

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTÈRE DE LA SANTÉ



Plan National de Développement Sanitaire
recadré pour la période 2019-2022 :
Vers la Couverture Sanitaire Universelle

Novembre 2018

Sigles et abréviations	2
Préface	0
Résumé exécutif	1
1. Introduction	4
2. Contexte national.....	6
2.1. Situation géographique	6
2.2. Situation politico-administrative	6
2.3. Situation socio-démographique	7
2.4. Situation économique et financière	8
2.5. Situation sécuritaire	9
2.6. Situation sanitaire	9
2.6.1. Politique sanitaire	9
2.6.2. Réforme de l'administration sanitaire et organisation du système de santé	9
2.6.3. Organisation de l'offre de soins	10
3. Diagnostic sectoriel	12
3.1. État de santé de la population	12
3.1.1. Évolution de l'état de santé de la population.....	12
3.1.2. Principaux problèmes de santé de la population	14
3.2. Satisfaction de la population quant à l'offre des services et soins de santé	22
3.2.1. Problèmes concernant les prestations de services et de soins de santé.....	22
3.2.2. Problèmes concernant les infrastructures et les équipements.....	24
3.2.3. Problèmes concernant les ressources humaines pour la santé	25
3.2.4. Problèmes liés aux médicaments, vaccins et intrants spécifiques	27
3.2.5. Problèmes du système d'information sanitaire.....	30
3.2.6. Problèmes liés au financement de la Santé.....	32
3.2.7. Problèmes de gouvernance du secteur de la santé	37
3.3. État de la protection financière de la population et dépenses de santé des ménages.....	41
3.3.1. Inégalités d'accès financier aux services.....	41
3.3.2. Insuffisance des mécanismes de protection et de partage des risques	42
4. Vision, objectifs sectoriels et principes directeurs	43
4.1. Vision	43
4.2. But	44
4.3. Objectif général	44
4.4. Cibles et effets attendus.....	44
5. Axes stratégiques du PNDS 2019-2022 et résultats attendus	45
5.1. Axe stratégique 1 : Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins	45

5.1.1. Augmentation et passage de 30 % à 60 % de la couverture et de l'accès à des structures offrant des soins et des services de santé de qualité	45
5.1.2. Augmentation de la proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs)	48
5.2. Axe stratégique 2 : appui aux différents piliers du système de santé	49
5.2.1. Développement des ressources humaines pour la santé	50
5.2.2. Approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et intrants	51
5.2.3. Développement des infrastructures et équipements	54
5.2.4. Renforcement du système d'information sanitaire.....	55
5.2.5. Amélioration du financement et réduction des barrières d'accès aux soins	56
5.3. Axe stratégique 3 : renforcement de la gouvernance et du système de santé	58
5.3.1. Renforcement du pilotage du secteur dans le cadre de la décentralisation.....	58
5.3.2. Implication du MSP dans la mise en œuvre des stratégies des autres secteurs	60
6. Coûts et financement du PNDS	61
6.1. Estimations des coûts des axes et actions prioritaires	61
6.1.1. Coût estimé des interventions prioritaires de l'axe 1	61
6.1.2. Coût estimé des actions prioritaires de l'axe 2	63
6.1.3. Coûts estimés des actions prioritaires de l'axe 3 du PNDS 2019-2022	64
6.2. Ressources disponibles pour le PNDS 2019-2022	65
6.2.1. Cadrage macroéconomique et défi pour le financement du PNDS 2019-2022	65
6.2.2. Espace budgétaire pour la CSU	66
6.3 Écart / Gap de financement du PNDS	68
7. Mise en œuvre	72
7.1. Principes directeurs	72
7.2. Décentralisation dans la mise en œuvre et déclinaison du PNDS en PAO	72
7.3. Responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020	73
7.3.1. Les structures gouvernementales.....	73
7.3.2. Les partenaires techniques et financiers	74
7.3.3. La société civile et le secteur privé.....	74
7.4. Conditions de succès / Gestion des risques	75
7.5. Plan de communication	75
8. Cadre de suivi et d'évaluation et de redevabilité.....	76
8.1. Considérations générales.....	76
8.2. Les indicateurs du Cadre de suivi et d'évaluation du PNDS.....	76
8.3. Rôles et responsabilités dans le suivi et l'évaluation du PNDS	81
8.3.1. Rôles et responsabilités des structures du MSP.....	81
8.3.2. Rôles et responsabilités des autres acteurs	82
Bibliographie	84

Annexes : Interventions / Intrants compris dans le paquet de soins	87
--	----

Liste des figures

Figure 1 : Carte géographique de la RDC	6
Figure 2 : Comparaison de l'espérance de vie de la RDC avec d'autres pays d'Afrique.....	12
Figure 3 : Comparaison de la mortalité infantile de la RDC avec d'autres pays de l'Afrique	13
Figure 4 : Taux de mortalité maternelle vs. PIB par habitant en Afrique subsaharienne, 2016	13
Figure 5 : Taux de mortalité infantile vs. PIB par habitant en Afrique subsaharienne, 2016	15
Figure 6 : Accès par niveau de pauvreté pour Kinshasa, d'autres grandes villes, des petites villes et les zones rurales (Enquête 1-2-3, 2012).....	17
Figure 7 : Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.....	18
Figure 8 : Prévalence du VIH (hommes et femmes)	19
Figure 9 : Ratio de médecins, infirmiers et accoucheuses en RDC pour 5000 habitants : norme et réalité en 2016 et 2017	26
Figure 10 : Structure du financement de la santé en RDC de 2011 à 2016 (%).....	32
Figure 11 : Mesure de la protection financière des ménages en RDC, 2012.....	43
Figure 12 : La vision à moyen-terme de la mutualisation des risques en RDC.....	57
Figure 13 : La vision à long-terme de la mutualisation des risques en RDC	58
Figure 14 : Schéma du calcul du coût du paquet prioritaire de soins de la CSU en RDC.....	62
Figure 15 : Ressources disponibles par source, avec détail des bailleurs et écart du PNDS, 2019-2022	69
Figure 16 : Axe 1 : coût, sources de financement et écart de financement, 2019-2022 (millions de dollars).....	70
Figure 17 : Axe 2 : coût, source de financement et écart de financement, 2019-2022 (millions de dollars).....	71
Figure 18 : Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+)	76
Figure 19 : Projection de l'évolution des mortalités (maternelle, infanto-juvénile et néonatale) sans et avec le paquet de SRMNIA-N.....	77

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs macroéconomiques en RDC	8
Tableau 2 : Informations sur les dépenses publiques de santé et leur exécution, 2008-2016	33
Tableau 3 : Exécution budgétaire et indicateurs de santé par province.....	36
Tableau 4 : Couverture des services de santé par quintile de richesse	42
Tableau 5 : Coût espéré total, et par habitant, du paquet de soins, 2018-2022 (millions de dollars)....	62
Tableau 6 : Synthèse des coûts des actions prioritaires de l'axe 2 du PNDS 2019-2022, en dollars	63
Tableau 7 : Synthèse des coûts des actions prioritaires de l'axe 3 du PNDS 2019-2022, en dollars américains.....	65
Tableau 8 : Coûts totaux du PNDS en millions de dollars	65
Tableau 9 : Projections macro-économiques et du financement de la santé en RDC	66

Tableau 10 : Sources de financement disponible 2019-2022 (millions de dollars).....	67
Tableau 11 : Financement disponible 2019-2022 (millions de dollars)	67
Tableau 12 : Coûts du PNDS 2019-2022, ressources disponibles et écart entre les deux	68
Tableau 13 : Coûts du PNDS 2019-2022, ressources disponibles par bailleur, et écart.....	69
Tableau 14 : Coût, ressources disponibles et écart, par axe du PNDS 2019-2022	70
Tableau 15 : Indicateurs du cadre de suivi et d'évaluation avec leurs sources de données et valeurs cibles.....	78
Tableau 16 : Planning de rapportage des activités de routine du PNDS	81
Tableau 17 : Programmation des revues du secteur de la santé en RDC	82

Sigles et abréviations

ANRP	Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique
ARV	Antirétroviraux
AS	Aires de Santé
ATR	Accidents de Trafic Routier
CCM	<i>Country Coordination Mechanism</i>
CCT	Comité de coordination Technique
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CDR	Centrale de Distribution Régionale des Médicaments.
CENI	Commission Électorale Nationale Indépendante (CENI)
CHU	Centres Hospitaliers Universitaires
CI	Cadre d'investissement
CNMN	Comité National Multisectoriel pour la Nutrition
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COREF	Comité d'Orientation de la réforme des finances publiques
CPP-SS	Comité Provincial de Pilotage du Secteur de la Santé
CS	Centres de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DAF	Direction des affaires financières
DANTIC	Direction des archives et des nouvelles technologies de l'information et de la communication
DGLM	Direction Générale de la Lutte contre la maladie
DGOGSS	Direction Générale de l'Organisation et de la Gestion des Soins de santé
DHIS2	<i>District Health Information System 2</i>
DPS	Divisions Provinciales de la Santé
DTS	Dépenses Totales de Santé
ECP	Équipe Cadre Provinciale
ECZ	Équipe Cadre de Zone
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
EMP	Évaluation à Mi-Parcours
ETD	Entités Territoriales Décentralisées
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Achat des Médicaments Essentiels
FMI	Fonds Monétaire International
FNSS	Fond National de Solidarité Santé
FOSA	Formation Sanitaire
GFF	Global Financing Facility
HGR	Hôpital Général de Référence
HPGR	Hôpitaux provinciaux généraux de référence
HPR	Hôpital Provincial de Référence
HTA	Hypertension artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
IEM	Institut d'Enseignement Médical
INS	Institut National de Statistique
IPS	Inspections Provinciales de Santé

ISTM	Institut Supérieur des Techniques Médicales
ITM	Institut Technique Médical
LPSP	Laboratoires provinciaux de santé publique
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MILD	Moustiquaires Imprégnées d’Insecticide à Longue Durée
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MVE	Maladie à Virus Ebola
ODD	Objectif de Développement Durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAO	Plan d’Action Opérationnel
PCA	Paquet complémentaire d’Activités
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNEL	Programme National d’Élimination de la Lèpre
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH / SIDA
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSD	Plan National Stratégique de Développement
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNST	Programme National de Santé au Travail
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Partenariat Public-Privé
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RDC	République démocratique du Congo
RMNCH	Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health
SENN	Soins Essentiels du Nouveau-Né
SIGL	Système d’information et de gestion logistique
SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
SNAME	Système National d’Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d’Information Sanitaire
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d’urgence
SRMNIA	Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSC	Site de soins communautaires
SSP	Soins de Santé Primaires
SUN	<i>Scaling Up Nutrition</i>
TB	Tuberculose
TDR	Test de dépistage rapide
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TMI	Taux de mortalité infantile
TMM	Taux de mortalité maternelle

UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
PVDV2	Poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale
VIH / SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
ZS	Zone de Santé

Préface

Le Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022, que j'ai l'insigne honneur de préfacer, est le plan du Gouvernement pour le secteur de la santé, en réponse à l'obligation formulée dans la Constitution de la République Démocratique du Congo, qui garantit, en son article 47, le droit à la santé et à la sécurité alimentaire. Il constitue l'outil de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) révisée et adoptée en 2010 par le Ministère de la Santé publique et ses partenaires, comme contribution aux efforts de développement du pays.

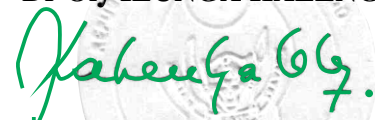
Ce Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 est le résultat d'un processus consensuel de l'ensemble des acteurs intervenant aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Il prend en compte les résultats de l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020, les leçons apprises et les recommandations des différentes revues sectorielles, ainsi que toutes les nouvelles données produites concernant l'état de santé de la population congolaise et les innovations du Plan National Stratégique de Développement (PNSD) 2018-2022 ainsi que celles du Cadre d'Investissement de 2016-2020. Il fournit des orientations stratégiques claires et pertinentes au regard des opportunités nationales et internationales pour le développement d'une action sectorielle plus efficace ciblant les problèmes prioritaires du pays et centrée autour des interventions à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, les principales maladies transmissibles, les maladies non transmissibles y compris la malnutrition, et la réponse aux urgences et situations d'urgence.

La mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 devrait s'opérer avec l'implication de toutes les parties prenantes et avec un changement de paradigme qui consacre le passage d'un budget axé sur les moyens à un budget axé sur les résultats (ou budget-programme), avec notamment un renforcement de la redevabilité à tous les niveaux du système de santé afin que la République démocratique du Congo puisse progresser rapidement vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte des autres cibles des objectifs de développement durable liés à la santé à l'horizon 2030.

Je saisis cette opportunité pour présenter mes vives félicitations et mes remerciements à tous ceux qui se sont investis dans l'élaboration de ce précieux document. J'exhorte toutes les parties prenantes à l'action sanitaire, notamment les professionnels de la santé du secteur public et privé, les partenaires techniques et financiers, les organisations non gouvernementales nationales et internationales, la communauté, ainsi que les institutions d'enseignement et de recherche, à faire de ce document un cadre de référence et d'orientation pour toutes les actions dans le secteur de la santé. Une forte implication de tous dans la mise en œuvre, et la recherche constante de l'implication de toutes les parties prenantes pour l'amélioration de la santé des communautés et la mobilisation des ressources requises, permettront à la République démocratique du Congo de progresser véritablement vers la couverture sanitaire universelle.

Le Ministre de la Santé

Dr Oly ILUNGA KALENGA



Résumé exécutif

Le ministère de la Santé et ses partenaires viennent de doter le secteur de la santé d'un Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022. Ce nouveau plan stratégique sectoriel s'inscrit dans la droite ligne de la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation du PNDS 2011-2015, qui avait relevé que ce dernier n'avait pas été efficacement mis en œuvre suite à un déploiement insuffisant des ressources, des recommandations des revues de performance 2016 et 2017 du secteur, ainsi que de l'évaluation à mi-parcours (EMP) du PNDS 2016-2020, qui ont affiché quelques résultats rassurants, bien que, dans l'ensemble, le niveau des réalisations ait été jugé modeste et s'explique en grande partie par le sous-financement observé mais aussi par des insuffisances dans l'utilisation des ressources.

Le recadrage du PNDS 2016-2020 a été initié pour résoudre efficacement les principaux problèmes des PNDS précédents ainsi que du Cadre d'Investissement de 2016-2020, prendre en compte les engagements et innovations apportées par les stratégies sous-sectorielles développées pour l'amélioration de la performance du secteur de la santé et mettre en phase ce plan sectoriel avec le Plan National Stratégique de Développement (PNSD) 2018-2022, et matérialiser la marche du pays vers la couverture sanitaire universelle (CSU), qui est l'une des cibles du troisième objectif de développement durable (ODD 3).

Ce processus de recadrage a été participatif, inclusif et transparent, et a connu plusieurs étapes :

1. L'organisation, du 27 au 29 mars 2018, d'un atelier de réflexion sur le recadrage, à l'issue duquel ont été lancées l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020 et la préparation de la revue de performance 2017 du secteur, dont les résultats ont été présentés au cours de la revue annuelle 2017 et de l'Assemblée Générale du Comité National de Pilotage (CNP) du secteur de la santé, organisées du 9 au 12 juillet 2018. À l'issue de ces assises, une feuille de route formelle a été validée pour le recadrage du PNDS 2016-2020, et une équipe de rédaction a été mise en place. Celle-ci a rédigé une première ébauche du PNDS recadré, qui a servi de document de travail pour l'atelier d'écriture.
2. L'atelier d'écriture du PNDS, qui a eu lieu du 6 au 9 août 2018, et qui a abouti à la production d'une deuxième ébauche, qui a été largement partagée, afin de recueillir les observations et les commentaires de l'ensemble des parties prenantes (Gouvernement, partenaires techniques et financiers, société civile et secteur privé) à tous les niveaux du système de santé.
3. Sur la base des observations et des commentaires recueillis, une troisième ébauche a été élaborée et de nouveau largement partagée, avant d'être soumise à la validation technique, au cours d'un atelier qui s'est tenu le 29 octobre 2018, et qui a précédé une Assemblée Générale extraordinaire du CNP-SS, organisée le 30 octobre 2018, au cours de laquelle le PNDS recadré 2019-2022, a été adopté.
4. Ce processus a notamment permis de mieux intégrer les nouvelles analyses ou les documents stratégiques clés élaborés ces deux dernières années en RDC et permettant d'affiner les axes du PNDS (Stratégie de financement de la santé, Plan stratégique du SNAME, Évaluation du secteur privé, etc.), et le Cadre d'investissement (CI), qui s'emboîte dans la logique du PNDS recadré 2019-2022, dans la mesure où la priorité 1 du CI consiste en la prestation d'un paquet de SRMNIA+N, dont s'inspire le PNDS. Cependant, le PNDS se veut plus vaste que le CI. Les autres priorités du CI sont des priorités communes à tous

les piliers du système de santé pour guider la mise en œuvre du paquet de SRMNIA+N, lesquels sont bien reflétés dans le PNDS, avec, cependant, plus de détails.

Le PNDS 2019-2022 est organisé en huit principaux points :

Le premier point est constitué par l'introduction, qui argumente sur la nécessité et l'opportunité de recadrer le PNDS 2016-2020.

Le deuxième point traite du contexte national dans lequel ce processus de recadrage a été réalisé, et dans lequel le PNDS recadré sera mis en œuvre.

Le troisième point est consacré à l'actualisation du diagnostic sectoriel, avec une meilleure priorisation des problèmes, notamment en ce qui concerne l'état de santé de la population ; la satisfaction de la population concernant l'offre des services et soins de santé, et la protection financière en santé.

Le quatrième point traite de la vision du gouvernement de la République quant à la santé de la population en 2022 (*Avancer vers l'accès universel à des services de santé de qualité et réduire l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages afin de leur permettre de contribuer au développement économique de la nation*), du but du présent PNDS 2019-2022 (*Contribuer au bien-être de la population congolaise dans le cadre de la CSU et autres cibles des ODD*), ainsi que de son objectif général (*accroître la couverture et l'utilisation des services et soins de santé de qualité par la population avec équité et protection financière*).

Le cinquième point développe les trois axes stratégiques du PNDS 2019-2022, assortis des résultats attendus :

- Le premier axe stratégique concerne les prestations de services et la continuité de soins de qualité à travers trois paquets de soins prioritaires subventionnés : le renforcement de l'offre de services en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, et de la nutrition (SRMNIA-N), le renforcement du contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que l'amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, les épidémies, les catastrophes, et les autres situations d'urgence sanitaire.
- Le deuxième axe stratégique s'attèle au renforcement des cinq piliers du système de santé pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité de services et de soins de santé de qualité.
- Le troisième axe stratégique concerne le renforcement de la gouvernance du secteur pour un meilleur pilotage dans le cadre de la décentralisation et l'implication de la santé dans la mise en œuvre des stratégies des autres secteurs.

Le sixième point donne une estimation du coût des interventions / actions prioritaires par axe stratégique, ainsi que le plan de financement pour une mise en œuvre réussie du PNDS 2019-2022, dont le coût global est estimé à 9235 milliards de dollars. Le financement proviendra du gouvernement (37 %), des ménages (38 %), et de l'aide extérieure (25 %), qui s'élève à 8588 milliards de dollars. Il se dégage un gap de financement à combler de l'ordre de 648 millions de dollars sur 4 ans. Ce plan de financement est aligné sur l'approche budget-programme, afin de pouvoir faire le suivi des dépenses du gouvernement et des bailleurs par rapport aux axes du PNDS.

Le septième point traite de la mise en œuvre du PNDS 2019-2022, qui s'inscrit dans un contexte de gestion axée sur les résultats, et de partage des responsabilités entre les parties prenantes ainsi qu'à tous les niveaux du système de santé.

Le huitième point, enfin, est le cadre de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2019-2022. Il définit un dispositif permettant de générer les informations nécessaires à l'analyse des performances, et d'orienter la prise de décision. Il est assorti d'un tableau d'indicateurs-phares par axe stratégique (avec valeur de base, et projections sur les 4 prochaines années), qui permettent de mesurer les changements souhaités. Il détermine également la périodicité de rapportage des activités (routine, revue, évaluation) à chaque niveau.

1. Introduction

Le gouvernement de la République démocratique du Congo (RDC) dispose depuis 2001 d'une Politique Nationale de Santé (PNS) fondée sur les soins de santé primaires (SSP), et qui réaffirme la zone de santé comme unité de leur opérationnalisation (1). Mais, sur le terrain, le secteur de la santé de la RDC apparaissait déjà, à l'époque, comme souffrant d'innombrables problèmes de nature systémique. En réponse à la nature et à l'ampleur des problèmes identifiés, le ministère de la Santé publique (MSP) et ses partenaires, avaient élaboré, en 2006, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS), révisée en 2010 (2). Pour sa mise en œuvre, la SRSS est déclinée en des plans quinquennaux successifs. Le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrait la période 2011-2015, et le deuxième PNDS a été élaboré pour couvrir la période 2016-2020.

L'évaluation finale du PNDS 2011-2015 (3) avait indiqué que sa mise en œuvre avait démarré partout en 2011, mais que les réformes nécessaires qui devaient l'accompagner n'avaient que timidement été ébauchées. Les résultats observés n'étaient pas tous à la hauteur de ce qui était escompté. En définitive, cette évaluation avait relevé que le PNDS 2011-2015 n'avait pas été véritablement mis en œuvre suite au déploiement insuffisant des ressources, cependant, les actions planifiées demeuraient pertinentes au regard des défis persistant dans le secteur.

Les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 avaient ainsi largement justifié que le PNDS 2016-2020 adopte plus ou moins la même structure, les mêmes stratégies, fasse preuve de plus d'ambition, ignorant implicitement que « dans les mêmes conditions, les mêmes causes produisent les mêmes effets ». Une lecture critique du PNDS 2016-2020 a révélé son manque de réalisme.

Les revues de performance 2016 et 2017 du secteur, ainsi que l'évaluation à mi-parcours (EMP) du PNDS 2016-2020, montrent quelques résultats rassurants, mais, dans l'ensemble, ces résultats ne sont pas satisfaisants (4,5,6). Ainsi, par exemple, l'EMP montre que sur 71 indicateurs du cadre de suivi-évaluation du PNDS 2016-2020 (en cours d'adoption), 31 seulement (43,6 %) sont complètement renseignés, dont 14 / 31 (45 %) ont atteint la cible fixée à mi-parcours, 5 / 31 (16,1 %) montrent une régression par rapport à la valeur de base, et 12 / 31 (38,7 %) sont en progression, sans atteindre la valeur cible.

