents officiels du Ministère des Finances, du Ministère du Plan, du Ministère du Budget et des Institutions de Bretton Woods. En particulier, l'analyse a pris en compte les résultats d'un précédent exercice du MSP sur l'évolution observée des agrégats économiques nationaux et leur évolution probable sur les 5 ans du PNDS. Parmi les documents principaux on peut citer la Revue des Dépenses Publiques¹⁹ de 2008 et le tableau des indicateurs économiques et financiers 2007-2014 élaboré par le Ministère des Finances et les services du FMI. Il apparaît qu'en dépit d'un environnement économique international morose, voire de récession, et son impact négatif sur la croissance du pays en 2009, la tendance au relèvement de l'économie nationale s'affirme et devrait se renforcer durant les prochaines années. En effet, d'un niveau de croissance de 6,3 % et 6,2 % respectivement en 2007 et 2008, le taux estimé pour 2009 est tombé à 2,7 %. Il devrait remonter à un niveau moyen de 6,92% sur la période 2010 à 2014. Le tableau ci-dessous indique la masse globale des ressources prévisibles par source pour le financement du PNDS suivant le scénario de base:

Tableau 7 : Cadrage macroéconomique du PNDS 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
<i>1. Données démographiques</i>					
Population totale (en milliers)	66 417	68 476	70 598	72 787	75 043
Nombre moyen de personnes par ménage	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3
Nombre de ménages (en milliers)	12 531	12 920	13 320	13 733	14 159
<i>2. Produit intérieur brut</i>					
PIB national en valeur courante (milliards FC)	13 746	16 117	18 869	21 877	23 627
Taux de croissance réel (%)	7,3	6,8	8,1	7,0	8,0
<i>3.</i>					
Dépenses totales de l'administration centrale (milliards FC)	4 852,3	5 576,5	6 056,9	6 738,1	7 277,2
Dépenses des ETD sur ressources propres - 10% (milliards FC)	485,2	557,6	605,7	673,8	727,7
Dépenses totales des administrations - (milliards FC)	5 337,6	6 134,1	6 662,6	7 411,9	8 004,9
Ratio : Dépenses publiques sur PIB (%)	35,3	34,6	32,1	30,8	30,8
Évolution du ratio Dépenses publiques/PIB	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>4.</i>					
Dépenses totales de l'administration centrale (milliards FC)	329,6	419,6	500,0	605,6	707,2
Dépenses des administrations centrales et provinciales (milliards FC)	346,9	441,7	526,3	637,4	744,5
Dépenses étatiques (hors FINEX) par habitant (\$)	5,80	7,17	8,28	9,73	11,02
Ratio : Dépenses étatiques en santé/dépenses totales (%)	6,5	7,2	7,9	8,6	9,3
Évolution du ratio Dépenses de santé/Dépenses totales	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
<i>5. Dépenses de santé des ménages</i>					
Dépenses annuelles moyennes en santé par ménage (FC)	17 600	15 037	11 379	7 305	3 945
Dépenses annuelles totales de santé des ménages (milliards FC)	333,7	275,3	198,7	122,9	63,3
Dépenses de santé effectuées dans le secteur public - 65%	216,9	178,9	129,1	79,9	41,2
Dépenses de santé par habitant (\$)	3,63	2,90	2,03	1,22	0,61
Évolution des dépenses des ménages	0,90	0,80	0,70	0,60	0,50
<i>6.</i>					
Dépenses des PTF en santé (millions \$)	972,9	1 154,3	1 031,0	1 275,5	1 578,1
Dépenses de santé des PTF par habitant (\$)	8,02	10,43	14,60	17,52	21,03
Évolution des dépenses des PTF/habitant	0,40	0,30	0,40	0,20	0,20
<i>7. Autres partenaires (en milliards FC)</i>					
Entreprises publiques et privées, Églises et ONG locales	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
<i>8. Taux de change annuel moyen</i>					
	900,0	900,0	900,0	900,0	900,0

¹⁹ Banque Mondiale, « République Démocratique du Congo, Revue des dépenses publiques », Mars 2008

<i>Ressources totales pour la santé en milliards de FC</i>	1 444,5	1 664,4	1 588,3	1 870,3	2 210,9
<i>Dépenses par habitant en \$</i>	24,17	27,01	25,00	28,55	32,73
<i>Part des dépenses assumées par les ménages (%)</i>	15,0	10,7	8,1	4,3	1,9
<i>Ratio : Dépenses de santé sur PIB (%)</i>	10,51	10,33	8,42	8,55	9,36
<i>Ressources totales pour la santé en millions \$ US</i>	1 604,98	1 849,34	1 764,82	2 078,06	2 456,53

Source : Tableau élaboré à partir des données du cadre macroéconomique 2007-2014 de la RDC, Ministère des Finances, du Budget et FMI, février 2010.