Enfin, depuis la publication du document du PNDS 2016-2020 en mars 2016, d'importantes stratégies sous-sectorielles ont été adoptées, et contiennent des engagements pertinents pour son exécution et l'amélioration de la performance du secteur de la santé. Il s'agit notamment du Plan stratégique du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels adopté en août 2017, de la Stratégie de financement de la santé adoptée lors de l'Assemblée Générale du CNP-SS du 13 juillet 2018, du Cadre d'investissement (CI), dont le processus de développement a été dirigé par la plate-forme du GFF instituée à la suite du lancement du GFF en avril 2015, et validé en novembre 2017, ainsi que du Plan National Stratégique Multisectoriel de Nutrition (2016-2020).

Eu égard à tout ce qui précède, et profitant du processus d'actualisation du Plan National Stratégique de Développement (PNSD), qui couvre la période 2018-2022, le Ministère de la Santé publique a initié le recadrage du PNDS 2016-2020 pour le mettre en phase avec le PNSD

et renforcer la prise en charge des problèmes prioritaires grâce aux ressources disponibles et à celles devant être mobilisées.

2. Contexte national

Cette section décrit la situation géographique, démographique, et macro-économique, de la RDC. Elle présente également l'état et les enjeux actuels du secteur de la santé.

2.1. Situation géographique

La République démocratique du Congo se situe en Afrique centrale, à cheval sur l'Équateur, avec une superficie de 2 345 409 km². La RDC partage 9165 kilomètres de frontière avec 9 pays limitrophes. Elle est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo et l'enclave angolaise de Kabinda, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, et au Sud par la Zambie et l'Angola.

Figure 1 : Carte géographique de la RDC



La RDC comprend quatre régions géographiques, à savoir : une plaine côtière à l'Ouest ; une cuvette centrale faite de plaines et de plateaux étagés dont la végétation est caractérisée par une forêt dense (forêt équatoriale) ; des plateaux au Nord, au Nord-Est et au Sud, où la végétation est constituée de savanes arborées, entrecoupées de galeries forestières ; enfin, des massifs montagneux à l'Est, au Sud-est et à l'Ouest.

Elle dispose d'une vaste étendue de sol arable très fertile, qui recouvre une superficie de plus de 130 millions d'hectares, et dont 3 % seulement étaient exploités jusque-là. Ses conditions climatiques et géologiques favorisent une grande diversité des cultures. La variété des climats (équatorial, tropical humide, tropical à saison sèche prolongée, et littoral) fait que le pays profite de précipitations en quantités suffisantes, ainsi que d'un large ensoleillement.

De plus, le pays dispose d'un important réseau hydrographique, dont le fleuve Congo, long de 4374 km et classé 2^e au monde quant à son débit.

2.2. Situation politico-administrative

Dans les termes de la Constitution de 2006, La République démocratique du Congo est composée de la ville de Kinshasa ainsi que de 25 provinces dotées de la personnalité juridique,

conformément à l'article 2 de la Constitution de la 3^e République. Elle compte 96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5397 groupements.

Au niveau central, la RDC compte quatre institutions politiques, à savoir :

Le président de la République ;

Le Parlement, qui est composé de deux chambres, l'Assemblée Nationale formée par les députés nationaux élus au suffrage direct, et le Sénat, formé par les sénateurs élus au second degré par les Assemblées provinciales ;

Le gouvernement ;

Les cours et tribunaux : le pays vient de connaître la mise en place des organes de l'ordre judiciaire, avec l'installation effective de la Cour de cassation, du Conseil d'État et de la Cour constitutionnelle.

Chaque province est dotée d'une Assemblée provinciale, qui élit le gouverneur et le vice-gouverneur de province, et approuve le programme du gouvernement provincial. Les Entités territoriales décentralisées ne sont pas encore dotées d'organes délibérants faute d'élections locales. Le pays se prépare à l'organisation d'élections présidentielles, législatives et locales, conformément au calendrier publié par la Commission Électorale Nationale Indépendante (CENI).

2.3. Situation socio-démographique

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat organisé en RDC remonte à juillet 1984. Un autre recensement est en cours de préparation. Les données de population utilisées dans le présent document se basent sur les projections de la population publiées dans l'annuaire statistique de l'Institut National de Statistique (INS) 2015, auxquelles un taux de croissance naturel de 2,9 % a été appliqué afin d'obtenir des projections de la population jusqu'en 2022.

Les projections récentes de l'INS (7) situent la population congolaise à 85 026 000 habitants pour l'année 2018, avec une densité de 36 habitants au km². La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, et près des fleuves et des lacs. Avec une fécondité estimée à 6,6 enfants par femme (EDS, 2014), et un rythme de croissance annuelle de la population estimé à 2,9 % (INS, 2015), la RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans. Cela correspond à une augmentation annuelle de plus de 2 millions de personnes. Dans un contexte de fécondité non maîtrisée, cette population atteindra plus de 120 millions d'habitants en 2030 et sera composée de plus de 45 % de jeunes de moins de 15 ans et de seulement 3 % de personnes de 65 ans et plus (8).

Cette situation démographique contribue à maintenir le pays dans la pauvreté, d'autant plus que la proportion de la population inactive dépasserait celle de la population active. Cela pose des problèmes pour la distribution des infrastructures sanitaires et pour l'accessibilité aux services de santé, surtout lorsque 74 % de la population congolaise se trouvent ainsi en dessous du seuil d'une pauvreté multidimensionnelle (9). Toutefois, entre 2013 et 2014, des progrès significatifs ont été réalisés en lien avec l'Indice de Développement Humain (IDH), qui est passé de 0,338 à 0,433 (10).

La RDC compte quelque 40 ethnies et plus de 400 tribus qu'on peut catégoriser en quatre (4) principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées. Quatre langues nationales sont parlées en RDC, à savoir le Kikongo (à l'Ouest), le Lingala (à Kinshasa et au Nord-Ouest), le Swahili (à l'Est et au Sud) et le Tshiluba (au Centre-Sud). Le français est la langue officielle de l'administration et de l'enseignement.

Du point de vue de la situation sociale, la position sociale de la femme demeure préoccupante dans le pays, à cause, entre autres, des pesanteurs socioculturelles. De plus, le chômage touche près d'un cinquième de la population, avec une pression double sur la ville-province de Kinshasa où près de 40 % de la population active est sans emploi (Revue des dépenses publiques / Banque mondiale, 2014).

2.4. Situation économique et financière

Depuis 2015, la situation s'est détériorée, avec un impact direct sur l'espace budgétaire en santé. La croissance a reculé, tombant à 6,9 % en 2015, et les dernières prévisions du gouvernement pour 2016 la plaçaient à 4,3 % et celles de la Banque mondiale, à 2,7 %. En raison des tensions politiques et de l'incertitude prolongée, il était prévu qu'en 2017-2018, la croissance demeure inférieure aux niveaux observés entre 2012 et 2015. Du fait de ce ralentissement de l'économie, le taux de pauvreté devrait rester élevé au cours des années à venir (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

La RDC a affiché une croissance économique considérable au cours de la dernière décennie, après deux décennies de guerre civile. Sur une période de cinq ans allant de 2010 à 2014, le PIB réel a, en moyenne, augmenté de 7,8 % par an. En 2014, la croissance du PIB réel, de 9,5 %, a largement dépassé la moyenne de l'Afrique sub-saharienne (5,2 %). Grâce à cette performance encourageante, les recettes domestiques du gouvernement en tant que part du PIB ont augmenté plus rapidement que l'ensemble de l'économie, passant de 8,1 % en 2006 à 14,4 % en 2012. En 2013 et 2014, cependant, les revenus du gouvernement ont stagné autour de 13 % du PIB et ont ensuite diminué, tombant à 12,4 % en 2015. Pour préserver l'équilibre budgétaire, les dépenses gouvernementales ont également été freinées.

Tableau 1 : Indicateurs macroéconomiques en RDC

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PIB réel, à prix constants du marché (%)	8,5	9,5	6,9	2,7	4,7	5
Inflation (indice des prix à la consommation)	1,6	1,3	1,3	2,4	2	1,5
Balance courante (% du PIB)	-4,9	4	-2,5	-6,5	-6,3	-6
Balance fiscale (% PIB)	1,9	0,2	0,1	-1,4	-0,9	-0,2
Dette (% PIB)	22,6	24,8	29,3	31,3	31	30,5
Taux de pauvreté (1,9 dollar par jour)	75,7	74	73,1	73,2	72,8	72,2
Taux de pauvreté (3,1 dollars par jour)	90	89,2	88,6	88,7	88,4	88,1
% du budget de la santé dans le budget général	4,57 %	6,92 %	4,23 %	-	-	-
Taux d'exécution du budget de la santé	69,5 %	31,8 %	58,7 %	96 %	-	-

Source : Banque mondiale, 2017.

2.5. Situation sécuritaire

La situation sécuritaire de la RDC est marquée par la persistance de quelques poches d'insécurité liées aux activités des groupes armés et des milices, situation qui a fortement affecté les provinces du Nord Kivu, du Tanganyika, du Sud Kivu, et, plus particulièrement, le grand espace du Kasai. À ces crises humanitaires, qui sévissent depuis plusieurs décennies, s'ajoutent des épidémies récurrentes, telles qu'Ebola (la RDC en est à sa dixième épidémie), le choléra, et la rougeole, qui ont une incidence néfaste sur le système de santé et sur les indicateurs de santé.

L'évaluation rapide de la situation sanitaire dans le grand Kasai, menée par le ministère de la Santé, a montré, d'une part, la persistance d'importants besoins non couverts, et d'autre part, la nécessité d'intégrer la restauration du système de santé dans l'approche de réponse sanitaire d'urgence.

2.6. Situation sanitaire

2.6.1. Politique sanitaire

La mission du ministère de la Santé est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services sanitaires de qualité et équitables pour restaurer la santé des personnes et promouvoir le meilleur statut sanitaire possible dans toutes les communautés (Ord. n°014/078 du 7 décembre 2014).

Plus concrètement, il s'agit de :

- Assurer la législation, la régulation, la normalisation, et l'élaboration, des politiques et stratégies en matière de santé ;
- Assurer la production et la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies du gouvernement en matière de santé ;
- Fournir des prestations de soins de santé de qualité, tant préventives, que curatives, promotionnelles, et de réadaptation, à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national ;
- Assurer l'équité en matière de distribution et d'offre de prestations et services de santé.

L'article 47 de la Constitution de la RDC garantit le droit à la santé. La Politique Nationale de la Santé adoptée en 2001, établit les soins de santé primaires comme étant l'orientation politique majeure selon laquelle le ministère de la Santé et le gouvernement de la République démocratique du Congo souhaitent organiser le système de santé. Pour ce faire, l'unité opérationnelle de mise en œuvre est la Zone de santé, qui organisera la dispensation de soins de santé globaux, continus et intégrés. La loi fixant les principes fondamentaux et règles relatifs à l'organisation de la santé publique en examen à l'Assemblée Nationale, n'a pas encore été votée.

2.6.2. Réforme de l'administration sanitaire et organisation du système de santé

Le ministère de la Santé publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau provincial, et le niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central

Ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique prévoit de passer de 13 à 12 Directions, subdivisées en sept (7) Directions autonomes (Direction des Ressources Humaines, Direction de la Pharmacie et du Médicament, Direction de l'Enseignement des Sciences de la Santé, Direction des Études et de la Planification, Direction de la Famille et des Groupes Spécifiques, Direction Administrative et Financière, Direction des Archives, et Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication), et deux Directions générales : i) la Direction générale de l'organisation et de la gestion des services de soins de santé (qui comprend la Direction des soins de santé primaires et la Direction du Partenariat pour la Santé) ; et ii) la Direction générale de lutte contre la maladie (qui regroupe la Direction des laboratoires de la santé, la Direction de l'hygiène et de la salubrité, et la Direction de la surveillance épidémiologique). La réforme en cours prévoit de réduire significativement le nombre de programmes spécialisés, en regroupant certains, et en les réintégrant à la Direction générale de lutte contre la maladie, ou encore en transformant d'autres en services publics spécialisés.

Le niveau provincial est composé du ministre provincial en charge de la Santé, d'une Division provinciale de la Santé, d'une Inspection provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial, et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. La décentralisation confère aux provinces les attributions exclusives de l'organisation et de la gestion des soins de santé primaires.

Les Divisions provinciales de la Santé (DPS) sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des ministres provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, ainsi que le suivi et la traduction des directives, stratégies, et politiques, sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Ici, l'importance du rôle joué par les Encadreurs provinciaux polyvalents (EPP) mérite d'être soulignée.

Les Inspections provinciales de Santé (IPS) sont des structures déconcentrées, qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de province. Elles assurent l'inspection et le contrôle des établissements de soins pharmaceutiques et de science de la santé.

D'autres services provinciaux sont les Hôpitaux provinciaux, les Laboratoires provinciaux, et les Centrales de distribution régionale des médicaments. Ils assurent les soins de santé de référence secondaire et l'appui des zones de santé dans leurs domaines spécifiques. Un travail de fond est en cours pour lever la confusion entre décentralisation et déconcentration.

Le niveau opérationnel. Ce niveau comprend 516 Zones de santé, avec 393 Hôpitaux généraux de référence et 8504 aires de santé (AS) planifiées, dont 8266 disposent d'un Centre de santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.

2.6.3. Organisation de l'offre de soins

L'organisation de l'offre de soins est assurée par les structures publiques et les structures privées.

Le secteur public est organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux provinciaux, des hôpitaux des forces armées, de la police, ainsi que d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs.

Le secteur privé est subdivisé en deux catégories, privé à but lucratif, et privé à but non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles) et médecine traditionnelle. Le secteur pharmaceutique est essentiellement aux mains des privés.

Le privé lucratif est surtout florissant en milieu urbain et dans les pôles économiques. Il est constitué par les cabinets médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, et les centres de diagnostic (laboratoires, imagerie). Les autorisations d'ouverture sont accordées par le ministère de la Santé publique tandis que la demande d'ouverture est approuvée par la Province. Les textes devant clarifier les attributions du pouvoir central et celles des provinces en cette matière concurrente, font encore défaut.

Le secteur privé confessionnel et associatif est présent en RDC depuis l'époque coloniale et représente environ 40 % de l'offre de soins (État des lieux du secteur de la santé, 2010). Les principaux acteurs en sont les églises catholiques, protestantes, kimbanguistes et salutistes, qui gèrent des formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé).

Un travail de fond a été réalisé sur l'analyse de l'impact du secteur privé (11). Les objectifs visés par cette étude étaient de fournir une estimation de la taille, de la portée et de l'étendue du secteur privé de la santé en mettant l'accent sur les principales parties prenantes et leur rôle, un aperçu des types de services et produits de santé proposés par le secteur privé axé tout particulièrement sur la planification familiale et la santé maternelle et infantile, des données de référence et des leçons tirées des expériences des pays à faible revenu comparables, et un aperçu des politiques, des conditions du marché et des besoins commerciaux qui entravent ou favorisent la participation du secteur privé au système de santé. Cette étude a identifié des priorités stratégiques et une « feuille de route pour l'action » sur un horizon de trois ans.

Il convient par ailleurs de mentionner qu'aujourd'hui les villes de la RDC sont soumises à une urbanisation galopante non planifiée et à une croissance spectaculaire de leurs populations. Ceci appelle à travailler sur l'adaptation du mode d'organisation des services de santé en milieu urbain, en prenant en compte ses particularités (12).

La médecine traditionnelle constitue une part non négligeable de l'offre de soins. Elle est même, dans certains milieux, le premier recours suite à l'absence de structures modernes et à la faible accessibilité financière des soins pour les populations. Pour certaines pathologies spécifiques (fractures et troubles mentaux), la population recourt en priorité aux tradipraticiens. Il existe un programme national de médecine traditionnelle en place depuis 2001 qui régleme l'offre de soins dans ce domaine.

3. Diagnostic sectoriel

Le diagnostic sectoriel du PNDS est inspiré par le cadre d'analyse des performances du système de santé développé par l'OMS :

État de santé de la population ;

Satisfaction de la population à travers les prestations offertes en réponse aux problèmes de santé prioritaires ;

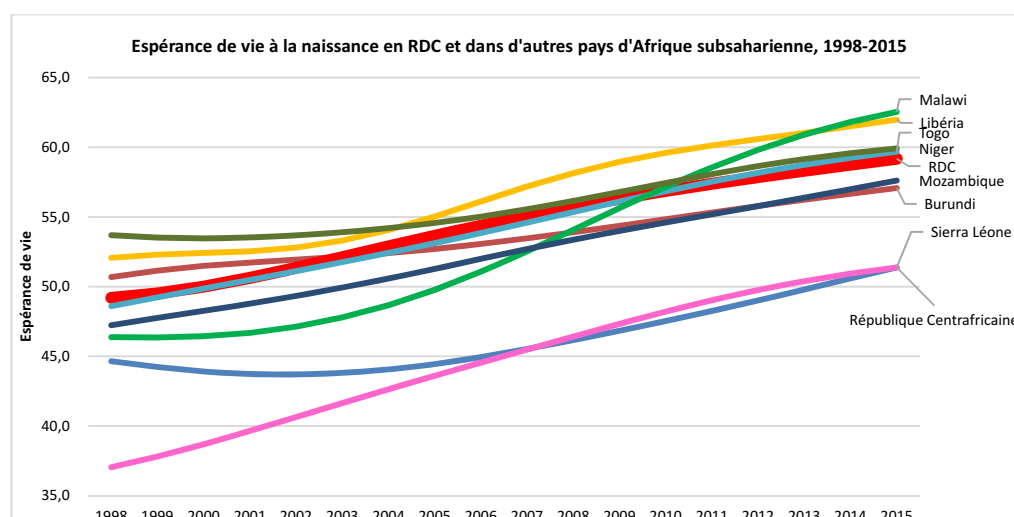
Protection financière et mécanismes de réduction des barrières d'accès aux services et soins de santé.

3.1. État de santé de la population

3.1.1. Évolution de l'état de santé de la population

Selon le Rapport National sur le Développement Humain (RNDH, 2016), l'espérance de vie à la naissance en RDC est de 58,9 ans.

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

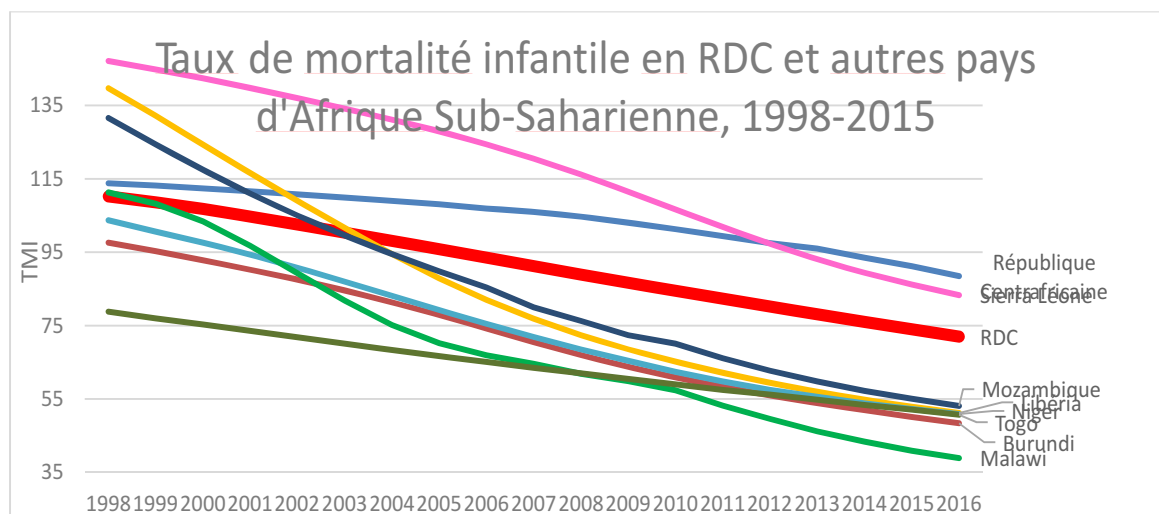


Source : Les auteurs, à l'aide des données de la DataBank de la Banque mondiale.

Dans le même temps, le taux brut de mortalité¹ est passé de 15,96 pour 10 000 habitants en 2011 à 15,16 en 2014. Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, dont le taux est passé de 148 pour 1000 naissances vivantes en 2007 à 104 en 2013 (7). Les taux bruts estimés de mortalité dépasseraient de 40 % la moyenne africaine (l'écart est de 60 % dans l'Est du pays).

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

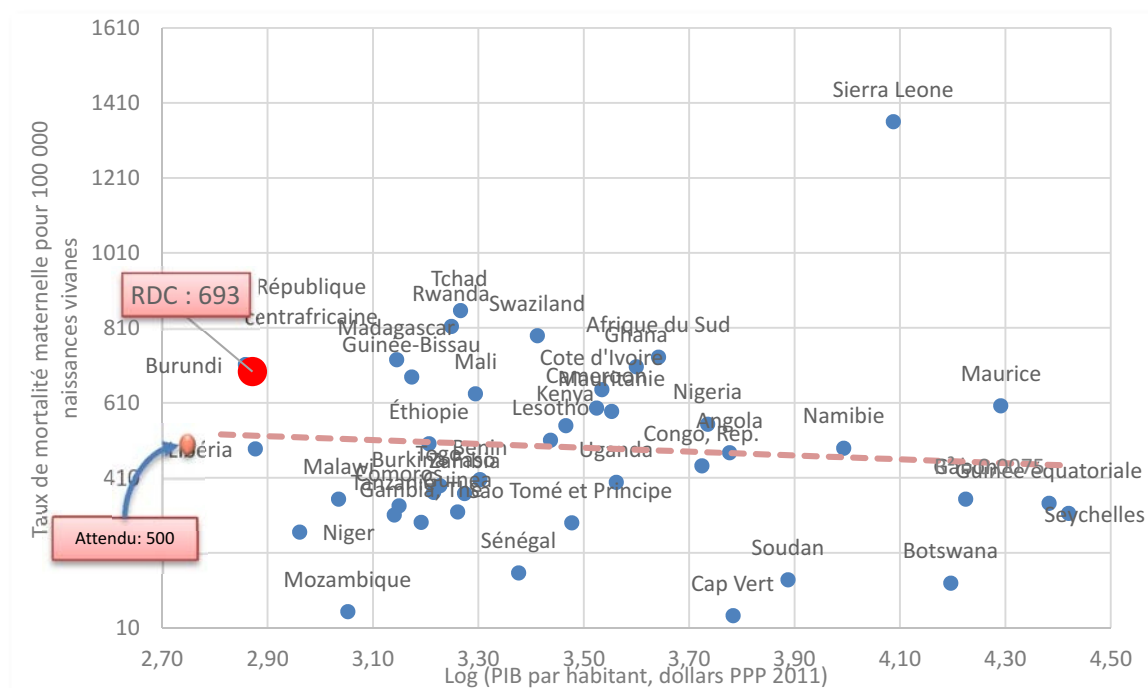
Figure 3 : Comparaison de la mortalité infantile de la RDC avec d'autres pays de l'Afrique



Source : Les auteurs, à l'aide des données de la DataBank de la Banque mondiale.