384. Le tableau 7 ci-dessus, constitue le scénario normal de projection des ressources prévisibles pour le secteur santé sur la période du PNDS, en se basant sur un taux de croissance réel de l'économie qui se situera autour d'une moyenne de 7,44% (2011-2015) et sur la moyenne de 32,72% du ratio des dépenses publiques en % du PIB pour la même période. Si l'on adopte ces deux agrégats et que l'effort actuel est maintenu la moyenne du ratio des dépenses publiques totales de santé sera de 7,9% sur la période du plan. et représentera 9,3% en 2015. Dans ce cas, le gap vis-à-vis de l'objectif de 15% (Engagement d'Abuja, 2001) ne sera plus que de 6%. Le scénario 2 ou financement maximal permettra d'atteindre 10,3% du budget de l'Etat alloué à la santé en 2015, tout en conduisant une politique minimale de réduction de la contribution des ménages aux dépenses de santé. Dans le scénario 2, les dépenses totales de santé par tête d'habitant atteindraient 35,07 USD en 2015. Le scénario 3 ou financement catastrophique est basé sur le fait que l'Etat maintient ses allocations au secteur à 5,8% de son budget sur toute la période du plan et les PTF maintiennent également leur appui à 5,73 USD par habitant et par an et la politique de réduction de la contribution des ménages est conduite à minima²⁰. Dans ce scénario du financement catastrophique, les dépenses totales de santé par habitant et par an atteindraient 14,40 USD en 2015. Les ressources prévisibles par source de financement pendant la période du PNDS se présente comme ci-après :

Tableau 8: Ressources prévisibles du PNDS 2011-2015 par source de financement, en milliards CDF

Source	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	Pourcentage
ETAT	346,94	441,7	526,3	637,4	744,4	2696,74	31%
PTF	875,62	1038,87	927,9	1147,95	1420,29	5410,63	62%
MENAGES*	216,92	178,92	129,1	79,9	41,2	646,04	7%
PRIVES	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	25	0%
Total en milliards de FC	1444,48	1664,49	1588,3	1870,25	2210,89	8778,41	100
Total en milliards d'USD	1,60	1,85	1,76	2,08	2,46	9,75	

Sur les 5 années du PNDS, le budget de l'Etat aura plus que doublée (115%) alors que les ressources prévisibles des PTF prennent une grande proportion des ressources totales soit 62%.

385. Il y a lieu de noter pour les ménages que pendant la période du PNDS, une action à la baisse de leur participation aux coûts des soins sera engagée. Ainsi, les dépenses de santé des ménages attendues dans le secteur public passeront de 216,9 milliards de FC en 2011 à 41,2 milliards de FC en 2015 soit une baisse de 81%, cette baisse sera compensée par l'accroissement des ressources publiques allouées à la santé et par l'accroissement de l'apport des PTF, celles du secteur privé

²⁰ Les détails sur ces deux scénarii sont joints en annexe 1 et 2

restent constantes pendant la période du plan. L'augmentation des ressources de l'Etat sera possible grâce à l'atteinte du Point d'achèvement de l'IPTE et se traduira par plus d'allocations au secteur.

386. Pendant la période du plan, les dépenses totales de santé par habitant et par an passeront de 24,17 USD en 2011 à 32,73 USD en 2015 soit un accroissement de 35% dans l'hypothèse normale de projection des ressources prévisibles pour le secteur alors qu'avec l'hypothèse optimiste les dépenses totales de santé par habitant et par an passeront de 24,55 USD en 2011 à 35,07 USD en 2015.

387. La Revue des Dépenses Publiques réalisée en 2008, a indiqué les proportions de répartition des dépenses de santé du Gouvernement, des PTF et les recettes des formations sanitaires par nature de dépenses. Faisons l'hypothèse que ces proportions resteront constantes jusqu'en 2011 et qu'à partir de cette année elles évolueront comme ci-après :

Tableau 9 : Evolution de la répartition des dépenses publiques de santé par nature (2011-2015)

Nature des dépenses	2011	2012	2013	2014	2015
Personnel	0,43	0,43	0,46	0,45	0,43
Médicaments	0,16	0,15	0,15	0,15	0,15
Fonctionnement	0,2	0,19	0,19	0,2	0,2
Investissement	0,21	0,23	0,2	0,2	0,22
	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Source : Projections réalisées à partir des données fournies dans la revue des dépenses publiques de santé, banque mondiale, février 2008

388. En considérant le tableau 9 ci-dessus, la répartition des ressources prévisibles par nature des dépenses sera la suivante:

Tableau 10 : Répartition par nature des dépenses publiques allouées à la santé (2011-2015)

Dépenses par nature	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL en CDF	TOTAL en USD
Personnel	621,13	715,73	730,62	841,61	950,68	3859,77	4,29
Médicaments	231,12	249,67	238,25	280,54	331,63	1331,21	1,48
Fonctionnement	288,9	316,25	301,78	374,05	442,18	1723,16	1,91
Investissement	303,34	382,83	317,66	374,05	486,4	1864,28	2,07
Total en milliards de FC	1444,49	1664,48	1588,31	1870,25	2210,89	8778,42	9,75
Total en milliards d'USD	1,6	1,85	1,76	2,08	2,46	9,75	

Source : tableau élaboré à partir des données du cadrage macroéconomique et des données fournies par la revue des dépenses publiques de santé, février 2008.

²¹ Voir le tableau du cadrage macroéconomique, hypothèse optimiste en annexe n°

389. En observant le tableau 10 ci-dessus, les dépenses de rémunération du personnel de santé passeront de 621,13 milliards de FC en 2011 à 950,73 milliards de FC en 2015 soit un accroissement de 53%. Pendant toute la période du PNDS, l'enveloppe globale de rémunération du personnel de santé sera de 3.859,77 milliards de FC. Les dépenses d'investissement passeront de 303,34 milliards de FC en 2011 à 486,42 milliards de FC en 2015 soit un accroissement de 98% sur toute la période du plan, il en est de même des dépenses de fonctionnement qui pourront s'accroître de 56% entre 2011 et 2015..

390. La répartition des ressources prévisibles par niveau a été faite en partant de l'hypothèse que : (1) environ 75% des recettes de paiements directs des ménages se font au niveau des ZS, 15% au niveau des hôpitaux provinciaux et 10% au niveau tertiaire ; (2) également que 79% du montant du budget de l'Etat alloué à la santé est dépensé au niveau central, 8% au niveau provincial et 13% dans les ZS et (3) les ressources des PTF et du secteur privé sont utilisées dans les mêmes proportions soit 60% pour les ZS, 10% pour le niveau provincial et 30% pour le niveau central (Unités de coordination et gestion). Ainsi le tableau 11 ci-après indique la répartition des ressources prévisibles (scénario 1) du PNDS par niveau en milliards de dollars américains.

Tableau 11: Répartition des ressources prévisibles par niveau en milliards d'USD

Niveau	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Niveau central	0,63	0,61	0,51	0,52	0,52	2,79
Niveau provincial	0,16	0,24	0,26	0,35	0,47	1,48
Niveau périphérique	0,82	1	0,99	1,21	1,47	5,49
Total en milliards d'USD	1,6	1,85	1,76	2,08	2,46	9,75

Source : estimations faites à partir des données du cadrage macroéconomique et des informations reçues de la DPS sur l'exécution du budget santé, février 2010.

391. Le tableau 11 ci-dessus indique que l'enveloppe des ressources totales du secteur pour le niveau central passera de 0,63 milliards d'USD en 2011 à 0,52 milliards d'USD en 2015 soit une baisse de 18% alors que pour le niveau provincial l'enveloppe totale des ressources passera de 0,16 milliards d'USD en 2011 à 0,47 milliards d'USD en 2015 soit une augmentation de 190%, cette augmentation sera encore plus importante pour les ZS où l'enveloppe totale des ressources passera de 0,82 milliards d'USD en 2011 à 1,47 milliards d'USD en 2015 soit une augmentation de 80%. Bref sur la période du plan, on observe qu'une plus grande partie des ressources totales du secteur ira aux provinces et aux ZS cela implique qu'il faudra doter les ECP et ECZ des outils de gestion moderne, transférer les ressources humaines compétentes vers les provinces et en même temps renforcer le réseau des fiduciaires en provinces pour les transferts de fonds.

392. S'agissant de la répartition des ressources prévisibles par province indiquée au tableau 12, elle a été faite en combinant les critères poids relatif de la population et taux d'incidence de la pauvreté²² par province. Le tableau ci-dessous indique les ressources prévisibles totales du secteur à allouer par province.