La situation sanitaire des mères n'est pas brillante au regard des ratio de mortalité maternelle, de 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2013-2014). Le taux de mortalité maternelle a diminué de 30 % depuis 1990, de passant de 1200 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les projections estiment que le ratio actuel de mortalité maternelle, de 693, reste l'un des plus élevés en Afrique subsaharienne (figure 4).

Figure 4 : Taux de mortalité maternelle vs. PIB par habitant en Afrique subsaharienne, 2016



Source : Les auteurs, à l'aide des données de la DataBank de la Banque mondiale.

3.1.2. Principaux problèmes de santé de la population

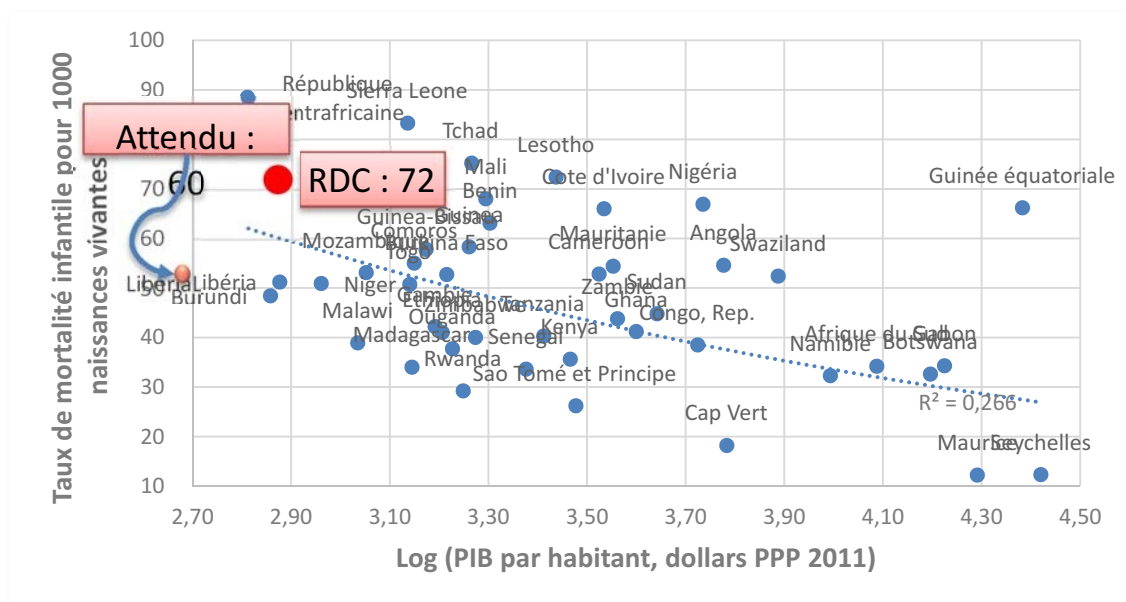
Santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente

La mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes, liée particulièrement aux complications de grossesses précoces et non désirées au regard du taux élevé de fécondité des adolescentes, estimé à 138 pour mille (13). Cette mortalité maternelle est en outre aggravée par la survenue de grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive (10,1 %) couplée à un besoin non satisfait de planification familiale (31 % pour les adolescentes et 28 % pour les femmes en union), et à la faible qualité des soins, d'où la survenue régulière, à l'accouchement, de complications entraînant la mort des femmes, ou bien laissant, souvent, des séquelles importantes, telles que la fistule obstétricale, 42 000 femmes dans le pays présentant ainsi une fistule non traitée (14).

Bien que les tendances de la mortalité chez les moins de 5 ans aient été à la baisse entre 2007 et 2014, ces mortalités restent encore élevées par rapport aux pays de la sous-région. Selon les rapports des EDS / RDC 2007 et 2013-2014, sur 1000 enfants, environ 148 et 104 enfants décèdent avant leur cinquième anniversaire, dont 42 et 28 entre 0 et 28 jours de vie, et 92 et 58 avant leur premier anniversaire. Le ratio de mortalité néonatale est passé de 42 décès pour 1000 naissances vivantes en 2007, à 28 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013, et reste 8 points au-dessus de la cible escomptée en 2015 de 20 décès pour 1000 naissances vivantes dans le plan stratégique de santé reproductive. Quant au ratio de mortalité infantile, il est passé de 92 décès pour 1000 naissances vivantes en 2007, à 54 décès pour 1000 naissances vivantes en 2013, soit 12 points de plus que la cible de 42 décès pour 1000 naissances vivantes fixée par le plan stratégique de santé reproductive pour 2015.

La RDC est le troisième pays le plus pauvre de la région, présentant, en 2016, un taux de mortalité infantile nettement supérieur au taux que l'on pourrait espérer au vu de son PIB par habitant.

Figure 5 : Taux de mortalité infantile vs. PIB par habitant en Afrique subsaharienne, 2016



Source : Les auteurs, à l'aide des données de la DataBank de la Banque mondiale.

La mortalité néonatale, dont la baisse, de 33 %, est plus faible que la baisse de la mortalité post-néonatale, qui est de 40 %, contribue pour plus du quart à la mortalité des enfants de moins de 5 ans (28 % selon l'EDS 2007, et 27 % selon l'EDS 2013-2014). La mortalité néonatale et la mortalité infantile, qui pèsent lourdement sur la mortalité des moins de 5 ans, puisqu'elles représentent respectivement plus du quart et plus de la moitié des décès d'enfants de moins de 5 ans, exigent qu'il soit porté une attention soutenue aux interventions d'accélération de la baisse de la mortalité chez les enfants avant leur premier anniversaire, et particulièrement chez les nouveau-nés, dont les causes les plus importantes de décès en RDC sont les complications de la prématurité, l'asphyxie et le sepsis néonatal (15).

État nutritionnel des enfants

La malnutrition peut affecter les enfants à différents âges, notamment entre 6 et 59 mois. Elle paralyse les enfants, les rend plus vulnérables aux maladies, affaiblit leur intellect, diminue leur motivation, et sape leur productivité. Les indicateurs des différentes formes de malnutrition restent préoccupants en RDC (16).

Un enfant de moins de 5 ans sur cinq (22,6 %) présente une insuffisance pondérale, dont 7 % sous la forme sévère. Plus de deux enfants de moins de 5 ans sur cinq (43 %) souffrent de malnutrition chronique ou d'un retard de croissance, dont 23 % sous la forme sévère. Près d'un enfant de moins de 5 ans sur dix (7,9 %) souffre de malnutrition aiguë globale (émaciation), et 5 % sous la forme sévère. Ces prévalences dépassent les seuils internationaux, fixés à 10 % pour la malnutrition aiguë globale (MAG), et à 2 % pour la malnutrition aiguë sévère (MAS). Par ailleurs, environ 4 % des enfants de moins de 5 ans sont en surcharge pondérale.

Entre 2001 et 2014, la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, qui s'élevait encore à 43 % (EDS 2013-2014), a peu régressé. Les provinces les plus affectées sont celles du Kasai, Kasai-Central, Kwango, Kongo-Central, Lomami, Haut-Lomami, Nord-

Kivu, Sud-Kivu, Maniema, Sankuru, Tanganyika, et de la Tshuapa, avec des prévalences supérieures ou égales à 45 % depuis quinze ans. L'insuffisance pondérale a chuté, passant de 34 % en 2001 à 23 % en 2014, tandis que l'émaciation est passée de 21 % en 2001 à 8 % en 2014. D'après les données du Système de Surveillance Nutritionnelle, de Sécurité Alimentaire et d'Alerte Précoce (SNSAP), 154 alertes nutritionnelles ont été déclarées dans 82 zones de santé (soit 16 % du pays) en 2017. Les informations des enquêtes territoriales (PRONANUT-UNICEF) conduites dans l'espace Kasai et dans l'Ituri en 2018, ont montré que la situation nutritionnelle de la population dans certains territoires demeure préoccupante, avec des prévalences de malnutrition aiguë globale et sévère supérieures aux seuils d'urgence (MAG > 10 %, et MAS > 2 %).

Le rapport de l'analyse de SRMNIA 2018 indique que les provinces les plus affectées par la malnutrition aiguë sont le Maniema, le Kwango et le Kongo-Central, où les prévalences sont supérieures ou égales au seuil d'urgence de 10 %.

De même, l'étude sur le coût de la faim en RDC, publiée en juillet 2017, révèle que les enfants souffrant d'un retard de croissance en RDC sont davantage susceptibles d'abandonner l'école, et que le niveau de scolarisation moyen qu'ils atteignent à l'âge adulte est inférieur de 2,6 années par rapport à celui atteint par une personne n'en ayant jamais souffert (17). De plus, 25 millions d'adultes en âge de travailler (de 15 à 64 ans), ont souffert d'un retard de croissance pendant l'enfance, et ne sont pas en mesure d'atteindre leur potentiel réel. En définitive, la perte due aux conséquences de la sous-nutrition chez les enfants, notamment dans le domaine de la santé, de l'éducation et de la productivité, en RDC, est estimée à environ 1,7 milliards de dollars, soit 4,56 % du PIB pour la seule année de référence de 2014.

Pour atteindre l'objectif de 40 % de réduction du nombre d'enfants de moins de 5 ans atteints de malnutrition chronique d'ici 2025, et au regard de la situation actuelle, des efforts soutenus et accélérés doivent être consentis par le pays au bénéfice des enfants de moins de 5 ans, mais également des femmes enceintes et allaitantes. Un scénario de réduction de 15 % du taux de malnutrition chronique permettrait de prévenir la malnutrition chez deux millions d'enfants de moins de 5 ans.

Eau, hygiène et assainissement

L'intégration des interventions liées à l'Eau, l'Hygiène et l'Assainissement (EHA) dans les formations sanitaires, permettra d'améliorer la qualité des soins, d'assurer la prévention et le contrôle des infections, et de réduire sensiblement l'incidence des maladies nosocomiales. Une grande évolution a été constatée par l'organisation du service, l'amélioration progressive des conditions d'approvisionnement en eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement dans les formations sanitaires, les rendant ainsi plus accessibles. Plus de 4000 formations sanitaires ont intégré le programme eau, hygiène et assainissement en 2017, grâce à plusieurs projets.

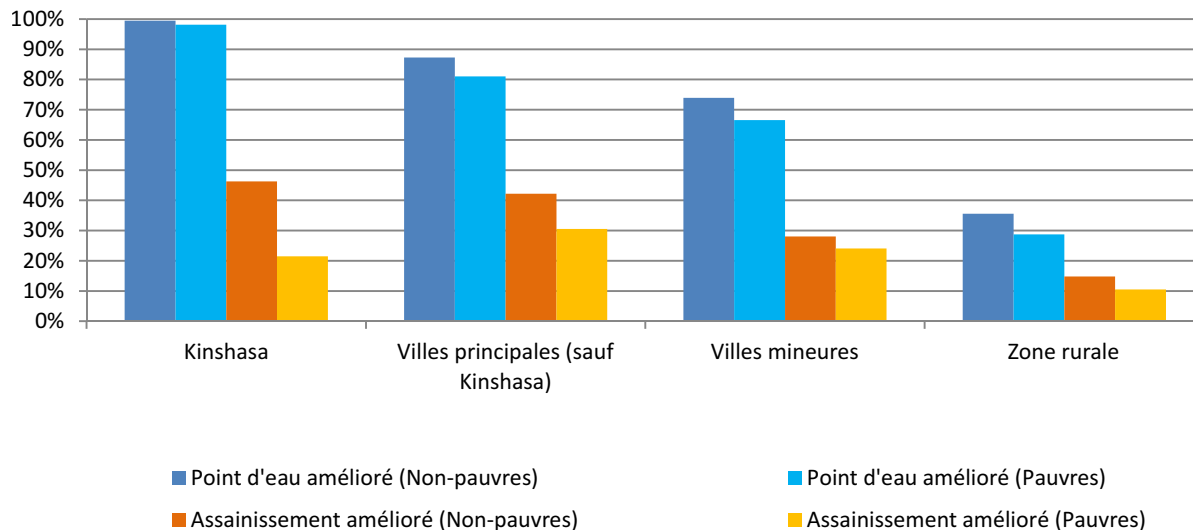
Néanmoins, les conditions d'hygiène dans la plupart des formations sanitaires restent précaires à cause d'une insuffisance de formation, d'organisation (comités d'hygiène), d'infrastructures (incinérateurs, fosses à placenta et latrines), de points d'eau, et d'équipements, matériels et intrants, permettant d'assurer de meilleures conditions d'hygiène en milieu de soins.

Selon le rapport de l'étude diagnostic de la pauvreté et de l'eau, assainissement et hygiène, financée par la Banque mondiale en 2017, la situation du secteur de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement reste précaire dans un pays riche en eau. Seuls 52 % de la population de la RDC ont accès à des points d'eau améliorés, et moins de 29 % de la population ont accès à un assainissement amélioré (13). Ces taux sont nettement inférieurs à la moyenne subsaharienne.

L'accès tant à des points d'eau améliorés, qu'à un assainissement amélioré, n'a pas beaucoup progressé. La proportion de la population congolaise utilisant des sources améliorées d'eau de boisson est passée de 47 % en 2010 à 50 % en 2013, et 54 % en 2016. En milieu urbain, cette proportion est passée de 83 % à 85 %, puis à 90 % pour la même période. Mais en milieu rural, il y a une baisse de cette proportion, qui est passée de 33 % à 31 % entre 2013 et 2016. L'aménagement des sources n'a pas complètement résolu le problème de la corvée que représente pour les populations le fait de devoir aller puiser l'eau dans la vallée, et a parfois également occasionné des viols, ainsi que des morsures de serpents. Il est nécessaire d'envisager d'autres stratégies, telles que le forage et l'adduction d'eau avec utilisation de filtres.

Dans le secteur de l'assainissement, les tendances cumulées à long terme font apparaître des taux d'accès d'une faiblesse quasiment équivalente, puisqu'ils sont d'environ 28,5 % dans les zones urbaines, et de 28,7 % dans les zones rurales. La défécation en plein air est plus répandue en milieu rural, tout en restant inférieure à 20 %, soit un niveau relativement faible par rapport au contexte régional. Cette situation est illustrée par la figure ci-dessous.

Figure 6 : Accès par niveau de pauvreté pour Kinshasa, d'autres grandes villes, des petites villes et les zones rurales (Enquête 1-2-3, 2012)



Source : Rapport de l'étude Diagnostic de la pauvreté et de l'eau, assainissement et hygiène en RDC réalisée par la Banque Mondiale en 2017.

Le programme de développement durable pose de nouveaux objectifs ambitieux en vue de l'accès universel à des installations véritablement sûres d'ici 2030. Dans le secteur de l'eau, quatre difficultés ressortent : la détérioration de l'approvisionnement urbain devant la rapidité de l'urbanisation, les inégalités d'accès entre les grandes villes et les zones urbaines marginales d'une part, et les zones rurales de l'autre, ainsi que le problème de la qualité de l'eau. La faible capacité de contrôle de la qualité de l'eau ne permet pas au ministère de la Santé publique (MSP)

de s'acquitter de cette prérogative que lui reconnaissent la loi relative à l'eau (18) et l'ordonnance fixant les attributions des ministères (19).

Dans le secteur de l'assainissement, les interventions en milieu rural et périurbain, dont celles du Programme Écoles et Villages Assainis, ont permis de faire des progrès, mais avec des difficultés quant à l'intensification et la pérennisation des résultats, tandis que dans les villes, des décennies de négligence se soldent par une absence quasi totale de services publics. Les services d'hygiène au niveau national, provincial et périphérique, présentent des faiblesses quant à leurs missions, tant normative qu'opérationnelle, d'assurer la sécurité sanitaire et la salubrité des aliments, ainsi que la salubrité de tout ce qui est lié au milieu humain. Le faible fonctionnement des Brigades d'Hygiène, voire leur absence dans certaines agglomérations, constitue un facteur limitant pour la sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène, et, de surcroît, l'observance de celles-ci par la population.

Situation des maladies transmissibles

Le profil épidémiologique de la RDC est marqué par l'émergence et la réémergence de plusieurs maladies transmissibles à potentiel épidémique. En même temps, le pays connaît une transition épidémiologique, caractérisée par une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. Ce double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles a une répercussion sur la mortalité et la morbidité pour l'ensemble de la population congolaise.

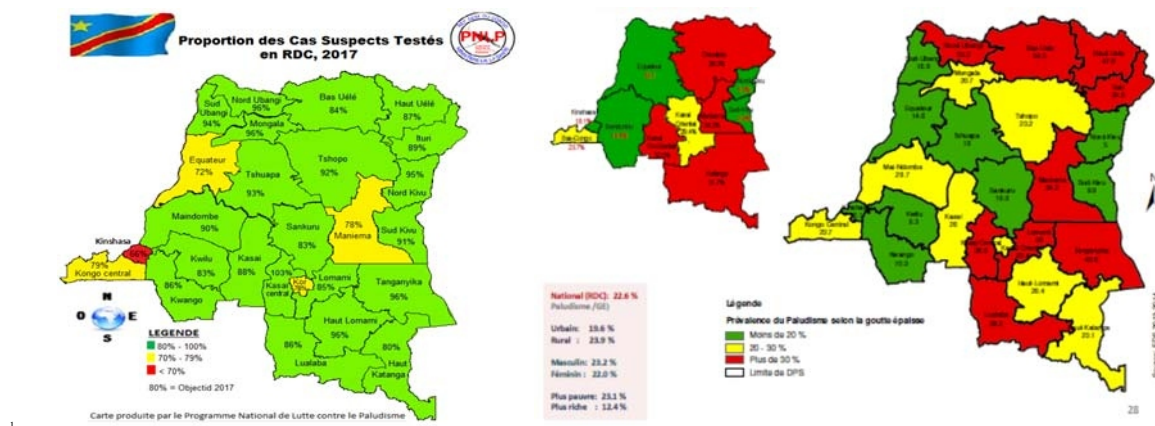
La RDC continue de se trouver confrontée à de multiples épidémies, urgences et catastrophes de diverses natures. Plusieurs flambées épidémiques ont été enregistrées, notamment des épidémies de choléra, de maladie à virus Ebola (MVE), de poliomyélite, et de rougeole.

Maladies endémiques

Le paludisme. Le paludisme demeure la première cause de morbidité et de mortalité en RDC. Le pays est le 2^e contributeur en Afrique, derrière le Nigéria, en termes de cas (10 %) et de décès (11 %). Fortement prévalent, le paludisme continue à représenter plus de 40 % des causes de mortalité infantile au niveau national.

En 2017, le taux de positivité a été respectivement de 73 % au test de dépistage rapide (TDR) et 65 % à la goutte épaisse (GE) (voir la figure 7 ci-dessous).

Figure 7 : Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

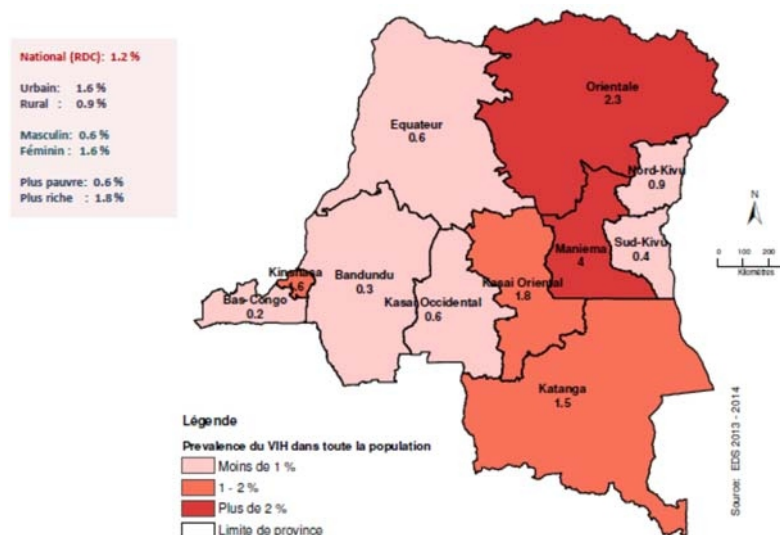


La situation qui prévaut en ce qui concerne la distribution des MILD est en partie celle des systèmes substitutifs introduits par les partenaires techniques et financiers (PTF). Les PTF font eux-mêmes les quantifications, qui peuvent être en totale incohérence avec les besoins réels. Les ruptures sont surtout dues à de mauvaises quantifications, des commandes faites trop tardivement, et, dans une certaine mesure, aux difficultés de la distribution, sans oublier la vente illicite des MILD.

Le VIH/SIDA. Connaissant encore une épidémie de type généralisé, la RDC a vu la prévalence moyenne du VIH chez les adultes passer de 1,3 % à 1,2 % entre 2007 et 2013. Cette prévalence est inégalement répartie, que ce soit par province ou par tranche d'âge. On enregistre également une disparité entre les femmes (1,6 %) et les hommes (0,6 %). Le pays compte 516 617 personnes vivant avec le VIH. L'incidence du VIH parmi les adultes est passée de 0,042 % en 2010 à 0,021 % en 2017, soit une diminution de moitié. Le nombre de décès dus au sida chez les adultes est passé de 62 961 à 31 114 entre 2010 et 2016, soit une diminution de moitié. On note également une amélioration du niveau global de connaissances sur le VIH / sida dans la population adulte. Ainsi, fin 2017, près de 46 % des personnes vivant avec le VIH avaient connaissance de leur statut sérologique.