²² Enquête 1-2-3, 2004-2005, Banque Mondiale

Tableau 12 : Répartition des ressources prévisibles du PNDS par province et niveau central par année

Provinces	Population	% de la pop avec moins d'un dollars par jour	2011	2012	2013	2014	2015	Total par province
Bas Congo	2918038	69,8	58,92	74,58	75,41	93,80	116,79	419,50
Bandundu	6753173	89,1	95,07	120,33	121,68	151,35	188,45	676,88
Equateur	7552674	93,6	102,88	130,21	131,67	163,78	203,92	732,47
Kinshasa	6207424	41,6	64,42	81,53	82,45	102,55	127,69	458,64
Kasaï Occ	6224206	55,8	72,62	91,92	92,95	115,61	143,95	517,05
Kasaï Oriental	7996366	62,3	87,95	111,32	112,56	140,01	174,33	626,17
Katanga	9629888	69,1	102,54	129,78	131,23	163,23	203,24	730,03
Maniema	1758403	58,5	44,88	56,80	57,43	71,44	88,95	319,50
Nord Kivu	5561489	72,9	78,03	98,75	99,86	124,21	154,65	555,50
Province Orientale	8302959	75,5	97,49	123,38	124,76	155,19	193,23	694,05
Sud Kivu	4276623	84,7	76,33	96,60	97,68	121,50	151,28	543,40
Total provinces			881,13	1115,21	1127,69	1402,69	1746,48	6273,20
Niveau central			563,35	549,28	460,61	467,56	464,31	2505,11
Total général			1444,48	1664,49	1588,30	1870,25	2210,79	8778,31

Sur ce tableau, on constate que la province de l'Equateur avec un indice de pauvreté élevé devrait faire l'objet d'un important effort de dotation qui permettra à son budget annuel de s'accroître progressivement durant la période du plan. Cela traduirait l'effort d'équité visé à travers ce PNDS.

En considérant les besoins exprimés par domaine d'intervention (piliers du système de santé) du PNDS, le budget et le cadre programmatique ci-dessous indiquent la synthèse des besoins des ressources et le gap par rapport aux ressources prévisibles, conforme au cadrage macroéconomique.

9.2. Budget et cadre programmatique

393. Le budget estimatif des besoins du PNDS 2011-2015 s'élève à 9 364 328 171,93 USD. Il a été obtenu par l'évaluation du coût des actions prévues dans chaque pilier. Cette évaluation de base a été fondée sur une grille des coûts unitaires élaborée par le MSP. Le tableau ci-après indique la répartition du budget estimatif par pilier :

9.2.1. Estimation des besoins du PNDS par niveau du Système de Santé

Tableau 13 : Budget estimatif des besoins du PNDS par pilier et par niveau en dollars US

	Niveau Central	Niveau intermédiaire	Niveau Périphérique	TOTAL
INFRASTRUCTURES	296 826 000,00	433 883 728,00	2 051 716 469,00	2 782 426 197,00
<i>Constructions et Rehabilitations</i>	258 224 000,00	374 344 528,00	1 624 788 421,00	2 257 356 949,00
<i>Equipements et Maintenance</i>	38 602 000,00	59 539 200,00	426 928 048,00	525 069 248,00
PRESTATIONS	304 951 300,00	90 218 800,00	505 597 409,00	900 767 509,00
MEDICAMENTS	319 739 256,32	707 915,00	2 095 494 127,78	2 415 941 299,10
SNIS	14 983 460,00	70 058 250,00	41 352 600,00	126 394 310,00
RHS	888 702 030,47	320 046 919,82	1 836 658 656,54	3 045 407 606,83
FINANCES	7 325 000,00	20 744 750,00	5 300 000,00	33 369 750,00
GOUVERNANCE	25 483 895,03	20 175 885,36	5 463 469,61	51 123 250,00
INTERSECTORIALITE	6 338 250,00	2 360 000,00	200 000,00	8 898 250,00
Total par niveau	1 864 349 191,82	958 196 248,18	6 541 782 731,93	9 364 328 171,93
Pourcentage	19,91%	10,23%	69,86%	100%

394. En observant le tableau 13 ci-dessus, on constate que les ressources humaines constituent le pilier où les besoins exprimés sont les plus importants et représentent 71% des 4,29 milliards d'USD des ressources prévisibles du cadrage macroéconomique. Concernant les investissements, les besoins exprimés sont supérieurs de 30% par rapport aux ressources prévisibles qui s'élèveraient à 2,07 milliards de dollars US. Ceci démontre à suffisance les besoins de mettre à niveau des infrastructures sanitaires qui ont souffert de la situation socio politique et du manque de volonté pour les préserver. S'agissant des besoins exprimés par niveau, ils révèlent une volonté réelle de décentralisation des ressources du secteur vers les provinces et les ZS. Toutefois, cette décentralisation nécessitera un changement important des règles de gestion des finances publiques et dans le comportement des autorités au plus haut niveau pour qu'elle devienne une réalité pendant la période du plan.