Selon le rapport 2017 du Programme National de Lutte contre le VIH / sida (20), 4382 sites de prise en charge dans 389 zones de santé, officiellement, ont intégré le paquet de services à travers le pays. En ce qui concerne les performances programmatiques, plus de 5 millions d'utilisateurs des services de santé ont été dépistés, sur les 3,9 millions attendus, soit une performance de 131 % ; 13 939 femmes ont été mises sous antirétroviraux (ARV) sur 16 588 attendues, soit une performance de 84 %, et 214 000 adultes et enfants éligibles reçoivent les ARV, soit une performance de 115 % (20).

Figure 8 : Prévalence du VIH (hommes et femmes)



La Tuberculose. La RDC figure parmi les 30 pays à forte charge de tuberculose (TB), et le pays se classe au 9^e rang dans le monde, et au 2^e rang en Afrique, en termes de prévalence de la TB. La RDC est également l'un des 14 pays à se trouver simultanément confrontés aux défis de la TB, de la co-infection TB-VIH, et de la pharmaco-résistance.

En 2017, l’OMS estimait l’incidence de la TB à 322 cas / 100 000 habitants, tandis que l’incidence des VIH-TB était de 25 cas pour 100 000 habitants en 2017. Si, en 2003, l’on estimait que 36 000 décès dus à la tuberculose survenaient chaque année, dont 28 % étaient attribuables au VIH (21), le taux de mortalité due à la tuberculose en 2017 était estimé à 60 (35-90) pour 100 000 habitants, dont 9,2 (4,3-16) parmi les co-infectés au VIH.

La prévalence du VIH chez les tuberculeux est passée de 20 % en 2008 à 10 % en 2017 (22). Il convient de noter que 64 % des patients tuberculeux connaissent leur statut sérologique. Au cours de cette même période, le pays a notifié 893 cas de tuberculose pharmaco-résistante sur les 3400 attendus (soit 22 %), dont 839 ont pu entamer le traitement dans les délais (soit 94 %).

Les principaux défis sont ainsi : l’augmentation du dépistage précoce aussi bien de la TB sensible que pharmaco-résistante ; l’amélioration des activités conjointes TB / VIH, avec offre de soins complets par un même personnel dans la même structure (guichet unique) ; et la réduction de la mortalité. Au total, 5 provinces hautement prioritaires ont été identifiées.

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN). Il existe quatorze maladies tropicales négligées (MTN) endémiques. Elles sont regroupées en deux catégories : les MTN à chimiothérapie préventive (CTP), à savoir la filariose lymphatique, les géo-helminthiases, l’onchocercose, la loase, les schistosomiasés et le trachome ; et les MTN à prise en charge des cas (MTN PCC), qui regroupent la dracunculose, les leishmanioses, la lèpre, la peste, le pian, la rage, la trypanosomiasé humaine africaine (THA), l’ulcère de Buruli et le noma.

Les Maladies Tropicales Négligées évitables par la chimiothérapie. Selon les résultats de la cartographie de l’onchocercose réalisée par le PNLO entre 1998 et 2010, 43,7 % des personnes risquent de contracter l’onchocercose en RDC. Pour la filariose lymphatique, les schistosomiasés, les géo-helminthiases et le trachome, les résultats de la cartographie coordonnée et intégrée dirigée par la coordination nationale des maladies tropicales au cours de la période 2009-2015, ont révélé que ces maladies étaient prévalentes en RDC. Les pourcentages de personnes risquant de contracter ces maladies sont estimés à 39,7 % pour la filariose lymphatique, à 27,3 % pour les schistosomiasés, à 46,7 % pour les géo-helminthiases transmissibles par le sol, et à 3,9 % pour le trachome.

Les Maladies Tropicales Négligées à prise en charge de cas. Selon l’OMS, la RDC présente le plus grand nombre de cas de THA (9878 cas en 2009 et 6314 cas en 2013) parmi les 36 pays d’Afrique subsaharienne où sévit exclusivement la maladie. Pour le Programme National d’Élimination de la Lèpre (PNEL) et l’OMS, 20 % des cas de lèpre enregistrés en Afrique se trouvent en RDC. Avec 5000 nouveaux cas en 2012 et 3200 cas en 2014, le pays se classe en 2^e position, en Afrique, après l’Éthiopie. Selon le rapport annuel 2017 du PNEL, le nombre de nouveaux cas de lèpre est de 3649, avec un taux annuel de détection de 3,9 pour 100 000 habitants. Le taux d’infirmité de degré 2 parmi les nouveaux cas est de 5,5 cas pour un million d’habitants. Les huit provinces suivantes demeurent endémiques pour ce qui est de la lèpre, et regorgent de nombreuses zones de santé extrêmement endémiques : Tanganyika, Tshopo, Tshuapa, Équateur, Maindombe, Haut-Katanga, Bas-Uélé et Haut-Uélé.

En dehors de la dracunculose, pour laquelle le processus de certification d'élimination est en cours, toutes les maladies demeurent des problèmes de santé publique en RDC car elles n'ont pas encore atteint l'objectif de leur élimination fixé par l'OMS.

Les maladies non transmissibles et la santé mentale. Une enquête de surveillance, utilisant l'instrument STEPS (enquête pas à pas) de l'OMS, montre que dans la ville de Kinshasa, chez les personnes de plus de 15 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle (HTA) est de 11 % et celle du diabète est de 15,5 %. Il est fort probable que la situation est semblable dans d'autres grandes villes. Il y a toutefois lieu de signaler une insuffisance des données statistiques sur le diabète, l'HTA et les autres maladies cardio-vasculaires.

En 1990, les maladies transmissibles représentaient près de la moitié (49 %) de la charge de morbidité dans le monde, tandis que les maladies non transmissibles en représentaient 27 %. Il est prévu qu'en 2020, l'importance des maladies transmissibles aura diminué, n'atteignant plus que 22 %, soit moins de la moitié du niveau de 1990, tandis que celle des maladies non transmissibles aura augmenté jusqu'à atteindre 43 %.

L'état des lieux du système national de santé mentale, réalisé en 2006 par le Programme National de Santé Mentale (PNSM) avec l'appui de l'OMS, a montré que l'ampleur des troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux était en augmentation (environ 25 %), alors que la couverture en services de santé mentale demeurait très faible, puisqu'elle était estimée à 5 %. À ce jour, 3 % des structures sanitaires de première ligne ont intégré le paquet d'activités de santé mentale.

Consommation de substances psychoactives. La consommation de tabac, d'alcool et de drogue, constitue un sérieux problème de santé publique. Toutefois, le pays ne dispose pas de données récentes sur la toxicomanie. Notons toutefois qu'une enquête partielle menée en 2008 auprès des enfants de la rue à Kinshasa, a montré que dans 84,5 % des cas, la consommation de ces substances s'accompagnait de comportements à risque, tels que des rapports sexuels non protégés, pratiqués par 79 % d'entre eux.

Accidents de Trafic Routier (ATR). Ceux-ci constituent un problème de santé publique en RDC. En effet, les statistiques fournies par la Commission Nationale de Prévention Routière (CNPR) via la police de circulation routière, indiquent qu'à Kinshasa, les cas d'ATR sont passés, successivement, de 2750 cas en 2006, à 3478 cas en 2007, à 2842 cas en 2013, et à 1686 cas durant le dernier semestre 2014 et le premier semestre 2015. À Kisangani, en moyenne, 38 cas d'ATR ont été enregistrés quotidiennement dans les différentes artères de la ville, avec comme conséquences la mort, le handicap, et des difficultés de réinsertion socioprofessionnelle des patients.

Substances chimiques dangereuses, pollution et contamination de l'écosystème. Les substances chimiques dangereuses, la pollution et la contamination de l'eau, de l'air et du sol, bouleversent l'écosystème des milieux de travail et de vie, et sont à l'origine d'accidents du travail et de maladies diverses touchant spécifiquement les travailleurs mais aussi les populations avoisinantes.

Lutte contre la drépanocytose, les déficiences physiques, les malformations congénitales et les handicaps. Les paquets d'interventions spécifiques concernant ces problèmes de santé, ne sont pas encore intégrés dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) ni dans le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Pour ce qui est de la santé oculaire et de la vision, un plan stratégique 2017-2021, un paquet d'interventions au niveau des zones de santé, et une stratégie de mise en œuvre, ont été élaborés en 2017. Des directives en faveur de la prise en charge des personnes du troisième âge, sont en cours d'élaboration. Un volet spécifique a été produit en faveur des prestataires des HGR pour la santé bucco-dentaire. Celle-ci est également prise en compte dans les ordinogrammes de soins au niveau des centres de santé, actualisés en 2017. Plusieurs études menées auprès de quelques entreprises par le Programme National de Santé au Travail (PNST), montrent que l'ampleur des maladies professionnelles et des accidents du travail va croissant, alors que les services de santé accusent un grand retard dans l'organisation des attentions appropriées pour la promotion de la santé, de l'hygiène et de la sécurité au travail.

3.2. Satisfaction de la population quant à l'offre des services et soins de santé

La satisfaction de la population quant au système de santé est analysée à travers la situation des prestations de services et soins de santé dans la vision de santé, ainsi qu'à travers les différents piliers du système de santé dans leur apport quant à l'amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des services.

3.2.1. Problèmes concernant les prestations de services et de soins de santé

Malgré les progrès observés, les prestations de soins et de services de santé en RDC connaissent les problèmes prioritaires récurrents suivants : i) une faible couverture sanitaire ; ii) une faible qualité des soins et des services offerts ; iii) une faible résilience des structures de santé face aux urgences sanitaires ; iv) une faible utilisation des soins et des services disponibles ; et v) une faible redevabilité publique des services de santé.

Faible couverture sanitaire. Selon l'état des lieux de 2009, 79 % des aires de santé (AS) disposent d'un centre de santé (CS) offrant un paquet minimum d'activités (PMA), parmi lesquels 15 % sont construits en matériaux durables. Durant la période de mise en œuvre du PNDS 2011-2015, quelques centres de santé ont été construits par le gouvernement (PESS) et ses partenaires (divers projets), améliorant un peu la couverture sanitaire. Cependant, 124 zones de santé sur 516, soit 24 % des zones de santé, ne disposent pas d'un hôpital général de référence (HGR).

Les données issues de l'analyse du processus de planification de 2013 montrent que seuls 6 % des centres de santé offrent un PMA complet répondant aux normes, et que 10 % des HGR offrent un Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) complet. Ces données cachent plusieurs disparités, variant de 0 % des CS et HGR offrant des prestations (PMA et PCA) répondant aux normes dans les provinces de Mongala, du Bas-Uélé, et du Nord Ubangi, à 59 % des CS et 79 % des HGR à Kinshasa. Pour ce qui est du PMA, les interventions de nutrition, planning familial, VIH et tuberculose, font défaut dans la majorité des CS, ce qui explique la difficulté à réunir l'ensemble des 21 interventions censées être dans le PMA. Quant au PCA, les services de réanimation, de laboratoire (disposant de services de parasitologie, biochimie, bactériologie et hématologie) et d'imagerie, font défaut dans la majorité des HGR.

Cinq (5) hôpitaux provinciaux sur six (6) présentent un plateau technique incomplet, alors qu'ils devraient jouer un rôle de référence secondaire. De même les trois (3) cliniques universitaires sont sous équipées pour servir de référence tertiaire. L'hôpital du cinquantenaire de Kinshasa, qui devrait faire diminuer le transfert des malades à l'étranger, ne joue pas encore son rôle.

Faible qualité des soins et des services offerts. Il est admis que la qualité des soins et des services est faible. La baisse de la qualité des soins et des services résulte d'une combinaison de plusieurs facteurs, notamment : i) la problématique liée au personnel soignant (disponibilité en quantité et qualité, qualité de la formation, rotation rapide, et rémunération ; ii) la vétusté des infrastructures et des équipements de base ; et iii) les ruptures fréquentes de stocks de médicaments. À cela s'ajoute le fait que les formations sanitaires n'appliquent pas les mécanismes prévus pour un meilleur suivi, évaluation et contrôle de cette qualité (audit médical, examens du dossier malade, supervision de la pratique, enquêtes de sortie, boîtes à suggestion, tutorat, etc.).

Faible utilisation des services et des soins offerts. L'utilisation des services est affectée par la triple dimension de l'accessibilité (financière, socioculturelle, et géographique). Les données du SNIS situent l'utilisation des services de consultation curative à 33,1 % en 2017 ; la couverture en CPN4, à 48 %, et la couverture en VAT2, à 66 %. L'EDS 2013-2014 indique que 69 % des femmes ont rencontré un obstacle financier pour se faire soigner ou recevoir un avis médical. La situation est plus accentuée en milieu rural (75 %) qu'en milieu urbain (58 %). La faiblesse de l'accessibilité socioculturelle est liée à des us et coutumes non favorables à la santé, et se trouve amplifiée par le déficit de la sensibilisation et l'organisation de la communauté. Le faible niveau d'instruction et l'analphabétisme contribuent à entretenir une perception inappropriée de la santé et de la maladie. L'EDS 2013-2014 indique que 33 % des femmes n'ont pas eu accès aux soins de santé faute d'avoir obtenu l'autorisation de leur mari. Quant à l'accessibilité géographique, enfin, la dispersion de la population, la distance à parcourir pour accéder aux CS (supérieure à 5 km) et les obstacles naturels, surtout en milieu rural, limitent l'accès aux services de santé. L'EDS 2013-2014 souligne qu'en milieu rural, la distance pour atteindre un service de santé constitue un problème pour 48 % des femmes, contre 25 % en milieu urbain.

Faible résilience des structures de santé face aux épidémies et aux situations d'urgence. L'évaluation externe du Règlement sanitaire international a montré que les capacités minimales du pays en matière de prévention, de détection et de riposte rapide face aux menaces pesant sur la santé publique, étaient encore faibles. L'analyse des épidémies connues depuis 2016 a relevé que l'investigation et la réponse étaient tardives et inadéquates, du fait de l'absence, ou du manque de préparation, des équipes d'intervention rapide, ainsi que du manque de pré-positionnement des kits répondant à la conception des aléas potentiels, et du déficit de coordination, de surveillance et de riposte.

Faible redevabilité des services de santé devant les communautés. Les soins de santé primaires exigent la pleine implication de la communauté dans la planification et dans le suivi des prestations des formations sanitaires. Les organes de participation communautaire (Conseil d'Administration, Comité de Gestion et Comité de Santé) sont mis en place pour prendre en compte les attentes et les aspirations des communautés quant à l'organisation des services. La faible fonctionnalité de ces organes, la non représentativité des communautés et l'absence

de mécanismes de recueil des attentes de la population quant à leur satisfaction, font que les communautés n'exercent pas leur contrôle vis-à-vis des formations sanitaires et des prestations offertes.

Encadré 1 : Problèmes prioritaires concernant les prestations

- 1. La faible couverture sanitaire :** elle découle de la faible couverture géographique et de la faible intégration des interventions répondant aux normes.
- 2. La faible qualité des services et des soins offerts :** elle est due à la faible capacité opérationnelle des FOSA et à l'insuffisance du processus d'assurance qualité (audit clinique, supervision, coaching, tutorat, hygiène hospitalière, etc.).
- 3. La faible utilisation des services disponibles :** elle est liée à la faible disponibilité de l'offre et à la faible accessibilité financière, géographique et culturelle de la population aux soins et services de santé.
- 4. La faible résilience des structures de santé face aux éventuelles épidémies, situations d'urgence et catastrophes :** elle est principalement liée au manque d'application du Règlement sanitaire international à différents niveaux.
- 5. La faible redevabilité publique des services de santé devant la communauté :** les organes de participation communautaire existants n'exercent pas de contrôle vis-à-vis des prestations offertes par les FOSA.

3.2.2. Problèmes concernant les infrastructures et les équipements

Le secteur de la santé connaît un déficit d'infrastructures et d'équipements répondant aux normes nationales de construction. Sur les 8504 aires de santé planifiées en RDC, 238 ne disposent pas d'un centre de santé. Il est à noter cependant que malgré les 8266 centres de santé existants, seuls 1006 sont construits en matériaux durables, soit 12 % d'entre eux. Certains sont dans un état de délabrement avancé, de sorte que 671 centres de santé doivent être réhabilités. Le reste des centres de santé (7120) sont construits soit en semi-durable, soit en pisé.

Sur les 516 zones de santé du pays, 393 zones de santé disposent d'un hôpital général de référence. Parmi ces hôpitaux généraux de référence, 152 ont été réhabilités et 60 ont été construits. La capacité de maintenance au niveau du ministère de la Santé reste faible. Cette situation est due à la non-application des normes, à l'inexistence d'unités de maintenance aux différents niveaux du système de santé, et à la non-intégration des coûts dans les projets d'investissements du gouvernement et des bailleurs de fonds.

Encadré 2 : Problèmes prioritaires concernant les infrastructures et les équipements

- 1. La proportion des structures de santé construites et équipées conformément aux normes reste faible :** la proportion des centres de santé et des hôpitaux généraux de référence construits et équipés conformément aux normes requises est très faible.
- 2. Une faible capacité du secteur à assurer la maintenance des infrastructures et des équipements acquis,** due à l'absence d'unités de maintenance compétentes opérationnelles à différents niveaux.

3.2.3. Problèmes concernant les ressources humaines pour la santé

Déséquilibre dans la production des ressources humaines pour la santé (RHS) et répartition inéquitable de ces dernières

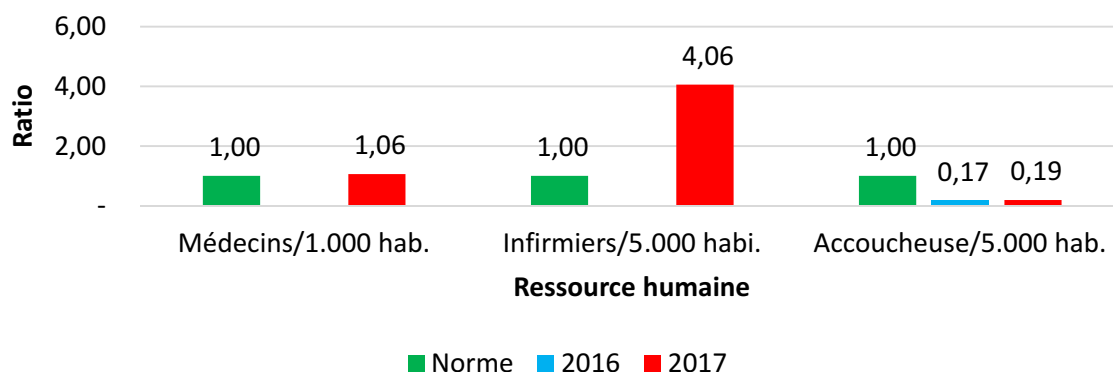
En ce qui concerne la production des ressources humaines, il se pose un problème de déséquilibre dans l'organisation des filières et de répartition équitable des professionnels de santé, aussi bien entre les milieux ruraux et urbains qu'entre les structures sanitaires d'une même province. L'Annuaire des ressources humaines pour la santé 2017 (23) fait état de 478 instituts techniques médicaux (ITM) / instituts d'enseignement médical (IEM) disséminés à travers le pays. Parmi ces ITM / IEM, 145 appartiennent à l'État, soit 30,3 % ; 164 à des confessions religieuses (catholique, protestante et kimbanguiste), soit 34,3 % , et 169 appartiennent au secteur privé, soit 35,4 %. La filière infirmière est organisée dans toutes les provinces. Les autres filières sont organisées respectivement dans 19 écoles pour les accoucheuses, 13 écoles pour les techniciens de laboratoire médical, 7 écoles pour les assistants en pharmacie, et 2 écoles pour les techniciens d'assainissement. La persistance de la forte proportion d'élèves dans la filière infirmière entraîne une surproduction de la catégorie infirmière par rapport à d'autres catégories professionnelles.

La production accrue d'infirmiers et de médecins ces dernières années a pour conséquence la création non contrôlée de structures privées lucratives offrant des soins de faible qualité, ainsi que le recours à des médecins au niveau du premier échelon du système de santé (médicalisation des centres de santé) (24) dans plusieurs provinces du pays, en particulier en milieu urbain. Comme beaucoup d'autres pays du Sud, la RDC avait fait le choix de déléguer à des professionnels non médecins (infirmiers, assistants, médicaux ou autres) la responsabilité des services de premier échelon (25, 26). La raison évoquée était la rareté des médecins, qui, pour être utilisés de façon rationnelle, se trouvaient affectés à un niveau de soins plus centralisé, à savoir les hôpitaux. L'augmentation de ce phénomène de médicalisation de la première ligne exige que le pays réglemente les prestations des médecins à ce niveau et définisse, grâce à une recherche appropriée (recherche-action), les conditions dans lesquelles cette médicalisation de la première ligne pourrait avoir un impact positif sur l'offre des soins.

L'effectif total du personnel de santé répertorié en 2017 était de 161 966, dont 96 196, soit 59,39 %, étaient des professionnels de santé, et 65 770, soit 40,61 %, du personnel administratif et de soutien. Sur le plan des professions, les infirmiers représentaient l'effectif le plus important, 73 046, soit 45,1 %, et les médecins représentaient un effectif de 9537, soit 5,9 %. La ville-province de Kinshasa présentait l'effectif le plus important, avec 15 541 agents, suivie du Kwilu, avec 13 851 agents. La province du Bas-Uélé présentait l'effectif le moins élevé, soit 2117 agents.

Concernant la gestion des ressources humaines, il existe des disparités importantes dans la répartition géographique. On observe une concentration des personnels de santé dans les grandes villes, particulièrement à Kinshasa et dans les centres urbains des provinces. S'agissant du ratio d'infirmiers pour 5000 habitants, il y a lieu, au regard des informations ci-dessus, d'affirmer que le personnel infirmier est pléthore dans toutes les provinces. Quant au ratio d'un médecin pour 1000 habitants, seules 3 provinces présentent des effectifs conformes ou supérieurs aux normes internationales, comme l'illustre le graphique ci-dessous (figure 9).

Figure 9 : Ratio de médecins, infirmiers et accoucheuses en RDC pour 5000 habitants : norme et réalité en 2016 et 2017



Hormis les infirmiers et les médecins, dont les effectifs semblent suffisants, le pays connaît une carence en ce qui concerne certaines catégories professionnelles. C'est le cas notamment, des assistants en pharmacie et des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des anesthésistes, des techniciens de radiologie, des kinésithérapeutes et des spécialistes de la médecine physique. Une attention particulière mérite d'être portée sur la rareté des sages-femmes en RDC. Avec moins de 2 sages-femmes pour 1000 naissances, la RDC se situe très en deçà de la norme internationale (qui est de 6), et même du nombre de sages-femmes dans de nombreux autres pays africains. Cette situation s'explique par la création récente de cette catégorie conforme aux normes de la Confédération internationale des sages-femmes (*International Confederation of Midwives, ICM*). La première promotion de cette catégorie a en effet été diplômée au cours de l'année académique 2016-2017.

La qualité insuffisante de l'enseignement reçu par les professionnels de santé et du développement des compétences des prestataires. La qualité insuffisante des professionnels de santé est due à la prolifération d'établissements de niveau secondaire, supérieur, ou universitaire, ne répondant pas aux normes. Ces derniers souffrent du sous-équipement des laboratoires, des salles de pratique professionnelle, et des lieux de stage de qualité, de la sous-qualification de certains enseignants et encadreurs de stages, ainsi que de programmes d'enseignement inadaptés aux besoins sur le terrain, et d'un manque de politique concertée de formation entre le ministère de l'Enseignement supérieur et universitaire, formateur, et le ministère de la Santé, utilisateur des produits des universités et instituts supérieurs de techniques médicales. La formation continue, bien qu'ayant été formalisée via des textes légaux, réglementaires et normatifs, n'a pas connu d'amélioration notable au cours des cinq dernières années.

La faible motivation et fidélisation du personnel de santé. Le personnel de santé est peu motivé, étant donné les mauvaises conditions de travail, l'insuffisance des mesures incitatives (absence de valorisation des acquis d'expériences, absence d'opportunités de professionnalisation, absence de primes de brousse et d'éloignement, absence d'avancement en grade, absence d'un meilleur cadre de travail, et absence d'autres avantages sociaux...), le non-paiement des salaires, pour certains, et la modicité des salaires, pour ceux qui perçoivent leur salaire. En 2017, sur un effectif de 161 966 agents, 47 052 percevaient un salaire, soit 29 % des

agents. Quant à la prime de risque, 106 838 agents, toutes catégories confondues, en étaient bénéficiaires, soit 65,9 % (27).

Le vieillissement du personnel et la question de la mise à la retraite. Le processus de mise à la retraite est l'une des questions essentielles qui préoccupent l'ensemble du gouvernement ainsi que les administrations, au regard de son caractère sensible et de son importance quant à une gestion efficace et durable des ressources humaines, précisément concernant la gestion des promotions et du recrutement de manière à assurer la relève dans l'administration publique. La non-exécution du processus de mise à la retraite s'est traduite par un stock de plus de 10 000 agents et fonctionnaires du ministère de la Santé publique éligibles à la retraite, ainsi que par un gel relatif et presque automatique des promotions. Sous le pilotage du ministère de la Fonction publique, en collaboration avec le ministère de la Santé, le processus de mise à la retraite se déroule selon une démarche opérationnelle et séquentielle conforme au plan stratégique de mise à la retraite adopté en 2016 à l'initiative du ministère de la Fonction publique.

De ce qui précède, il résulte qu'il y a un contraste entre, d'une part, la surproduction numérique d'infirmiers, qui prédomine pour la filière hospitalière, et dont la majorité sont concentrés dans les grandes villes, et, d'autre part, la carence en personnels qualifiés dans les autres agglomérations. Le secteur de l'enseignement des sciences de la santé fait face à un déficit de régulation et de contrôle de la qualité. Ainsi, tant la surproduction, que la qualité de la formation dispensée dans bon nombre de ces écoles, font que le personnel est pléthorique et non qualifié.

Encadré 3 : Problèmes prioritaires concernant les ressources humaines pour la santé

- 1. Un déséquilibre dans la production des ressources humaines pour la santé (RHS) et la répartition inéquitable de ces dernières :** certaines catégories (médecins généralistes et infirmiers) sont en surproduction, tandis que d'autres sont en sous-production (accoucheuses, réanimateurs, et assistants en pharmacie). Elles sont pléthore en milieu urbain, et déficitaires en milieu rural.
- 2. La faible motivation et fidélisation des personnels de santé :** la modicité des salaires et la proportion élevée des personnels de santé ne bénéficiant ni d'un salaire ni d'une prime, est à la base de cette situation.
- 3. La qualité insuffisante de l'enseignement reçu par les professionnels de santé, ainsi que du développement des compétences des prestataires,** due à la prolifération des établissements d'enseignement de niveau secondaire, supérieur, et universitaire, ne répondant pas aux normes requises, ainsi qu'à l'absence d'un système de formation continue opérationnel.

3.2.4. Problèmes liés aux médicaments, vaccins et intrants spécifiques

Le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME), est basé sur la centralisation des achats, à travers la Fédération des Centrales d'Achat des Médicaments Essentiels (FEDECAME), et la décentralisation de la distribution, à travers les Centrales de Distribution Régionale des Médicaments Essentiels (CDR), de manière à garantir la traçabilité, la qualité et l'accessibilité des médicaments fournis aux formations sanitaires. Son fonctionnement n'est cependant pas encore optimal, et le pays connaît encore des problèmes de disponibilité, d'accessibilité, de qualité, et d'utilisation rationnelle des médicaments.

La faible disponibilité des médicaments essentiels, vaccins, et intrants essentiels, dans les formations sanitaires. Cette situation s'explique par la faible capacité des formations sanitaires à assurer une meilleure gestion des médicaments, du fait de : i) leur difficulté à définir leurs besoins ; ii) leur difficulté à recouvrer leur capital médicament (tarification des soins et mauvaise gestion financière) ; iii) leur difficulté à utiliser rationnellement les médicaments et autres intrants spécifiques ; et iv) l'absence d'un accompagnement et d'une supervision de qualité pour le niveau supérieur, et un faible approvisionnement dans les CDR et les structures accréditées.

L'évaluation du SNAME a clairement fait apparaître la faiblesse de la couverture et des capacités opérationnelles des CDR et des structures accréditées, par rapport à l'étendue du pays. Qui plus est, l'on observe une mauvaise utilisation des CDR existantes, qui servent de lieu d'entreposage pour les tiers, en lieu et place de leur véritable fonction d'acquisition et de distribution aux zones de santé. Cette situation est attribuée à la faible mutualisation et intégration des circuits d'approvisionnement au niveau des provinces, ainsi qu'aux faibles capacités techniques en termes de personnels bien formés et de procédures conformes aux bonnes pratiques de distribution. La situation actuelle est pourtant très différente de la situation d'il y a quelques années encore. Mis à part les CDR récemment créées, et qui ne sont pas encore réellement fonctionnelles, le réseau des CDR était tout à fait en mesure de se charger de l'acquisition des médicaments pour le compte des zones de santé sous leur responsabilité. La situation s'est dégradée, avec la déresponsabilisation des CDR par certains partenaires quant à leur fonction d'acquisition (y compris concernant la quantification au niveau des formations sanitaires).

D'autres problèmes rencontrés dans le domaine des médicaments sont : i) l'insuffisance du financement, notamment du fonds de roulement pour garantir les stocks, avec comme conséquence la disparition des stocks propres aux CDR suite aux expirations massives par péremption du fait de l'existence d'une distribution gratuite des mêmes items, qui met les CDR dans l'impossibilité d'écouler leurs stocks ; ii) la faible opérationnalisation du système d'information et de gestion logistique ; iii) les faibles capacités dans la gestion des médicaments (définition des besoins, recouvrement du capital, utilisation des médicaments et d'autres intrants spécifiques) ; iv) l'absence d'un accompagnement et d'une supervision de qualité du niveau supérieur ; et v) la faible production locale des médicaments.

La FEDECAME ne fonctionne pas de manière efficiente et ne réalise pas un travail optimal de fédération des CDR, suite, entre autres, à l'insuffisance du fonds de roulement et du patrimoine. Elle ne dispose pas d'un stock de sécurité (stock tampon) pour pallier les augmentations de consommation de ses CDR clients et les retards de livraison de ses fournisseurs.

La circulation de médicaments de mauvaise qualité. Les statistiques pour l'année 2017 provenant de 4 laboratoires de contrôle de la qualité agréés par le ministère de la Santé, rapportent que 0,5 % des médicaments et produits de santé entrant en RDC via la douane est non conforme. Sur le 0,5 % de produits non conformes rapporté, 45 % sont des médicaments contrefaits ne contenant aucun principe actif, 45 % sont des produits dont l'étiquetage est non conforme, et 10 % sont des produits non conformes à leurs spécifications intrinsèques. Ces statistiques ne représentent que les données prélevées aux frontières concernant des produits soumis à l'homologation, et les cas de contrefaçon identifiés lors des inspections.

Cette situation est due principalement à l'absence d'un laboratoire national de contrôle de la qualité qui soit performant.

Ont également été notées la faiblesse dans l'application de la réglementation pharmaceutique au niveau national et provincial, favorisée par la multiplicité des points d'entrée des produits pharmaceutiques dans le pays et l'absence d'un mécanisme formel de collaboration entre les services d'application de la loi (douane, police, et justice) et les services d'application de la réglementation pharmaceutique ; la faible pénalisation des crimes pharmaceutiques ; et la faible implication des acteurs privés lucratifs dans la lutte contre les médicaments sous-standards. De plus, la RDC assiste à l'apparition progressive et à l'amplification de la résistance aux antimicrobiens dans la prise en charge des patients.

Le déficit d'inspection des services pharmaceutiques. La mise en œuvre de la réglementation du secteur du médicament exige le renforcement de la fonction inspection-contrôle permettant d'évaluer la qualité des médicaments. Elle a montré que le suivi de la réglementation posait problème tant à Kinshasa qu'en province. Les inspections nouvellement créées ne fonctionnent pas encore de manière efficace, du fait d'un manque d'équipements et de moyens logistiques conséquents. Il ressort de cela la nécessité de renforcer cette fonction dans son rôle de surveillance du marché des médicaments et d'appuyer la lutte contre la contrefaçon et la criminalité pharmaceutique.

Le déficit du système d'information et de gestion logistique. La rationalisation de la gestion des approvisionnements et des stocks requiert l'opérationnalisation du système d'information et de gestion logistique (SIGL) censé renseigner le secteur sur les stocks disponibles utilisables, les quantités consommées, les quantités perdues et les jours de rupture de stock. Cela sous-entend d'un côté une bonne estimation des besoins, et de l'autre, un dispositif adéquat de gestion des stocks. Le manque d'informations sur le stockage et la distribution des médicaments explique l'absence criante de données pour soutenir le processus de quantification des besoins. Le processus de mise en place de l'import de données, et de l'élaboration du manuel descriptif du SIGL, est en cours.

Encadré 4 : Problèmes prioritaires concernant les médicaments

- 1. La faible disponibilité des médicaments et intrants spécifiques dans les formations sanitaires,** occasionnée par la faible capacité d'estimation des besoins par les structures du SNAME à différents niveaux, et l'insuffisance du financement alloué au médicament.
- 2. La persistance de la circulation de médicaments de mauvaise qualité,** liée au déficit des inspections pharmaceutiques, à l'absence d'un laboratoire national de contrôle de la qualité performant, ainsi qu'à l'absence d'un cadre formel de collaboration entre les services d'application de la loi et les services d'application de la réglementation pharmaceutique.
- 3. Le déficit d'inspection des établissements et services pharmaceutiques :** les inspections nouvellement créées ne fonctionnent pas encore de manière efficace. Il est nécessaire de renforcer les capacités et de pourvoir aux équipements et moyens logistiques.
- 4. Le déficit du système d'information et de gestion logistique, peu fonctionnel :** une absence criante de données pour soutenir le processus de quantification des besoins, un manque d'informations concernant le stockage et la distribution, et un circuit de distribution mal organisé et peu efficient.

3.2.5. Problèmes du système d'information sanitaire

Le cadre normatif a défini 12 sous-systèmes ou composantes, qui concourent toutes à la même mission.

- La composante du « SNIS SSP » est réglementée et fonctionnelle, avec des outils de collecte de données, de transmission, et d'analyse, adoptés avec l'ensemble des parties prenantes, et le DHIS2 adopté comme logiciel-pays implémenté dans les 516 zones de santé pour l'analyse des données.
- La composante « surveillance épidémiologique » ne fait pas l'objet d'un texte réglementaire et fonctionne relativement bien, car les flambées épidémiques sont détectées plus ou moins à temps grâce à la remontée rapide de l'information, même si les ripostes sont souvent organisées avec retard.
- La composante « suivi et évaluation des programmes » (PNLP, PEV, PNSR, PNLT-PNEL, PNAM, PNLS, etc.) fonctionne de façon variable, mais toujours sans articulation entre les programmes. Elle intègre progressivement la plateforme DHIS2 sous le format modulaire.
- La composante « comptes nationaux de la santé » est fonctionnelle et produit des rapports réguliers sur les comptes de la santé depuis 2008. Ces rapports fournissent des informations utiles qui permettent de comparer le niveau de financement de la santé du pays avec celui d'autres pays. Le principal défi à relever concerne le financement de la collecte des données et la production des résultats des comptes de la santé.
- La composante « gestion des ressources humaines » est fonctionnelle. Elle nécessite la formalisation des textes y relatifs, la production des outils de collecte et d'analyse des données et la définition du circuit de l'information de la base au sommet.
- La composante « enseignement des sciences de la santé » est fonctionnelle. Elle définit les indicateurs et les outils pour les états des lieux des ITM / IEM.
- La composante « médicaments » n'est pas encore fonctionnelle.

Selon l'analyse réalisée, le SNIS n'est pas encore capable de fournir en temps réel des données de qualité pour la prise de décision et la planification des interventions de santé. Les problèmes liés à ce pilier sont de trois types, à savoir : i) la faible complétude, promptitude et exactitude des données collectées ; ii) la faible analyse et utilisation de l'information sanitaire ; et iii) la faible diffusion d'une information de qualité.

La faible complétude, promptitude, et exactitude des données collectées. Les causes de ces problèmes sont :

- La faible disponibilité des outils de gestion du SNIS (collecte et transmission) due à la forte dépendance vis-à-vis des partenaires pour la reprographie des canevas de collecte, mais aussi à la centralisation de la reproduction des outils de gestion à Kinshasa ;
- La faible intégration des programmes dans le SNIS / DHIS2, qui engendre des circuits parallèles de l'information, une multiplicité et une lourdeur des outils de collecte et de transmission des données, une surcharge de travail pour les prestataires à la base, ainsi qu'une faible qualité des données ;
- La faible informatisation du SNIS, due à la faible disponibilité des équipements à tous les niveaux (outils informatiques, connexion internet, source d'énergie), à la faible maintenance de ces équipements et à l'absence de ressources pour garantir la connectivité. Cette situation ne favorise pas la mise à l'échelle de l'utilisation du DHIS2 ;
- La faible intégration des structures privées suite à l'insuffisance de la contractualisation et la non prise en compte des besoins liés au SNIS (disponibilité des outils, formation du

personnel, supervision, etc.) dans ces structures occasionnent une perte d'informations, au point que les données officielles sur l'utilisation / la couverture ne captent qu'une partie de l'utilisation réelle ;

- Le problème de connexion internet se pose aussi et impacte négativement la promptitude de transmission des données.

La faible utilisation et analyse de l'information sanitaire. L'insuffisance et l'instabilité du personnel formé, et la mauvaise qualité et la faible complétude des données, témoignent de la faible analyse des données et de leur sous-utilisation à tous les niveaux. L'on observe en effet un écart entre les directives et la mise en œuvre des mécanismes de vérification et de validation des données à différents niveaux ainsi que leur exploitation et leur utilisation dans la prise de décisions. Les compétences des cadres des divisions provinciales de la santé et des zones de santé dans le traitement et l'analyse de l'information sont faibles, en dépit des formations organisées.

La faible diffusion d'informations de qualité. La multiplicité, mal coordonnée, des sources de production des données, ne facilite pas l'élaboration prompte des rapports des différents programmes, ni celle du rapport global du secteur. Cette faible complétude des données rend irrégulière la production des annuaires et des bulletins. De plus, le site web du Ministère, qui est peu fonctionnel, n'a jamais réellement joué son vrai rôle.

La non-maîtrise de la méthodologie d'élaboration des différents supports de diffusion de l'information sanitaire par les acteurs, ainsi que l'insuffisance de moyens pour la production et la vulgarisation de ces supports, constituent une autre cause de la faible diffusion.

Le problème du choix des indicateurs. L'OMS a proposé une centaine d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre d'un PNDS. Toutefois, ces indicateurs doivent être choisis sur la base de leur pertinence par rapport aux problèmes identifiés, et adaptés au contexte local, ce qui fait pour le moment défaut dans le système d'information sanitaire.

Encadré 5 : Problèmes prioritaires concernant le système national d'information sanitaire

- 1. La désintégration des différentes composantes du SNIS,** liée à la non-réglementation de la quasi-totalité des différentes composantes (excepté le SNIS SSP), occasionne la multiplication des approches et outils de collecte, de validation, de transmission et d'analyse des données.
- 2. La faible complétude, promptitude et exactitude des données collectées,** liée essentiellement au faible renforcement des capacités et à la faible informatisation du secteur.
- 3. La faible diffusion d'informations de qualité,** liée à la multiplicité des sources de production des données et à la multiplicité des sites de diffusion au sein du Ministère, occasionne une sous-utilisation du site web officiel du ministère de la Santé publique.
- 4. Le manque de pertinence de certains indicateurs du cadre de suivi et évaluation** rend difficile le suivi des performances du pays en rapport avec les indicateurs non renseignés.

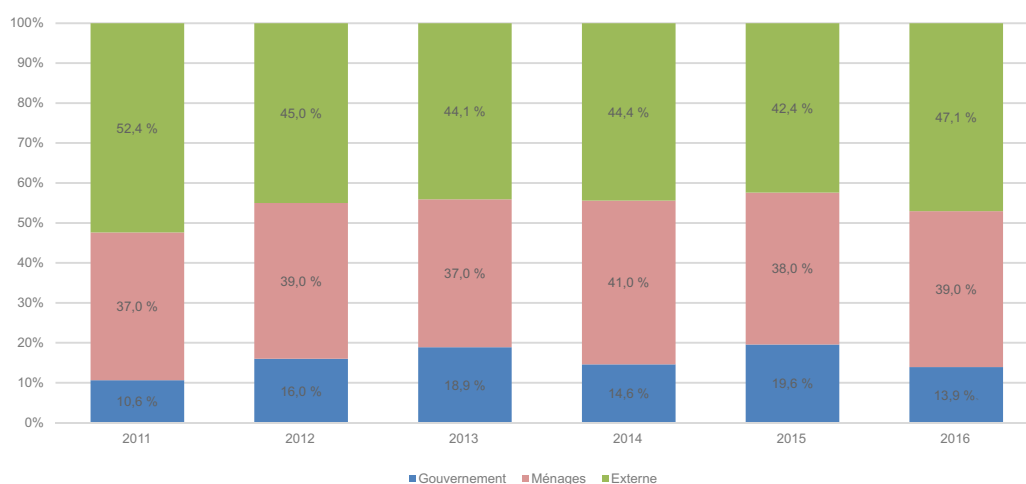
3.2.6. Problèmes liés au financement de la Santé

La situation du financement est analysée par rapport à l'allocation des ressources au regard des besoins du secteur et l'utilisation des ressources au niveau central et en province. L'analyse de la situation fait apparaître la faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé et l'utilisation inefficace des ressources de santé aux niveaux national et provincial.

La faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé

Non seulement le niveau des dépenses totales de santé est limité, mais l'allocation des ressources publiques au secteur de la santé est faible. Les dépenses totales de santé (DTS) par habitant ont augmenté, passant de 15 dollars en 2008 à 23 dollars en 2016 (28) en valeur réelle, mais elles restent bien en dessous du coût du paquet de services essentiels, établi à 86 dollars (29). Par ailleurs, les dépenses publiques de santé n'étaient que de 3,2 dollars en 2016 : si le budget de la santé s'est accru, passant de 3 % à 7 % du budget global entre 2008 et 2016, la contribution de l'État par rapport aux DTS a stagné à 14 % ou 15 % entre 2008 et 2016, et les dépenses publiques de santé en part des dépenses publiques totales, n'ont augmenté que d'un point de pourcentage entre 2006 (5 %) en 2016 (6 %). En parallèle, la contribution des bailleurs a augmenté, passant de 34 % en 2008 à 43 % des DTS en 2016, posant un problème de pérennité. Plus alarmant encore est le problème de la contribution des ménages aux DTS : alors qu'elle a légèrement diminué (passant de 43 % en 2016 à 34 % des DTS en 2018), elle demeure importante.

Figure 10 : Structure du financement de la santé en RDC de 2011 à 2016 (%)



Source : CNS, 2016.

Utilisation inefficace des ressources de la santé aux niveaux national et provincial

Cette faiblesse de l'accroissement de la dépense publique de santé pourrait s'expliquer par une exécution budgétaire assez volatile. En 2016, la hausse de l'exécution budgétaire (de 59 % à 96 %) était due à des dépassements de crédits, notamment celle des dépenses liées au fonctionnement du ministère de la Santé publique (123 %), aux interventions économiques et sociales (236 %), à la rémunération (104 %), ainsi qu'à la diminution de la part du budget alloué aux autres administrations.

Les procédures de gestion financière et de passation des marchés telles qu'édictees, ne sont pas strictement respectées dans le secteur. Une faiblesse peut également être observée dans la régulation et le contrôle du financement et de la gestion des ressources, puisque les documents et les pièces comptables ne sont pas bien tenus, les normes d'utilisation des recettes générées au niveau des structures sanitaires sont inexistantes, les informations financières concernant quelques appuis des partenaires sont difficilement communiquées, et leur gestion est peu transparente.

Tableau 2 : Informations sur les dépenses publiques de santé et leur exécution, 2008-2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totales	5	5	3	3	4	6	5	6	6
Dépenses publiques de santé par personne	2,2 \$	2,1 \$	1,5 \$	1,5 \$	2,5 \$	3,6 \$	3,1 \$	4,3 \$	3,2 \$
Budget de la santé, en % du budget total	3	5	6	4	8	5	7	4	7
Exécution du budget de la santé	100	63	53	59	27	69	32	59	96

Source : CNS, 2016.