9.2.2. Estimation des besoins du PNDS par nature

Tableau 14 : Estimation des besoins du PNDS par nature (en USD)

1. INVESTISSEMENTS	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Equipements et matériels	80 301 374,00	309 124 736,00	58 443 138,00	-	-	447 869 248,00
Constructions	94 613 500,00	1 075 114 528,00	77 837 000,00	-	-	1 247 565 028,00
Réhabilitations	369 558 211,00	557 267 148,00	79 660 562,00	3 306 000,00	-	1 009 791 921,00
Maintenance	16 424 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	77 200 000,00
SOUS TOTAL	560 897 085,00	1 956 700 412,00	231 134 700,00	18 500 000,00	15 194 000,00	2 782 426 197,00
2. FONCTIONNEMENTS						
Fonctionnement courant (fournitures, consommables, ateliers, services des tiers,...)	291 480 140,00	286 689 361,00	298 451 408,00	301 898 076,00	341 498 522,00	1 520 017 507,00
Médicaments et intrants spécifiques	301 166 760,79	348 103 593,82		577 092 542,42	669 925 339,01	2 399 836 901,10
Autres						-
SOUS TOTAL	592 646 900,79	634 792 954,82	802 000 073,06	878 990 618,42	1 011 423 861,01	3 919 854 408,10
3. PERSONNEL						
Rémunérations et autres avantages	126 373 619,38	309 798 840,93	451 677 252,38	542 012 402,86	650 414 583,43	2 080 276 698,97
Primes	102 494 261,77	102 494 261,77	102 494 261,77	102 494 261,77	102 494 261,77	512 471 308,86
Renforcements des capacités	16 751 703,00	13 681 616,00	13 419 330,00	12 784 705,00	12 662 205,00	69 299 559,00
SOUS TOTAL	245 619 584,15	425 974 718,70	567 590 844,15	657 291 369,63	765 571 050,20	2 662 047 566,83
TOTAL GENERAL	1 399 163 569,95	3 017 468 085,53	1 600 725 617,21	1 554 781 988,04	1 792 188 911,21	9 364 328 171,93

395. Année par année, le montant des besoins exprimés est couvert par les ressources prévisibles selon le cadrage macroéconomique sauf pour l'année 2012 où apparaît un besoin de financement de 1,16 milliards d'USD attribuables aux besoins d'investissements. Un effort de réajustement de ces besoins sera fait dans le CSDMT, qui sera élaboré prochainement pour le secteur.

9.2.3. Estimation des besoins du PNDS par Résultats (en USD)

Tableau 15 : estimation des besoins du PNDS par résultats

AXE STRATEGIQUE	Résultats	Programmes	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
I. LE DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE								
	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	-	-	-	-	-	-
SOUS TOTAL			162 210 535	160 243 071	175 989 385	181 544 896	220 779 622	900 767 509

II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE							
<i>Stratégie d'appui 1 : développement des ressources humaines pour la santé,</i>		2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
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
SOUS TOTAL		322 919 754,15	502 957 353,70	643 960 079,15	733 645 369,63	841 925 050,20	3 045 407 606,83

II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE							
<i>Stratégie d'appui 2 : appui au secteur du médicament</i>		2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
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
SOUS TOTAL		301 941 220,79	348 970 193,82	504 548 603,06	577 576 442,42	670 404 839,01	2 403 441 299,10

II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE							
Stratégie d'appui 3 : reforme du financement de la santé		2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
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
SOUS TOTAL		7 141 925,00	6 960 425,00	6 383 800,00	6 141 800,00	6 741 800,00	33 369 750,00

II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE							
Stratégie d'appui 4 : Amélioration des infrastructures et équipements du MSP		2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
<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
SOUS TOTAL		560 897 085,00	1 956 700 412,00	231 134 700,00	18 500 000,00	15 194 000,00	2 782 426 197,00

II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE							
<i>Stratégie d'appui 5 : amélioration de la gestion de l'information sanitaire</i>		2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
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
SOUS TOTAL		27 794 600,00	24 300 430,00	24 776 600,00	25 938 030,00	23 584 650,00	126 394 310,00

III : RENFORCEMENT DU LEADERSHIP ET DE LA GOUVERNANCE		2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
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
SOUS TOTAL		12 852 950,00	13 201 950,00	10 407 450,00	7 631 200,00	7 029 700,00	51 123 250,00

IV. RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION INTER SECTORIELLE		2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
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						-
SOUS TOTAL		905 500,00	1 634 250,00	1 025 000,00	1 304 250,00	4 029 250,00	8 898 250,00
TOTAL GENERAL		1 399 163 569,95	3 017 468 085,53	1 600 725 617,21	1 554 781 988,04	1 792 188 911,21	9 364 328 171,93