Il existe de très fortes variations quant à l'allocation des transferts pour la santé aux provinces. Le budget au niveau des provinces est composé de transferts centraux et de recettes mobilisées au niveau des provinces, dont une portion est allouée à la santé². En moyenne, les provinces allouent 18 % du montant total de leurs transferts centraux à la santé. Il existe cependant de grandes variations. Par exemple, Kinshasa et la Tshopo allouent respectivement 29 % et 33 % du montant total de leurs transferts centraux à la santé, contre moins de 10 % pour d'autres régions, telles que le Kwango et la province du Lualaba. Ces transferts n'incluent pas le budget de fonctionnement, qui provient d'une enveloppe centrale que les gouvernorats reçoivent et dont l'allocation au secteur de la santé reste à leur discrétion.

La recherche de l'équité a amené l'équipe de rédaction du PNDS 2019-2022 à examiner la distribution de la dépense courante de santé par province en vue de proposer une méthodologie pour l'allocation de la dépense courante de santé sur la base de l'équité en utilisant des indicateurs tels que les taux de mortalité et le niveau de pauvreté.

Sur la base des Comptes Nationaux de Santé (CNS) 2016, les dépenses de santé totales pour les provinces s'élevaient à USD 1,02 milliard, sur un total de USD 1,67 milliard de dépense totale de santé (Tableau 3).

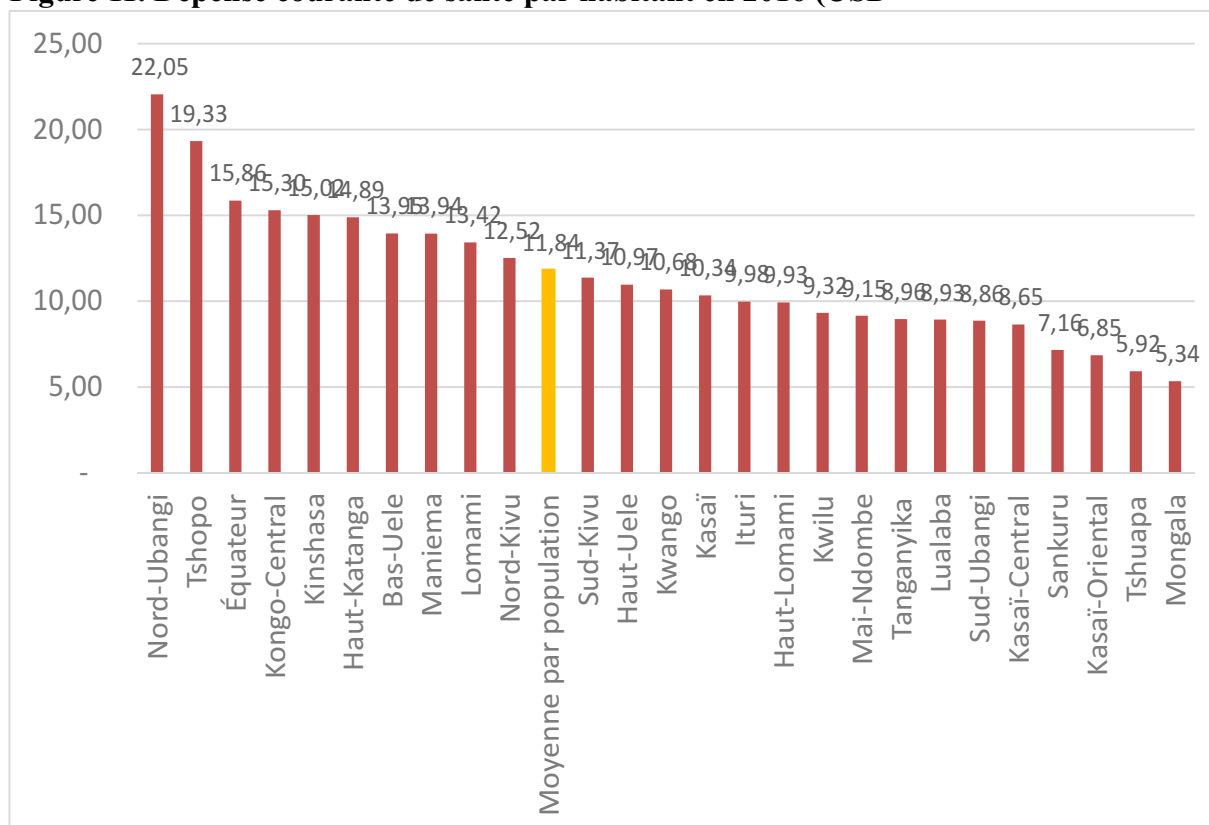
² La Constitution de la RDC du 18 février 2006 telle que modifiée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011, a prévu la retenue à la source (au niveau des provinces) de 40 % des recettes nationales. Dans la pratique, cette retenue n'a pas encore été mise en application. Toutes les recettes mobilisées sont versées au niveau central. C'est ainsi que le niveau central procède à un transfert dans trois rubriques, qui sont celles du fonctionnement, des investissements et des rémunérations (28).

Tableau 3. Dépense courante de santé par source de financement et par province en 2016 (USD)

Province	Administration publique	Ménages	Reste du monde	Autres	Total	%
Kinshasa	63,394,329	80,150,424	29,824,530	460,619	173,829,901	11%
Kasaï-Oriental	1,385,975	18,301,452	1,865,274	-	21,552,701	1%
Lomami	2,125,448	30,237,012	432,981	-	32,795,441	2%
Sankuru	17,969	12,146,325	2,945,582	-	15,109,876	1%
Kasaï	603,998	18,142,207	10,222,312	-	28,968,517	2%
Kasaï-Central	12,605	18,151,574	10,511,862	-	28,676,041	2%
Kongo-Central	8,398,521	54,345,421	22,291,312	239,218	85,274,471	5%
Kwilu	7,872,770	39,961,092	3,358,778	-	51,192,640	3%
Kwango	1,190,400	18,324,870	3,477,814	-	22,993,084	1%
Mai-Ndombe	1,080,412	12,689,630	3,183,201	-	16,953,243	1%
Équateur	7,357,993	12,347,723	4,285,884	239,218	24,230,817	2%
Mongala	203,815	6,300,320	2,788,061	-	9,292,196	1%
Nord-Ubangi	289,053	12,544,437	15,143,807	-	27,977,296	2%
Sud-Ubangi	336,756	18,451,329	2,996,121	-	21,784,206	1%
Tshuapa	763,797	6,047,402	2,653,810	-	9,465,010	1%
Tshopo	888,964	24,236,446	20,096,090	239,298	45,460,798	3%
Ituri	325,706	25,084,190	11,005,706	-	36,415,601	2%
Bas-Uele	156,730	6,201,963	9,511,672	-	15,870,365	1%
Haut-Uele	355,498	19,477,052	608,595	-	20,441,145	1%
Sud-Kivu	562,789	48,280,073	16,783,647	6,775	65,633,284	4%
Maniema	2,944,179	19,331,069	10,244,377	-	32,519,626	2%
Nord-Kivu	1,360,111	54,097,975	27,877,378	-	83,335,464	5%
Haut-Katanga	11,869,552	42,533,214	14,106,495	239,618	68,748,879	4%
Lualaba	140,242	18,142,207	4,666,168	-	22,948,617	1%
Tanganyika	41,219	12,094,805	15,295,373	-	27,431,397	2%
Haut-Lomami	870,014	24,573,670	3,924,277	-	29,367,961	2%
Total - provinces	114,548,845	652,193,882	250,101,107		1,018,268,577	

Les dépenses de l'administration publique ont été fortement concentrées sur Kinshasa, qui a reçu 33% des fonds du gouvernement, suivie par le Haut-Katanga qui a reçu 6% des fonds. Le total des dépenses de santé (gouvernement, bailleurs, et autres) par province était également le plus élevé à Kinshasa, avec 11%, suivi de 5% dans le Kongo-Central et de 5% dans le Nord-Kivu

Figure 11. Dépense courante de santé par habitant en 2016 (USD)



La comparaison de la dépense par habitant et des indicateurs de santé par province montre que le financement ne reflète pas nécessairement les besoins de chaque province en fonction des taux de mortalité et de la pauvreté. Dans l'ensemble, le Nord-Ubangi a reçu le plus haut total de DCS par habitant (22,05 USD), suivi de Tshopo (19,33 USD).

La dépense totale moyenne en santé (y compris toutes sources de financement) par habitant était de 11,84 USD par habitant ($1\,018\,268\,577\text{ USD} / 86\,025\,000\text{ habitants} = 11,84\text{ USD}$). La dépense totale moyenne en santé par l'administration publique par habitant était de 1,33 USD par habitant ($114\,548\,845\text{ USD} / 86\,025\,000\text{ habitants} = 1,33\text{ USD}$).

La ville de Kinshasa avec l'allocation la plus élevée parmi les provinces, a les niveaux de pauvreté et de mortalité les plus bas. L'allocation de la dépense de l'administration publique par province ne suit pas la taille de la population de chaque province. Il y a de grands décalages entre la distribution de la population du pays par province et l'allocation du budget public pour la santé par province. Pour être plus équitable, il est conseillé d'utiliser des indicateurs pour pondérer le montant de l'allocation vers chaque province en fonction de la taille de sa population et de ses besoins. Il faut raffiner l'analyse présentée pour tenir en compte l'existence de formations nationales et centrales de santé (hôpitaux tertiaires, administration du MSP, etc.)

Par ailleurs, ces transferts centraux alloués à la santé sont largement sous-utilisés. La moitié des provinces exécutaient moins de 42 % de leur budget en 2016, et 46 % en 2017. Plusieurs provinces utilisent moins de 20 % de leur budget (tableau 3). Dans la plupart des cas, ces résultats très médiocres proviennent de la non-utilisation du budget « investissement », qui représente près des trois quarts des transferts destinés à la santé, et de la faible utilisation de la

ligne budgétaire « rémunération ». À l'inverse, certaines provinces ont dépensé plus qu'elles ne le pouvaient. Il s'agit spécifiquement de la mécanisation des professionnels de santé et du personnel administratif, qui aurait gonflé la ligne budgétaire « rémunération ». Il est cependant nécessaire de mener des analyses pour mieux comprendre les causes de la faible utilisation des allocations santé.

La corrélation est faible entre les allocations par province, la population et les besoins des provinces. En principe, les provinces aux indicateurs de santé les plus faibles devraient recevoir un financement plus important par habitant de manière à pouvoir combler leur retard. Toutefois, l'allocation budgétaire des provinces aux indicateurs de santé les plus faibles, est faible elle aussi. Il faudrait par conséquent redéfinir les critères d'allocation des ressources aux provinces en incluant des critères d'équité et d'efficacité.

Tableau 4 : Exécution budgétaire et indicateurs de santé par province

	Exécution budgétaire des provinces			Vaccination complète	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Allocation provinciale santé par personne
	2016	2017	2018	EDS 2013-14	EDS 2013-14	
Bas Uele	6 %	4 %	4 %	73	45	3,71
Équateur	366 %	316 %	35 %	84	67	6,97
Haut-Katanga	109 %	137 %	22 %	87	69	5,03
Haut-Lomani	3 %	4 %	4 %	46	46	2,46
Haut-Uele	13 %	11 %	8 %	89	55	2,01
Ituri	14 %	15 %	9 %	91	69	1,15
Kasaï	18 %	16 %	6 %	82	57	1,42
Kasaï central	110 %	110 %	34 %	83	67	2,33
Kasaï oriental	209 %	168 %	35 %	89	68	3,59
Kongo central	92 %	83 %	34 %	95	75	2,74
Kwango	41 %	32 %	20 %	61	55	2,01
Kwilu	213 %	50 %	45 %	93	66	1,95
Lomami	64 %	64 %	19 %	67	52	3,44
Lualaba	4 %	4 %	4 %	70	51	3,45
Mai-Ndombe	41 %	44 %	36 %	91	66	1,62
Maniema	74 %	77 %	29 %	87	64	2,45
Mongala	21 %	23 %	11 %	60	33	1,37
Nord-Kivu	86 %	104 %	40 %	92	81	1,33
Nord-Ubangi	20 %	24 %	12 %	54	45	2,26
Sankuru	27 %	25 %	21 %	39	23	2,54
Sud-Kivu	80 %	88 %	40 %	92	77	1,33
Sud-Ubangi	22 %	29 %	14 %	70	56	1,57
Tanganyika	7 %	7 %	7 %	17	16	1,53
Tshopo	303 %	297 %	38 %	88	57	3,82
Tshuapa	43 %	49 %	18 %	38	29	2,54
Kinshasa	109 %	113 %	59 %	97	82	5,13
Médiane	42 %	46 %	20 %			

Source : Ministère du Budget, 2016-2018.

Le tableau 3 fait ainsi état d'une faible utilisation du budget de la santé au cours des trois années considérées. Notons que pour l'année 2018, les données disponibles concernent les 6 premiers mois (janvier à juin).

Outre la sous-utilisation des dépenses publiques, les dépenses extérieures font également face à des inefficiences. Il existe en effet une fragmentation de l'aide publique au développement, puisque 34 % des dépenses externes ne sont pas gérées directement par le ministère de la Santé. Au niveau micro, certaines formations sanitaires ont également une faible productivité, ce qui affecte la qualité des services de santé et leur efficacité. D'après Kalambay et Van Lerberghe (30), certains centres de santé urbains comptent plus de 30 infirmières, alors qu'ils ne réalisent que 5 consultations par jour. Kalambay et Van Lerberghe estiment également que le personnel fantôme et le personnel en âge de partir à la retraite, qui, bien qu'ils ne travaillent pas, continuent à percevoir un salaire, représentent près de 30 % des employés en milieu urbain. En conséquence, les rendements du système sont relativement faibles, car, à dépenses totales en santé égales, près de 60 % des enfants de moins de 5 ans n'ont pas accès aux traitements de base (31).

Encadré 6 : Problèmes prioritaires concernant le financement de la santé

- 1. Faible montant des dépenses totales de santé et niveau très bas de l'allocation des ressources publiques au secteur de la santé.**
- 2. Inefficacité des dépenses publiques internes et externes.**

3.2.7. Problèmes de gouvernance du secteur de la santé

Pour paraphraser Siddiqi et al. (32), la gouvernance est considérée comme un facteur déterminant de la réalisation des objectifs de développement durable dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans le domaine de la santé, elle implique des changements aux niveaux où s'exerce la régulation, notamment au niveau macroscopique (central), qui définit les grands principes d'organisation assurant la cohérence de l'ensemble du système de santé (33).

Les problèmes prioritaires de gouvernance identifiés en 2010 (PNDS 2011-2015) ont persisté en 2015 (PNDS 2016-2020). L'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020 montre que ces problèmes ont été partiellement résolus. Ces problèmes prioritaires sont en lien avec la régulation et la normalisation du secteur, la mise en œuvre des réformes sectorielles, la collaboration intra- et intersectorielle pour améliorer la santé de la population, la dynamique communautaire et la coordination sectorielle.

Faible régulation et normalisation du secteur

Le secteur de la santé fonctionne selon des lois et règlements désuets. Selon les articles 47 et 202 de la Constitution de la RDC du 18 février 2006 telle que modifiée par la loi n° 11 / 002 du 20 janvier 2011, le secteur de la santé doit être doté d'une loi fixant les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique et de la sécurité alimentaire, ainsi que d'une loi sur le commerce pharmaceutique. Ces deux lois, pourtant fondamentales pour régir le secteur de la santé, n'ont toujours pas été votées par le Parlement. Par conséquent, le secteur de la santé continue d'être régi par un décret-loi sur l'art de guérir, qui date de 1952, ainsi que par une loi pharmaceutique de 1933. Il en va de même pour l'absence de la loi sur le financement de la santé dans l'optique de la couverture sanitaire universelle.

Les textes réglementaires devant réguler les compétences concurrentes entre l'État et les provinces en matière de santé n'ont toujours pas été élaborés, ce qui engendre des confusions dans l'interprétation de certaines dispositions. Par ailleurs, le texte devant reconnaître l'utilité du SNAME de manière à en garantir le financement par l'État et la pérennisation, n'a pas encore été adopté par le Gouvernement. Ce vide juridique imputable notamment à la faible capacité institutionnelle du secteur de la santé en matière de légistique, ouvre la porte à toutes sortes de distorsions qui favorisent la commercialisation des soins, et l'implantation anarchique des structures de soins, des établissements d'enseignement des sciences de la santé, et des pharmacies, dans une totale impunité.

De plus, le secteur souffre de l'insuffisance de la diffusion et de la vulgarisation des textes réglementaires. Durant la mise en œuvre des PNDS 2011-2015 et 2016-2020, le ministère de la Santé a élaboré : i) les normes d'intervention en santé maternelle, néonatale, infantile et adolescente ; ii) le plan stratégique de santé communautaire ; iii) les référentiels de formation des équipes cadres de zone, des sages-femmes et des accoucheuses ; iv) le manuel de procédures de gestion ; v) les ordinogrammes et guides thérapeutiques ; vi) les outils de surveillance et de riposte face aux décès maternels ; vii) les modules de formation continue aux soins obstétricaux néonataux d'urgence selon la nouvelle approche basée sur les compétences ; et viii) les outils de gestion des médicaments de la liste nationale de médicaments essentiels.

Le niveau central, qui devrait diffuser les normes dans les provinces, ne dispose pas toujours des ressources lui permettant de le faire, et certaines normes déjà validées sont insuffisamment vulgarisées dans les zones de santé. Par ailleurs, de nombreuses normes élaborées par les programmes spécialisés mais non validées par le comité de coordination sectoriel, sont diffusées dans les zones de santé sans l'aval de l'autorité de tutelle. Toutefois, certaines normes essentielles font encore défaut, notamment celles relatives au fonctionnement des zones de santé en milieu urbain et celles relatives aux prestations. L'insuffisance des normes concernant les soins au niveau opérationnel ne facilite pas l'inspection-contrôle ni l'audit de la qualité des services.

Le ministère de la Santé publique statuera en prenant les arrêtés nécessaires édictant les normes et directives régissant la mise en œuvre des activités de santé publique conformément au cadre législatif en vigueur ou à venir.

Lenteur dans la mise en place des réformes structurelles dans le secteur de la santé

Au niveau central : la mise en œuvre du nouveau cadre organique est en cours, avec notamment la séparation du secrétariat général à la santé de l'inspection générale de la santé, la mise en place de nouvelles directions, à savoir la direction générale de l'organisation et de la gestion des soins de santé (DGOGSS), et celle de la lutte contre la maladie (DGLM). Restent la restructuration des directions n'ayant pas connu de changement et la mise en place de la direction des archives et des nouvelles technologies de l'information et de la communication (DANTIC) et celle des affaires financières (DAF).

Cette réforme du niveau central souffre de la faiblesse : i) de la vulgarisation et de l'appropriation par les acteurs ; ii) du financement ; et iii) du plan social d'accompagnement.

Au niveau provincial : À ce niveau, 26 Divisions Provinciales de la Santé (DPS) ont été créées (34). Les chefs de division et les chefs de bureau ont été recrutés sur concours. Le fonctionnement de ces DPS n'est pas optimal pour diverses raisons : i) l'insuffisance des ressources financières et matérielles pour la mise en œuvre des plans opérationnels, malgré la mise en place progressive du contrat unique ; ii) la faible motivation du personnel ; iii) l'insuffisance de l'accompagnement par le niveau central ; et iv) le retard du transfert des responsabilités des coordinations provinciales des programmes spécialisés, qui drainent plus de 60 % des ressources financières vers les DPS.

Collaboration intra- et intersectorielle non optimale pour améliorer la santé de la population

La collaboration au sein du secteur et avec les autres secteurs n'est pas encore optimale, de sorte qu'elle ne favorise pas l'offre et la demande de services et de soins de santé de qualité.

Au niveau central, la collaboration entre les services du ministère de la Santé reste encore faible. Le cloisonnement persiste dans l'exécution de certaines activités transversales. La duplication de certaines structures demeure, malgré la réforme entreprise, et entraîne le chevauchement des activités, voire une mauvaise orientation des dossiers et un retard dans la prise des décisions (tel est le cas pour la gestion de la participation communautaire au niveau de la DGOSS entre la direction des SSP et la direction des établissements de soins et le partenariat pour la santé).

Aussi, quelques contrats signés avec le secteur privé sur la base du vademecum du partenariat, qui régit le partenariat public-privé (PPP) dans le secteur³, souffrent d'une insuffisance de l'application et du suivi. Il en va de même : i) de l'accréditation et de la labellisation des structures privées pour les pousser à viser l'excellence ; et ii) du Cadre permanent de dialogue avec la société civile, envisagé en 2010. Ceci pourrait bien expliquer le développement d'un secteur privé mal régulé et d'une implantation de services et de structures sanitaires ne répondant pas aux normes.

La collaboration avec les autres ministères permet de susciter l'intégration des priorités du secteur de la santé dans les politiques publiques et plans d'actions des ministères ciblés. À titre d'illustration, il a été institué par le décret n° 15 / 042 du 16 décembre 2015 un comité national multisectoriel (CNMN-RDC) devant servir d'organe de concertation et d'orientation des intervenants en nutrition. Cependant la collaboration intersectorielle n'a pas assez contribué à l'amélioration de l'offre et de l'accessibilité aux services et soins de santé.

On note, par exemple, que les ministères de la Santé publique et de l'Enseignement supérieur et universitaire ont élaboré une vision commune concernant la formation des professionnels de santé autres que les médecins. Toutefois, cette vision n'a pas encore fait l'objet de mesures d'application entre les deux ministères. Le cadre de concertation entre les deux ministères n'est pas encore formalisé. Cela occasionne une surproduction des professionnels de santé des niveaux supérieur et universitaire par rapport aux besoins de leur utilisateur principal, qui est le MSP.

Aussi, la collaboration avec le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance sociale n'est pas encore assez au point pour une mise en œuvre effective de la CSU, malgré sa prise en compte dans la politique de protection sociale pour les employés aussi bien du secteur formel

³ Ce vademecum du partenariat élaboré en 2002 mérite d'être adapté dans le cadre de la décentralisation.

qu'informel. Or ceci a des implications concernant la perspective de la couverture sanitaire universelle.