Tableau 15 : estimation des besoins du PNDS par provinces

Provinces	Infrastructures et équipements	Prestations	Médicaments	RHS	Financement	Gouvernance	Intersectorialité	SNIS	Total par province
Bas Congo	149 618 652,63	28 783 391,74	126 179 152,09	129 708 739,65	1 567 742,23	1 543 339,81	154 097,09	6 706 284,17	444 261 399,42
Bandundu	250 973 223,77	54 688 444,30	211 655 351,89	357 643 714,53	2 629 761,17	2 588 828,07	258 485,44	11 249 250,87	891 687 060,05
Equateur	333 022 162,32	74 836 818,52	280 850 370,78	153 181 996,36	3 489 490,78	3 435 175,71	342 990,29	14 926 890,58	864 085 895,35
Kinshasa	168 924 285,23	28 783 391,74	142 460 333,00	283 445 222,39	1 770 031,55	1 742 480,44	173 980,58	7 571 611,17	634 871 336,10
Kasaï Occidental	207 535 550,43	63 323 461,83	175 022 694,83	184 130 550,93	2 174 610,19	2 140 761,68	213 747,57	9 302 265,15	643 843 642,61
Kasaï Oriental	236 493 999,33	63 323 461,83	199 444 466,21	287 429 309,71	2 478 044,17	2 439 472,61	243 572,82	10 600 255,63	802 452 582,30
Katanga	323 369 346,02	71 958 479,35	272 709 780,32	150 450 637,53	3 388 346,12	3 335 605,40	333 048,54	14 494 227,09	840 039 470,37
Maniema	86 875 346,69	28 783 391,74	73 265 314,12	25 752 811,83	910 301,94	896 132,80	89 475,73	3 893 971,46	220 466 746,30
Nord Kivu	164 097 877,08	54 688 444,30	138 390 037,78	180 208 073,21	1 719 459,22	1 692 695,28	169 009,71	7 355 279,42	548 320 876,00
Province Orientale	400 591 876,41	83 471 836,04	337 834 503,98	261 204 157,63	4 197 503,40	4 132 167,89	412 582,52	17 955 535,05	1 109 800 162,92
Sud Kivu	164 097 877,08	43 175 087,61	138 390 037,78	143 550 362,59	1 719 459,22	1 692 695,28	169 009,71	7 355 279,42	500 149 808,69
Total provinces	2 485 600 197,00	595 816 209,00	2 096 202 042,78	2 156 705 576,36	26 044 750,00	25 639 354,97	2 560 000,00	111 410 850,00	7 499 978 980,11
Niveau central	296 826 000,00	304 951 300,00	319 739 256,32	888 702 030,47	7 325 000,00	25 483 895,03	6 338 250,00	14 983 460,00	1 864 349 191,82
Total général	2 782 426 197,00	900 767 509,00	2 415 941 299,10	3 045 407 606,83	33 369 750,00	51 123 250,00	8 898 250,00	126 394 310,00	9 364 328 171,93

396. En considérant les ressources prévisibles dégagées dans le scénario de base (normal) qui se situent à 9,75 milliards d'USD, les besoins du PNDS tel que décrit ci-dessus seront couverts par les ressources attendues à condition notamment que l'Etat fasse l'effort d'atteindre au moins 9,3% de son budget alloué à la Santé en 2015. Si on se situe dans le scénario du financement catastrophique (hypothèse basse), le montant des ressources prévisibles s'élèveraient à 6,09 milliards d'USD. Ce qui entraînerait un déficit de 3,26 milliards d'USD.

10. ANNEXES

ANNEXE I : HYPOTHESE HAUTE ET BASSE DU CADRAGE MACROECONOMIQUE

10.1. Hypothèse haute

397. Cette hypothèse, jugée optimiste table sur une amélioration du cadre macroéconomique dans l'ensemble et plus particulièrement des ressources de l'Etat. Elle considère ainsi un accroissement sensible de la part des ressources de l'Etat allouées au secteur de la santé. En effet, la part des ressources étatique en pourcentage des ressources totales passerait de 5,8% en 2010 pour atteindre 10,3% en 2015 grâce à un effort soutenu de progression de cette allocation qui serait maintenue à 0,9% chaque année.

398. A coté de cela les dépenses des ménages accuseraient une baisse un peu moins accentuée pour atteindre en 2015 1,76\$ par habitant au lieu de 4,03\$ observé en 2010. Cette hypothèse conduit en fin de compte à atteindre une dépense par habitant de 35,07\$ à la fin de la période du plan.

10.2. Hypothèse basse

399. L'hypothèse basse simule un scénario des plus catastrophiques. Ce dernier suppose que l'Etat maintient constant (en proportion) la part des ressources allouées au secteur et que aucun effort n'est envisagé dans l'augmentation de celle-ci jusqu'en 2015. Cela conduirait à ce que la part des ressources allouées au secteur pour toute la période du plan soit fixée à 5,8% des ressources totales de l'Etat.

400. Le comportement des ménages et des PTF resterait le même que dans l'hypothèse précédente. Cette hypothèse conduit en fin de compte à atteindre une dépense par habitant de 14,44\$ à la fin de la période du plan.

Tableau 17: Hypothèse haute détaillée

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Données démographiques											
Population totale (en milliers)	55 300	57 014	58 782	60 604	62 483	64 420	66 417	68 476	70 598	72 787	75 043
Nombre moyen de personnes par ménage	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3
Nombre de ménages (en milliers)	10 434	10 757	11 091	11 435	11 789	12 155	12 531	12 920	13 320	13 733	14 159
2. Produit intérieur brut											
PIB national en valeur courante (milliards FC)	3 427	4 132	5 148	6 526	8 729	11 361	13 746	16 117	18 869	21 877	23 627
Taux de croissance réel (%)	7,9	5,6	6,3	6,2	2,7	5,4	7,3	6,8	8,1	7,0	8,0
3. Dépenses publiques totales (Centre et Provinces)											
Dépenses totales de l'administration centrale (milliards FC)	526,8	660,9	967,8	1 481,4	2 540,1	4 112,7	4 852,3	5 576,5	6 056,9	6 738,1	7 277,2
Dépenses des ETD sur ressources propres - 10% (milliards FC)	52,7	66,1	96,8	148,1	254,0	411,3	485,2	557,6	605,7	673,8	727,7
Dépenses totales des administrations - (milliards FC)	579,5	727,0	1 064,6	1 629,5	2 794,2	4 524,0	5 337,6	6 134,1	6 662,6	7 411,9	8 004,9
Ratio : Dépenses publiques sur PIB (%)	16,9	17,6	18,8	22,7	29,1	36,2	35,3	34,6	32,1	30,8	30,8
Évolution du ratio Dépenses publiques/PIB						0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4. Dépenses de santé des administrations (Centre et Provinces)											
Dépenses totales de l'administration centrale (milliards FC)		21,7	57,4	56,3	228,6	249,3	339,7	442,9	538,0	661,9	783,3
Dépenses des administrations centrales et provinciales (milliards FC)	23,1	22,8	60,2	59,1	240,0	262,4	357,6	466,2	566,3	696,7	824,5
Dépenses étatiques (hors FINEX) par habitant (\$)	0,88	0,85	1,99	1,73	4,90	4,78	5,98	7,56	8,91	10,64	12,21
Ratio : Dépenses étatiques en santé/dépenses totales (%)	4,0	3,1	5,7	3,6	8,6	5,8	6,7	7,6	8,5	9,4	10,3
Évolution du ratio Dépenses de santé/Dépenses totales							0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
5. Dépenses de santé des ménages											
Dépenses annuelles moyennes en santé par ménage (FC)	14 123	14 914	15 853	16 836	17 291	18 225	18 577	17 857	16 407	14 045	11 376
Dépenses annuelles totales de santé des ménages (milliards FC)	147,4	160,4	175,8	192,5	203,8	340,8	352,3	326,9	286,4	236,3	182,7
Dépenses de santé effectuées dans le secteur public - 65%	95,8	104,3	114,3	125,1	132,5	221,5	229,0	212,5	186,2	153,6	118,7
Dépenses de santé par habitant (\$)	3,65	3,91	3,77	3,67	2,71	4,03	3,83	3,45	2,93	2,34	1,76
Évolution des dépenses des ménages					0,00	1,00	0,95	0,90	0,85	0,80	0,75
6. Dépenses des partenaires techniques et financiers (PTF)											
Dépenses des PTF en santé (millions \$)	90,0	112,8	200,0	248,1	255,8	469,2	972,9	1 154,3	1 031,0	1 275,5	1 578,1
Dépenses de santé des PTF par habitant (\$)	1,63	1,98	3,40	4,09	4,09	5,73	8,02	10,43	14,60	17,52	21,03
Évolution des dépenses des PTF/habitant						0,40	0,40	0,30	0,40	0,20	0,20
7. Autres partenaires (en milliards FC)											
Entreprises publiques et privées, Églises et ONG locales	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
8. Taux de change annuel moyen	474,4	468,3	516,0	563,2	783,9	852,8	900,0	900,0	900,0	900,0	900,0
Ressources totales pour la santé en milliards de FC	166,6	184,9	282,7	329,0	578,0	889,0	1 467,2	1 722,5	1 685,4	2 003,2	2 368,5
Dépenses par habitant en \$	6,35	6,92	9,32	9,64	11,80	16,18	24,55	27,95	26,53	30,58	35,07
Part des dépenses assumées par les ménages (%)	57,5	56,4	40,4	38,0	22,9	24,9	15,6	12,3	11,0	7,7	5,0
Ratio : Dépenses de santé sur PIB (%)	4,86	4,47	5,49	5,04	6,62	7,83	10,67	10,69	8,93	9,16	10,02