Faiblesse de la dynamique communautaire en appui à la demande de soins

La situation sanitaire de la population congolaise reste précaire. L'évaluation de la couverture sanitaire a montré des populations isolées, dont la taille ne permet pas l'implantation de structures formelles d'offre de services et de soins de santé. La stratégie communautaire a été définie en vue de réguler la prestation des services et soins en faveur de ces communautés, la promotion des pratiques familiales essentielles, et la mise en place de sites de soins communautaires pour les populations isolées.

En ce qui concerne l'offre de soins, l'on note une insuffisance de l'implication de la communauté dans la gestion des structures et la planification des activités de santé. La mise en place de structures de participation communautaire permettant l'organisation des services et la responsabilisation de la communauté à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, constitue un atout majeur pour la redynamisation de la participation communautaire et de la redevabilité.

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, très peu d'efforts communautaires sont faits en vue de la création de mutuelles de santé et autres mécanismes de partage des risques. L'insuffisance de la sensibilisation et de l'implication des communautés entrave l'utilisation des services.

Au regard de la dynamique de décentralisation, il faut repenser la dynamique communautaire comme un espace de concertation entre élus des entités territoriales décentralisées (ETD) et services techniques. À cet effet, il y a lieu de réfléchir à la mise en œuvre de la stratégie commune de participation communautaire en mettant à contribution les différentes parties prenantes, y compris les ministères concernés.

La coordination du secteur présente quelques difficultés

La coordination du secteur présente encore quelques difficultés malgré les efforts d'alignement sur les priorités nationales. Le comité national de pilotage (CNP-SS) ne fonctionne pas encore de façon optimale. Les structures techniques (commissions et groupes de travail) chargées de fournir la matière n'ont pas été pleinement fonctionnelles.

La participation assez faible et irrégulière des représentants des ministères et institutions connexes, associée à l'absence d'un mécanisme de redevabilité obligeant les commissions à rendre régulièrement compte de leurs activités et productions, ne permettent pas encore un fonctionnement optimal du CNP-SS et de ses organes. Un effort a été fourni en 2014 pour amener les différents partenaires à prendre une part active en qualité de co-présidents des commissions techniques. Le cadre réglementaire du CNP-SS est en cours de révision pour prendre en compte la concertation avec les provinces, une plus grande représentativité de la société civile et l'intégration du mécanisme de coordination de la lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose.

Encadré 7 : Problèmes prioritaires concernant la gouvernance

- 1. La régulation du secteur reste insuffisante et la normalisation du secteur est insuffisante et peu efficace :** les textes légaux institués par la Constitution ne sont pas votés et les textes réglementaires ne sont pas pris. Plusieurs normes élaborées et circulant dans les zones de santé ne sont ni validées ni adoptées par le comité de coordination technique (CCT). La diffusion et la vulgarisation en fait défaut.
- 2. Lenteur dans la mise en place des réformes structurelles du secteur santé :** réformes du niveau central et du niveau intermédiaire.
- 3. Collaboration intra- et intersectorielle non optimale pour améliorer la santé de la population :** des chevauchements persistent quant aux attributions de certaines structures du MSP, plusieurs cadres de concertation n'ont pas fonctionné, et le suivi des contrats dans le cadre du partenariat public-privé demeure insuffisant.
- 4. Faiblesse de la dynamique communautaire en appui à la demande de soins :** les organes de participation communautaire ne sont pas fonctionnels et ne permettent pas de contribuer à la prise de décision en réponse aux attentes des communautés.
- 5. La coordination du secteur a été rendue difficile par la faiblesse du fonctionnement des commissions des CNP-SS et CPP-SS, et le déficit de la production d'informations stratégiques pour le suivi et l'évaluation.**

3.3. État de la protection financière de la population et dépenses de santé des ménages

La protection financière de la population est analysée par rapport aux modes de paiement des soins et en lien avec les capacités des ménages à financer leur accès aux services et soins. Il y a, de manière générale en RDC, une prédominance du paiement direct des ménages et des dépenses catastrophiques, en raison de l'insuffisance des mécanismes de partage des risques et de ciblage des plus pauvres.

3.3.1. Inégalités d'accès financier aux services

Les soins de santé primaires sont pro-pauvres en RDC : les ménages les plus pauvres ont davantage recours aux centres de santé publics et aux services de santé communautaire. Par contre, les ménages les plus riches ont davantage recours aux hôpitaux publics et aux prestataires privés lorsqu'ils sont malades. Les inégalités dans l'utilisation des services proviennent très certainement du paiement direct des ménages, qui constitue un obstacle financier pour accéder aux services de santé. Les CNS de 2016 rapportent que les ménages représentent la principale source de financement des services et soins de santé en RDC, couvrant 41 % des dépenses courantes de santé en 2016.

Les inégalités d'accès financier aux services de santé touchent de plein fouet les plus pauvres, les ménages dont la femme a accouché, et les ménages qui comptent un ou plusieurs membres âgés de plus de 65 ans. En 2012, 4,8 % des ménages encouraient des dépenses catastrophiques de santé en RDC (voir figure 11⁴). Plus spécifiquement, 2,5 % des ménages les plus riches en

⁴ La méthodologie utilisée pour estimer les dépenses de santé catastrophiques en RDC suit la méthodologie du rapport de la CSU mondiale (OMS / Banque mondiale), qui utilise les seuils de 10 % et de 25 % de la consommation totale des ménages allouée à la santé. Dans ce cas précis, nous avons opté pour le seuil de 10 %, de sorte que les ménages sont considérés comme encourant des dépenses catastrophiques de santé lorsqu'ils allouent plus de 10 % de leur consommation totale à des dépenses de santé.

encourageaient, contre 8,7 % pour les ménages les plus pauvres. Il convient de noter que les ménages les plus pauvres représentent près de 64 % de la population en RDC. Des analyses économétriques le confirment : les ménages les plus pauvres seraient 4,5 fois plus susceptibles d'encourir des dépenses catastrophiques de santé que les ménages les plus riches.

Le tableau 4 illustre le type de formations sanitaires dans lequel les ménages se sont rendus pour une première consultation au cours des quatre semaines précédentes.

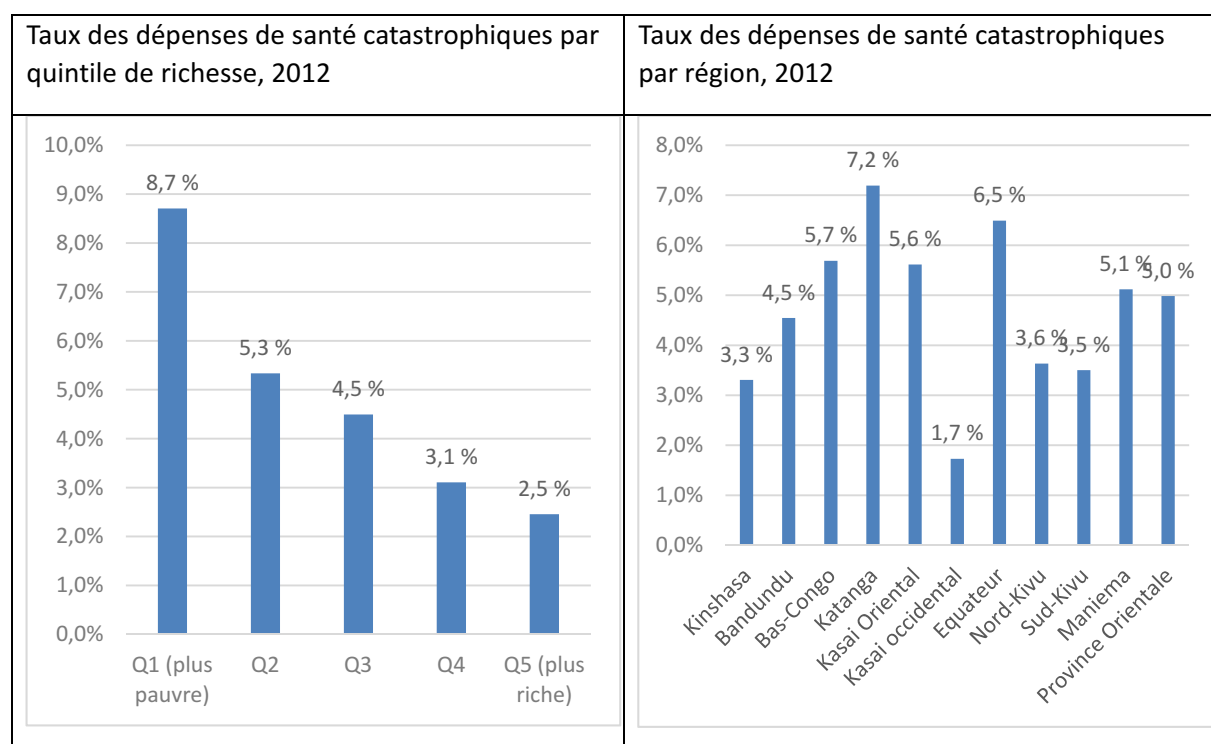
Tableau 5 : Couverture des services de santé par quintile de richesse

	Prévalence nationale (pourcentage)			Inégalités (Indices de concentration Q5/Q1)			EDS 2013/14				
	2007	2013	Annual change	2007	2013	Period change	Q1 (Pauvres)	Q2	Q3	Q4	Q5 (Riches)
Besoin de PF non satisfait	31.8	32.9	0.6%	-0.03 (***)	-0.03 (***)	-0.01	33.9	33.1	34.1	34.9	28.7 ■■■■ —
Contraception (méthode moderne)	7.0	7.8	1.7%	0.24 (***)	0.29 (***)	0.04	3.3	4.7	4.5	11.0	17.2 —■■■ ■
Soins prénatals (au moins quatre visites)	44.8	46.3	0.5%	0.09 (***)	0.11 (***)	0.02	36.7	41.0	45.5	48.8	64.2 —■■■ ■
Accouchement assisté par du personnel qualifié	74.0	80.1	1.3%	0.13 (***)	0.08 (***)	0.05	66.3	72.3	78.7	91.6	97.5 —■■■ ■
Supplémentation vitamine A (mère)	29.3	26.6	-1.6%	0.17 (***)	0.13 (***)	0.04	17.7	25.7	26.7	29.1	35.8 —■■■ ■
Supplémentation vitamine A (enfant)	54.6	70.4	4.3%	0.03 (***)	0.07 (***)	0.04	60.2	66.1	67.0	75.5	87.8 —■■■ ■
Vaccination complète	30.6	45.3	6.8%	0.18 (***)	0.13 (***)	0.05	36.1	36.4	43.7	49.5	65.0 —■■■ ■
Utilisation de la MILDA (femme enceinte)	7.1	60.2	42.8%	0.32 (***)	0.02 (**)	0.30	54.4	61.9	65.0	64.5	53.9 —■■■ —
Utilisation de la MILDA (enfant)	5.8	55.4	45.7%	0.25 (***)	0.02 (**)	0.22	47.2	59.8	59.7	60.6	49.8 —■■■ —
Traitement IRA	41.9	41.6	-0.1%	0.05 (***)	0.03 (**)	0.01	37.2	39.9	49.0	39.2	43.5 —■■■ —
Traitement diarrhée	44.9	41.9	-1.1%	0.03 (***)	0.05 (***)	0.02	33.5	43.1	44.2	46.6	42.9 —■■■ ■

3.3.2. Insuffisance des mécanismes de protection et de partage des risques

Il existe quelques variations quant à la protection financière selon la province, mais elles ne sont pas significatives. C'est dans le Kasai occidental que la proportion des ménages encourant des dépenses de santé catastrophiques est la plus faible (environ 2 %), tandis que le Katanga présente la prévalence la plus élevée (7,2 %) (figure 11). À Kinshasa, environ 3,3 % des ménages encourent des dépenses de santé catastrophiques. Des analyses économétriques démontrent en fait que la localisation géographique n'a pas d'effet significatif sur la prévalence des dépenses de santé catastrophiques des ménages. Les ménages du Bandundu, du Kasai occidental et du Sud-Kivu sont moins susceptibles d'engager des dépenses de santé catastrophiques. Ceci est probablement dû au fait que les ménages de ces provinces ont un accès restreint aux soins de santé. En effet, 19 % des ménages du Kasai occidental et 13 % des ménages du Sud Kivu ne consultent pas de médecin en raison du coût.

Figure 12: Mesure de la protection financière des ménages en RDC, 2012



Source : Analyse des auteurs sur la base de l'enquête auprès des ménages 1, 2, 3.

Les mécanismes de protection sociale demeurent insuffisants pour protéger les ménages les plus pauvres contre les risques financiers liés aux dépenses de santé. Il n'existe pas de mécanisme de prise en charge des dépenses de santé des plus pauvres, à l'exception de quelques cas rares, dans le cadre, notamment, du financement basé sur la performance : dans les formations sanitaires bénéficiant de ce type de financement, les 10 % les plus pauvres de la population desservie sont exemptés de paiements directs. Il faut également mentionner les mécanismes de prise en charge des indigents : le ministère des Affaires sociales dispose d'une ligne budgétaire couvrant les services de base pour les indigents, dont le statut est défini lors d'enquêtes sociales par la communauté. Cependant, dans la réalité, cette ligne budgétaire ne rembourse que très peu certains prestataires.

4. Vision, objectifs sectoriels et principes directeurs

4.1. Vision

À l'orée de 2022, la République démocratique du Congo aura progressé vers l'accès universel à des services de qualité et la réduction de l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages, afin de leur permettre de contribuer au développement économique de la nation dans un environnement favorable à une bonne santé. Cette vision sera ancrée dans un renforcement du système de santé national axé sur des soins de santé primaires justes et solidaires, alignés sur le contexte, le cadre législatif et les priorités nationales.

4.2. But

Contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2022 dans le cadre de la couverture sanitaire universelle et des autres cibles des objectifs de développement durable (ODD).

4.3. Objectif général

L'objectif général du PNDS pour la période 2019-2022 est d'accroître la couverture de services et de soins de santé de qualité, ainsi que leur utilisation par la population avec équité et protection financière.

4.4. Cibles et effets attendus

CIBLES ⁵	EFFETS ATTENDUS
Cible 1 : Réduction de la mortalité maternelle	D'ici à 2022, le nombre de décès maternels est réduit et passe de 846 à 773 décès pour 100 000 naissances vivantes
Cible 2 : Réduction de la mortalité infanto-juvénile	D'ici à 2022, la mortalité infanto-juvénile est réduite et passe de 104 à 92 décès pour 1000 naissances vivantes
	D'ici à 2022, la mortalité néonatale est réduite et passe de 28 à 24 décès pour 1000 naissances vivantes
Cible 3 : Contrôle de l'épidémie de VIH, de tuberculose, de paludisme ainsi que des maladies tropicales négligées	D'ici à 2022, les épidémies de VIH, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées, sont contrôlées
	D'ici à 2022, le nombre de personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement aux antirétroviraux, augmente, et passe de 101 924 (24,1 %) à 315 000 (75 %)
Cible 4 : Contrôle des maladies non transmissibles	D'ici à 2022, le taux de mortalité des prématurés due à des maladies non transmissibles, est réduit du tiers, grâce à la prévention et au traitement
Cible 5 : Réduction de la malnutrition chronique, afin qu'elle passe de 43 % à 33 %	D'ici à 2022, la proportion des enfants de moins de 5 ans présentant une malnutrition chronique est réduite, et passe de 43 % à 33 %
Cible 6 : Réduction des paiements directs et des dépenses catastrophiques	La part des dépenses des ménages dans les dépenses totales de santé diminue, et passe de 41 % en 2016, à 35 % en 2022

⁵ Les cibles des indicateurs d'impact ont été calculées à partir des indicateurs de couverture des services de SRMNIA ayant été modélisés grâce à l'outil OneHealth dans le cadre du calcul du paquet de soins de SRMNIA.

5. Axes stratégiques du PNDS 2019-2022 et résultats attendus

Pour atteindre cet objectif sectoriel, les trois axes / orientations stratégiques suivants doivent guider les interventions et principales actions du ministère de la Santé publique :

- Axe 1 : Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé ;
- Axe 2 : Appui aux piliers du système de santé pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité de soins de qualité ;
- Axe 3 : Appui à la gouvernance, au leadership et au pilotage du système de santé.

5.1. Axe stratégique 1 : Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins

Cet axe vise l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité géographique et de l'utilisation de services et soins de santé de qualité tout en garantissant l'équité. Deux résultats sont attendus et présentés ci-dessous : i) l'augmentation de la couverture et de l'accès à des services intégrés offrant des soins et des services de santé de qualité ; et ii) l'augmentation de la proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins.

5.1.1. Augmentation et passage de 30 % à 60 % de la couverture et de l'accès à des structures offrant des soins et des services de santé de qualité

L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité géographique de l'offre de soins et de services de qualité passe par la mise en œuvre de 3 programmes, à savoir : i) l'amélioration de la couverture sanitaire ; ii) la rationalisation du fonctionnement des structures de soins ; et iii) l'amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population.

Amélioration de la couverture sanitaire

Ce programme consiste à développer les plans de couverture des zones de santé et à créer des services de soins de premier et de deuxième échelon. Il s'agira, d'une part, d'étendre la couverture sanitaire, à travers la construction, la réhabilitation et l'équipement des centres de santé et hôpitaux généraux de référence, et, d'autre part, d'organiser les hôpitaux généraux de référence de manière à offrir un paquet complémentaire d'activités en interaction avec les centres de santé organisés pour assurer le paquet minimum d'activités grâce à un personnel compétent et en interaction avec la communauté desservie.

L'extension de la couverture sanitaire devra être complétée par l'implantation de paquets d'interventions adéquats, de façon à ce que les centres de santé et les hôpitaux généraux de référence soient en mesure de faire face à l'ensemble des problèmes de santé qui se posent à la population relevant de leur responsabilité, et non uniquement à un nombre sélectionné de problèmes de santé.

Dans la même dynamique, l'amélioration de l'offre de référence secondaire et tertiaire s'avère indispensable, étant donné que la continuité des soins nécessite la mise en place de services hospitaliers et de laboratoires de référence secondaire et tertiaire. Aussi, la carte sanitaire devra définir l'implantation de nouveaux hôpitaux provinciaux, qui devront intégrer les laboratoires provinciaux de santé publique. La réhabilitation et la construction des structures de santé de

référence secondaire et tertiaire se feront conformément à un programme d'investissement et de modernisation des infrastructures et équipements des structures de santé.

Amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population

La qualité des soins résulte d'un processus multifactoriel qu'il convient de conceptualiser dans chaque hôpital général de référence et dans chaque centre de santé. Les ordinogrammes, fiches techniques et protocoles thérapeutiques seront utilisés au niveau des centres de santé et des hôpitaux généraux de référence pour assurer l'adéquation diagnostic-traitement. Il sera mis en place une politique d'accréditation des structures de soins instaurée en vue de garantir la qualité des soins. Des ordres professionnels seront mis à contribution pour ce faire. Afin d'apporter une réponse appropriée aux problèmes prioritaires de santé, l'attention est portée sur les paquets de services et de soins dans les domaines suivants : i) renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente ; ii) renforcement du contrôle des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles ; et iii) amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, les épidémies, ainsi que les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire.

Renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente

Les interventions en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente, sont choisies en fonction de l'évolution de la charge de morbidité et de mortalité. En 1990, les maladies transmissibles, conditions périnatales et déficiences nutritionnelles en Afrique subsaharienne, représentaient à peu près la moitié de la charge de morbidité totale de la région.

Dans le contexte de la CSU et du PNDS 2019-2022, sont définis le paquet de soins en matière d'interventions destinées à la mère, à l'enfant et à l'adolescent, ainsi que le planning familial. Une attention particulière sera portée à la promotion d'une bonne santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et les jeunes, ainsi qu'à l'utilisation de moyens et méthodes de planification familiale de manière à prévenir les grossesses précoces et non désirées. Ces services de santé seront adaptés aux adolescents et intégrés dans toutes les formations sanitaires publiques et privées du pays. De plus, une attention sera également portée à la prévention de la consommation de drogue et d'alcool dans la communauté et au niveau des établissements d'enseignement primaire, secondaire et supérieur. Une liste complète des services inclus dans le paquet est fournie dans l'annexe 1, ainsi que les taux de couverture actuels de ces services et le taux de couverture cible pour l'année 2022.

La RDC étant l'un des pays de la région à plus faible revenu, il s'ensuit que la plus grande partie de sa charge de morbidité continue d'être attribuable à ces conditions. Il s'ensuit également qu'un paquet d'interventions prioritaires pour la RDC doit mettre l'accent sur ces problèmes de santé. Cependant, l'on peut prévoir que l'importance des maladies transmissibles va diminuer dans le pays, comme le montre la figure consacrée à la région, en particulier si le pays accélère son effort pour combattre ces causes de mortalité et de morbidité.

Renforcement du contrôle des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles

Une grande partie de la charge de morbidité de la RDC concerne les maladies transmissibles aiguës qui frappent les enfants et les mères. Toutefois, les maladies infectieuses chroniques ainsi que les maladies chroniques non transmissibles, commencent à prendre de l'ampleur dans la charge de morbidité du pays.

Les interventions se focaliseront sur la promotion de la santé, qui reste transversale dans la lutte contre la maladie, avec des interventions spécifiques en lien avec les maladies transmissibles et non transmissibles. Ainsi, dans le cadre de la promotion de la santé, les interventions viseront à améliorer les comportements et les pratiques en se centrant sur la famille et en mettant l'accent sur une communication visant à modifier les comportements en faveur d'un mode de vie sain, y compris en matière de santé mentale, car dans le processus de changement de comportement, celle-ci est capitale et est une cible du message éducatif.

Les communautés seront incitées à développer des initiatives dans ce sens aussi bien pour les maladies transmissibles (infection à VIH, hépatites, infections sexuellement transmissibles, tuberculose et paludisme) et les maladies tropicales négligées, que pour les maladies non transmissibles. L'annexe 2 présente également une liste complète des services inclus dans le paquet en relation avec l'axe stratégique 2, leur couverture actuelle (2018-2019) et leur taux de couverture cible pour l'année 2022.

Amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, notamment les épidémies et les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire. Il s'agira de développer les capacités des structures à prévenir et gérer les épidémies, catastrophes et autres situations d'urgence en santé publique, via l'application du règlement sanitaire international, de renforcer les capacités institutionnelles en matière de surveillance épidémiologique aux différents niveaux du système de santé, de renforcer les capacités des équipes d'intervention rapide, et de pré-positionner les intrants dans les différentes provinces pour permettre une réponse prompte aux éventuelles situations d'urgence et catastrophes dans l'ensemble du pays.