Tableau 18: Hypothèse basse détaillée

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Données démographiques											
Population totale (en milliers)	55 300	57 014	58 782	60 604	62 483	64 420	66 417	68 476	70 598	72 787	75 043
Nombre moyen de personnes par ménage	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3	5,3
Nombre de ménages (en milliers)	10 434	10 757	11 091	11 435	11 789	12 155	12 531	12 920	13 320	13 733	14 159
2. Produit intérieur brut											
PIB national en valeur courante (milliards FC)	3 427	4 132	5 148	6 526	8 729	11 361	13 746	16 117	18 869	21 877	23 627
Taux de croissance réel (%)	7,9	5,6	6,3	6,2	2,7	5,4	7,3	6,8	8,1	7,0	8,0
3. Dépenses publiques totales (Centre et Provinces)											
Dépenses totales de l'administration centrale (milliards FC)	526,8	660,9	967,8	1 481,4	2 540,1	4 112,7	4 852,3	5 576,5	6 056,9	6 738,1	7 277,2
Dépenses des ETD sur ressources propres - 10% (milliards FC)	52,7	66,1	96,8	148,1	254,0	411,3	485,2	557,6	605,7	673,8	727,7
Dépenses totales des administrations - (milliards FC)	579,5	727,0	1 064,6	1 629,5	2 794,2	4 524,0	5 337,6	6 134,1	6 662,6	7 411,9	8 004,9
Ratio : Dépenses publiques sur PIB (%)	16,9	17,6	18,8	22,7	29,1	36,2	35,3	34,6	32,1	30,8	30,8
Évolution du ratio Dépenses publiques/PIB						0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
4. Dépenses de santé des administrations (Centre et Provinces)											
Dépenses totales de l'administration centrale (milliards FC)	21,7	21,7	57,4	56,3	228,6	249,3	294,1	338,0	367,1	408,4	441,1
Dépenses des administrations centrales et provinciales (milliards FC)	23,1	22,8	60,2	59,1	240,0	262,4	309,6	355,8	386,4	429,9	464,3
Dépenses étatiques (hors FINEX) par habitant (\$)	0,88	0,85	1,99	1,73	4,90	4,78	5,18	5,77	6,08	6,56	6,87
Ratio : Dépenses étatiques en santé/dépenses totales (%)	4,0	3,1	5,7	3,6	8,6	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8
Évolution du ratio Dépenses de santé/Dépenses totales							0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5. Dépenses de santé des ménages											
Dépenses annuelles moyennes en santé par ménage (FC)	14 123	14 914	15 853	16 836	17 291	18 225	18 577	17 857	16 407	14 045	11 376
Dépenses annuelles totales de santé des ménages (milliards FC)	147,4	160,4	175,8	192,5	203,8	340,8	352,3	326,9	286,4	236,3	182,7
Dépenses de santé effectuées dans le secteur public - 65%	95,8	104,3	114,3	125,1	132,5	221,5	229,0	212,5	186,2	153,6	118,7
Dépenses de santé par habitant (\$)	3,65	3,91	3,77	3,67	2,71	4,03	3,83	3,45	2,93	2,34	1,76
Évolution des dépenses des ménages					0,00	1,00	0,95	0,90	0,85	0,80	0,75
6. Dépenses des partenaires techniques et financiers (PTF)											
Dépenses des PTF en santé (millions \$)	90,0	112,8	200,0	248,1	255,8	469,2	820,6	832,4	404,6	417,2	430,1
Dépenses de santé des PTF par habitant (\$)	1,63	1,98	3,40	4,09	4,09	5,73	5,73	5,73	5,73	5,73	5,73
Évolution des dépenses des PTF/habitant						0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7. Autres partenaires (en milliards FC)											
Entreprises publiques et privées, Églises et ONG locales	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
8. Taux de change annuel moyen	474,4	468,3	516,0	563,2	783,9	852,8	900,0	900,0	900,0	900,0	900,0
Ressources totales pour la santé en milliards de FC	166,6	184,9	282,7	329,0	578,0	889,0	1 282,1	1 322,4	941,8	963,9	975,1
Dépenses par habitant en \$	6,35	6,92	9,32	9,64	11,80	16,18	21,45	21,46	14,82	14,71	14,44
Part des dépenses assumées par les ménages (%)	57,5	56,4	40,4	38,0	22,9	24,9	17,9	16,1	19,8	15,9	12,2
Ratio : Dépenses de santé sur PIB (%)	4,86	4,47	5,49	5,04	6,62	7,83	9,33	8,21	4,99	4,41	4,13