Les interventions / actions concerneront la prévention des risques et la détection, sans oublier la riposte / la gestion des urgences de santé publique et des catastrophes. Sont envisagées l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan multirisque prenant en compte les résultats de l'évaluation externe de l'application du Règlement sanitaire international dans le pays en collaboration avec les autres secteurs concernés par les questions liées aux maladies émergentes / réémergentes, la résistance aux antimicrobiens, la biosécurité, la fourniture des intrants, la gestion des principaux points d'entrée dans le pays, ainsi que les risques chimiques et radiologiques. Le renforcement en temps réel du système de bio-surveillance et du réseau de laboratoires, sera, par conséquent, indispensable.

En ce qui concerne la lutte contre le choléra, il sera question de poursuivre le renforcement des activités de surveillance globale et la prise en charge curative conformément au PMSEC 2018-2022. Une attention particulière sera portée au renforcement du centre d'opérations d'urgence de santé publique, au renforcement de la coordination intrasectorielle, à la collaboration intersectorielle en matière de gestion des catastrophes, ainsi qu'à la mise à disposition prompte des ressources requises pour faciliter le déploiement des équipes d'intervention en cas de nécessité.

Rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires

La rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires 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. Cette rationalisation suppose donc une action aux niveaux administratif (organigramme, profils de poste et gestion de carrière, etc.), financier et technique.

Au niveau central, la rationalisation passera par la poursuite de la mise en œuvre du nouveau cadre organique, le regroupement des programmes spécialisés et leur rattachement aux directions centrales, et le renforcement des capacités normatives des DPS.

Au niveau intermédiaire, un accent sera mis sur la poursuite des réformes en rendant opérationnelles les 26 DPS et 26 IPS en intégrant les coordinations et antennes des programmes spécialisés dans les DPS, sur l'extension du contrat unique, et sur le renforcement des capacités des DPS à accompagner les zones de santé dans leur développement.

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 (PMA) dans les centres de santé et la réorganisation de l'offre du PCA dans les HGR. Au niveau communautaire, il y aura la participation de la communauté aux activités préventives et promotionnelles.

L'adéquation entre le profil du personnel et les exigences quant aux prestations sera de stricte application. Une meilleure organisation de la référence et de la contre référence entre les CS et les HGR, pour le niveau de référence primaire, entre les HGR et les Hôpitaux Provinciaux (HP), pour le niveau de référence secondaire, et, enfin, entre les HP et les Hôpitaux Nationaux (HN), dont les cliniques universitaires, pour le niveau de référence tertiaire, associée à une supervision intégrée, permettra d'assurer la globalité, l'intégration et la continuité des soins. Ceci suppose que ces structures de référence connaissent une réhabilitation physique et fonctionnelle et soient équipées en conséquence. Une attention particulière sera accordée à la prise en compte du secteur privé ainsi que d'autres institutions du secteur public (armée, police, banque, justice...).

5.1.2. Augmentation de la proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs)

Trois programmes sont retenus pour atteindre ce résultat. Il s'agit : i) du renforcement du système communautaire ; ii) de la promotion des services de santé ; et iii) de l'extension des sites de soins communautaires.

Renforcement 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 de renforcer les organes de participation communautaire définis dans la stratégie commune de participation communautaire. Les capacités des membres des organes de participation communautaire seront renforcées afin que ces derniers puissent jouer pleinement leur rôle.

Les prestataires établiront un dialogue avec la communauté organisée, afin d'écouter ses besoins et de l'impliquer dans le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de l'action sanitaire. De plus, ils s'assureront de la prise en compte du point de vue des communautés dans la prise de décision et lors de l'organisation de la prestation de services. Le contrôle communautaire contribuera à l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et permettra de garantir les acquis obtenus.

Promotion de l'utilisation des services de santé

Les actions de promotion seront menées pour faire connaître les interventions offertes par les services de santé en vue de 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 (enseignement, environnement, eau, agriculture, habitat, etc.) et les leaders communautaires pour une meilleure utilisation et appropriation des services et soins de santé. À cet effet, des organes de participation communautaire et des leaders d'opinion seront mis à contribution pour garantir les chances de succès de cette approche. Il sera mis en place un mécanisme / réseau pour assurer l'autonomisation des patients.

Extension des sites de soins communautaires

Dans les aires de santé où l'accessibilité géographique au centre de santé constitue un obstacle majeur, les sites de soins seront établis progressivement pour l'identification et la prise en charge précoce des principales maladies tueuses d'enfants de moins de 5 ans (paludisme simple, diarrhées et infections respiratoires aiguës). Les cas graves seront référés précocement aux centres de santé. Ces Sites de Soins Communautaires (SSC) seront approvisionnés en médicaments par le centre de santé et supervisés par l'infirmier titulaire de l'aire de santé afin d'assurer la qualité des soins offerts.

La mise en œuvre de ce programme exigera un renforcement des compétences et un appui aux agents de santé communautaire. De plus, un processus de coordination des interventions au niveau communautaire sera opérationnalisé pour une meilleure harmonisation des interventions.

5.2. Axe stratégique 2 : appui aux différents piliers du système de santé

Cet axe concerne les interventions à mener pour les différents piliers afin d'influer sur la disponibilité de services et soins de qualité en réponse aux besoins des populations. Les interventions liées à la rationalisation du financement de la santé et au renforcement de la gouvernance sont traitées dans les sections qui y sont consacrées. Ces interventions visent les résultats suivants :

- Résultat 2.1 : Amélioration de la disponibilité, des compétences et de la motivation des ressources humaines ;
- Résultat 2.2 : Amélioration de la disponibilité de médicaments et intrants spécifiques de qualité ;
- Résultat 2.3 : Réhabilitation / construction d'infrastructures et dotation en équipements ;
- Résultat 2.4 : Amélioration de la disponibilité et de la circulation d'une information sanitaire de qualité ;

- Résultat 2.5 : Amélioration du financement de la santé et réduction du coût de l'accès aux soins.

5.2.1. Développement des ressources humaines pour la santé

Pour pourvoir le secteur de la santé en prestataires de qualité en quantité suffisante, et qui soient équitablement répartis, 3 programmes seront développés, visant : i) l'amélioration de la disponibilité et de la fidélisation de ressources humaines en santé (RHS) qui soient qualifiées ; ii) l'amélioration de la formation de base ; et iii) le développement des compétences des prestataires.

Amélioration de la disponibilité et de la fidélisation de RHS compétentes. L'accent sera mis essentiellement sur :

- La rationalisation du personnel en rapport avec l'élaboration et la vulgarisation des normes de dotation des ressources humaines en santé à tous les niveaux en tenant compte de la charge de travail (approche WISN) ;
- Le redéploiement équitable des agents dans les structures et services de santé en : i) suspendant les affectations dans les structures dites « pléthoriques » pour n'affecter désormais les agents que dans des structures présentant une insuffisance des effectifs, un moratoire permettant de rééquilibrer les effectifs ; et ii) relançant la mobilisation des ressources pour le paiement des frais de mutation de la capitale vers les provinces ou à l'intérieur des provinces elles-mêmes ;
- L'informatisation de la base de données pour la maîtrise des effectifs des professionnels de la santé à travers le pays ;
- La poursuite du processus de mise à la retraite pour suivre le flux des sorties des personnels ;
- Un plaidoyer auprès de l'autorité budgétaire concernant la mécanisation progressive des agents, leur alignement sur les différentes primes et leur salaire, afin d'obtenir une majoration graduelle de la rémunération des agents ;
- La mise en place de mécanismes de prise en charge des agents via l'octroi de primes de brousse et d'éloignement en faveur des personnels de santé, plus particulièrement ceux œuvrant en milieu éloigné et d'accès difficile, ainsi que d'un appui aux initiatives d'amélioration des conditions sociales des agents, telles que la construction de logements destinés au personnel au niveau des CS, et le fait de prévoir des bâtiments destinés à loger le personnel dans les HGR les plus reculés.

Amélioration de la formation de base

Cette amélioration passe par le développement et la mise en œuvre d'un plan national concerté d'organisation de filières de formation qui soient en adéquation avec les besoins sur le terrain, pour faire face à la surproduction ou à la carence des catégories professionnelles identifiées, notamment à travers le marketing social des filières à promouvoir.

Le niveau central procédera à un renforcement du contrôle des écoles de formation de niveau secondaire, à l'évaluation de la formation à travers un jury national, et au développement d'écoles pilotes de niveau secondaire dans les provinces. Un processus d'accréditation des écoles de niveau secondaire sera institué ainsi que des mesures de rationalisation des institutions de formation des professionnels de santé de niveau secondaire.

Développement des compétences des prestataires

En ce qui concerne le développement des compétences des professionnels de santé, le PNDRHS s'est focalisé sur trois orientations stratégiques, à savoir : i) la mise en place d'un système national de formation qui soit opérationnel ; ii) l'appui aux programmes de formation ; et iii) l'appui au programme d'auto-apprentissage via e-learning afin d'atteindre un grand nombre des prestataires.

En application de la politique sectorielle de formation continue, le secteur procédera à la vulgarisation du cadre normatif, à l'élaboration de référentiels et de plans conjoints pour la formation en réponse aux besoins prioritaires, y compris la formation clinique, à la mise en place de centres de formation des prestataires à travers les provinces, à la remise à niveau des formateurs, à la mise en œuvre de plans de formation continue annuels et conjoints, et au développement de dispositifs de mise en pratique des acquis de la formation continue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans les cinq prochaines années, le ministère de la Santé publique appuiera en priorité la formation des spécialistes cliniciens dans les domaines prioritaires liés à la santé de la mère et de l'enfant en vue de couvrir les besoins du pays. L'attention se portera également sur la poursuite des efforts en matière de renforcement des capacités des ressources humaines dans les domaines prioritaires, notamment le management des SSP, la gestion des soins essentiels du nouveau-né et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) ainsi que la surveillance intégrée des maladies et la riposte.

Sera également mis en œuvre, dans la limite des moyens disponibles et selon la marge de faisabilité, le programme de reconversion du personnel pléthorique vers des catégories déficitaires, dont les sages-femmes et accoucheuses, d'une part, et, d'autre part, la création de catégories telles que le secrétariat médical à l'INPESS, afin de reconvertir les jeunes administratifs vers cette nouvelle catégorie. Il y a lieu de relancer cette stratégie. En marge du nouveau constat, bien antérieur, du nombre élevé des infirmiers, il conviendra de recourir à la stratégie de leur reconversion vers la catégorie des sages-femmes, via la mobilisation de bourses d'études destinées aux requérants devant faire trois ans à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM), ainsi que via l'encouragement des personnels concernés à répondre aux normes de la Confédération internationale des sages-femmes (*International Confederation of Midwives, ICM*).

5.2.2. Approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et intrants

La mise en œuvre des interventions prioritaires requiert une disponibilité optimale de médicaments et intrants de qualité, résultat tributaire d'un SNAME fort et efficace dans son organisation et son fonctionnement. Elle passe par les actions prioritaires suivantes : i) la maîtrise des besoins et une meilleure gestion des médicaments, vaccins et intrants spécifiques ; ii) l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels, vaccins et intrants spécifiques grâce à une offre suffisante des médicaments par le SNAME ; iii) le renforcement de la réglementation pharmaceutique, de l'inspection et du contrôle de la qualité des médicaments en circulation ; iv) la promotion de la production locale pourra également améliorer la disponibilité des médicaments et permettre une économie de devises ; et v) le

financement adéquat des médicaments, vaccins et intrants spécifiques par rapport aux besoins réels et au renforcement du SNAME.

La maîtrise des besoins et de la gestion des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans les formations sanitaires passe par les actions suivantes : les capacités des structures des zones de santé sont renforcées selon une estimation correcte de leurs besoins réels en gestion et en utilisation rationnelle des médicaments, via le recours à des ordinogrammes, guides thérapeutiques nationaux, fiches techniques, et autres directives et protocoles. Les prestataires sont formés aux bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments, et l'encadrement par les DPS et les équipes cadres (ECZ) sur ces questions est effective. Les comités de quantification des médicaments⁶, vaccins et intrants spécifiques, sont rendus opérationnels. Ils sont chargés d'analyser et de valider les besoins réels en médicaments et intrants spécifiques aux niveaux provincial et central en vue d'un approvisionnement adéquat. Un accent sera mis sur la chaîne de quantification des besoins et la responsabilisation des formations sanitaires quant à la quantification des médicaments, vaccins et intrants pour tous les produits dont elles ont besoin, y compris ceux qui sont entièrement financés par les PTF.

L'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des médicaments essentiels et intrants spécifiques est tributaire du renforcement du SNAME. Elle passe par les actions suivantes :

- La régularisation des modalités de l'acquisition, laquelle part des besoins des CDR et est alimentée par les quantifications des formations sanitaires, et acquisition via les bureaux d'achat en charge de la passation des marchés de la FEDECAME.
- L'augmentation des capacités de stockage des médicaments, vaccins et intrants spécifiques aux normes devra se faire en priorité au niveau central et provincial, en : i) dotant la FEDECAME d'un entrepôt de stockage stratégique adéquat ; ii) augmentant les capacités de stockage existantes dans les CDR ; et iii) en consolidant l'assurance de la qualité dans les entrepôts et chambres froides grâce à des systèmes adéquats.
- La mise en place d'un système d'information et de gestion logistique (SIGL) fonctionnel, en : i) sélectionnant et harmonisant les données logistiques permettant la standardisation des outils de collecte chez les prestataires ; et ii) en renforçant le rôle de suivi-évaluation du PNAM.
- L'amélioration de l'offre en médicaments du SNAME, en : i) renforçant la coordination, par le MSP, des financements, ainsi que l'alignement de tous les circuits d'approvisionnement sur le système national (partenaires et zones de santé) ; ii) renforçant les capacités opérationnelles des CDR et les conditions de leur viabilité ; et iii) en développant le réseau des CDR pour une couverture élargie.
- L'intégration des différents circuits parallèles existants et la mutualisation des moyens seront institués par un acte réglementaire. Le circuit de distribution des médicaments, vaccins, et intrants spécifiques, du niveau central vers les DPS, et de celles-ci vers les zones de santé, sera renforcé par l'adoption de modèles logistiques plus performants.

⁶ Les comités de quantification des médicaments sont sous la responsabilité de la commission médicament du CCT-SS et des groupes de travail médicament du CPP-SS.

L'amélioration de la qualité des médicaments, vaccins et intrants spécifiques essentiels dans un secteur pharmaceutique mieux régulé passe par les actions suivantes :

- Le renforcement de l'Inspection Pharmaceutique ainsi que de l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP) dans l'accomplissement efficace de leurs missions et fonctions réglementaires, particulièrement concernant la recherche des irrégularités pharmaceutiques, la surveillance du marché pharmaceutique, et l'homologation, via : i) le développement de l'expertise et des compétences spécifiques des acteurs ; ii) l'augmentation des moyens pour la mise en œuvre des fonctions réglementaires et de contrôle ; iii) la mise à jour de la législation pharmaceutique pour un cadre actualisé et adapté ; et iv) l'amélioration de la collaboration avec les services aux frontières et internationaux.
- Le renforcement des capacités opérationnelles de l'inspection et de l'ANRP pour le contrôle de la qualité des médicaments et la surveillance du marché, via : i) la mise en place d'un Laboratoire national de contrôle des médicaments dépendant de l'ANRP ; ii) le développement de compétences spécifiques d'analyse des médicaments pour renforcer les capacités des inspecteurs et des plateaux techniques des laboratoires agréés existants ; et iii) l'élaboration de textes réglementaires organisant la surveillance des marchés par l'inspection.
- Le développement d'un système de pharmacovigilance, via : i) l'extension progressive d'un système d'alarme aux structures des secteurs public et privé ; et ii) le renforcement des compétences spécifiques et du dispositif réglementaire en matière de pharmacovigilance. La sécurisation de la qualité des médicaments à travers le SNAME lors du processus de pré-qualification des médicaments est ainsi optimisée.

La promotion de la production locale des médicaments passe par les actions suivantes :

- Élaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement de l'industrie nationale pour la production des médicaments et produits de santé, et créer un environnement incitatif pour la fabrication, par le secteur privé lucratif, de médicaments de qualité, sûrs et abordables, qui soient accessibles pour la population nationale.
- Mettre sur pied un cadre de concertation public-privé prévoyant l'intégration des acteurs du secteur privé lucratif dans le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels sur la base d'un critère de certification basé sur les bonnes pratiques pharmaceutiques.
- Mettre sur pied un mécanisme de subventionnement des producteurs locaux et de protection de leurs produits, afin d'encourager les investisseurs, les dirigeants d'organisations, les investisseurs du secteur privé, et les représentants de la société civile, à envisager les possibilités d'expansion de la production locale des médicaments sur toute l'étendue du territoire national.

L'amélioration de la cohérence du financement des médicaments et le renforcement du SNAME passent par les actions suivantes : les ressources financières sont mobilisées à la hauteur des besoins estimés, en : i) allouant des budgets suffisants, qui comprennent les coûts logistiques de distribution ; ii) utilisant en priorité les fonds générés par les fonds recouverts (vente des médicaments ou forfaits) pour la reconstitution du stock des médicaments ; et iii) en améliorant la coordination et la visibilité des financements alloués aux médicaments.

5.2.3. Développement des infrastructures et équipements

Deux programmes sont envisagés pour parvenir à ce résultat à savoir : i) la réhabilitation / construction des infrastructures et la dotation en équipements ; et ii) la maintenance des infrastructures et équipements acquis.

La modernisation (construction et réhabilitation), des infrastructures et équipements. Le ministère de la Santé publique, comme une partie du gouvernement de la RDC, devra mettre en place un programme cohérent de modernisation des infrastructures, à travers un plan décennal d'investissement pour les infrastructures sanitaires (construction, réhabilitation et équipement), prenant en compte les besoins de l'administration centrale, des provinces et du niveau opérationnel.

Au niveau central, la construction des immeubles pour lesquels les fonds sont disponibles, doit être finalisée, notamment celle du bâtiment administratif du PNLP et du laboratoire P3 de l'INRB. Il est également envisagé de mobiliser des ressources destinées à la construction d'un laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments, d'un centre national d'appareillage orthopédique et de réadaptation, ainsi que d'un bâtiment complémentaire destiné à abriter les nouvelles directions du Secrétariat général. Dans le cadre de l'amélioration de la continuité des soins, l'attention sera portée sur la réhabilitation et l'équipement de 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Au niveau provincial, l'attention sera portée sur la construction / réhabilitation des bâtiments des DPS et IPS. Le MSP et ses partenaires procéderont à la construction et à l'équipement des HGR et des CS, ainsi qu'à la réhabilitation de 6 hôpitaux provinciaux généraux de référence (HPGR) et de 3 laboratoires provinciaux de santé publique, pour améliorer la couverture sanitaire. Les plans devront intégrer la notion d'architecture durable, en misant sur des structures consommant peu d'énergie, et conçues pour être fonctionnelles même lorsque l'approvisionnement en électricité et en eau s'avère problématique. Une planification sera élaborée en conséquence pour renforcer la chaîne d'approvisionnement en médicaments, vaccins et autres intrants.

Le plan de connectivité à long terme sera actualisé sur la base de l'évaluation en cours concernant le fonctionnement des VSAT installés dans les ZS, DPS, IPS et au niveau central, pour rendre fonctionnel un réseau de communication intranet du MSP.

Le renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements acquis. Les normes relatives à la gestion des équipements et matériels seront actualisées et vulgarisées. Des pôles de maintenance seront organisés dans les 26 DPS. Ils seront dotés des outils collectifs et individuels nécessaires au suivi des infrastructures et de la fonctionnalité des équipements. Une politique d'amortissement et de maintenance régulière des équipements, matériels et infrastructures du MSP à tous les niveaux, sera instituée. La passation de contrats avec des centres d'expertise sera envisagée, ainsi qu'un plan de renforcement des capacités des pôles de maintenance du ministère de la Santé publique.

5.2.4. Renforcement du système d'information sanitaire

Pour parvenir à l'amélioration de la disponibilité et de l'utilisation d'une information sanitaire de qualité pour la prise de décisions, le MSP et ses PTF ont décidé de concentrer leurs efforts à travers les trois programmes suivants : i) l'amélioration de la complétude, promptitude et exactitude des données collectées ; ii) l'amélioration de l'analyse et de la production de l'information sanitaire ; et iii) l'amélioration de la diffusion de l'information au sein du secteur.

Amélioration de la complétude, promptitude et exactitude des données collectées

Les actions envisagées dans ce programme sont les suivantes :

- Révision et harmonisation des outils de collecte de l'information sanitaire (toutes les interventions du PMA, PCA et autres activités de santé) ;
- Déploiement des ressources et renforcement des capacités nécessaires à un usage correct de ces outils ;
- Définition du circuit et du calendrier de transmission de l'information sanitaire ;
- Intégration des structures privées dans le SNIS et prise en compte de ces structures dans le paramétrage du DHIS2 ;
- Extension de la digitalisation et de l'utilisation de logiciels appropriés permettant de capter et de faire remonter les informations concernant l'ensemble des prestations des SSP : les interventions des programmes spécialisés du secteur de la santé, les informations des dossiers médicaux, et les logiciels de gestion des malades dans les hôpitaux, de comptabilité, de gestion programmatique et budgétaire, et de gestion des stocks, seront développés et mis à jour ;
- Appui au réseau intranet de communication du ministère de la Santé publique à tous les niveaux du système, via la dotation en équipements modernes (informatique, énergie, VSAT, et fourniture de connexion), et renforcement des capacités des acteurs en maintenance.

L'évaluation de la qualité des données se fera à tous les niveaux via un processus d'auto-évaluation au niveau des formations sanitaires, et les audits sur la qualité des données, via des approches harmonisées.

Amélioration de l'analyse et de la production de l'information sanitaire

Dans ce programme, les actions suivantes seront menées :

- Vulgarisation des directives concernant l'organisation des monitorages, des examens, et des audits cliniques et de décès maternels ;
- Production de cartes de score / tableaux synoptiques à différents niveaux ;
- Formalisation de la rétro-information pour appuyer le renforcement des capacités des acteurs.

Amélioration de la diffusion de l'information sanitaire

Dans ce programme, les actions suivantes seront menées :

- Production et diffusion des rapports d'activités à différents niveaux ainsi que des bulletins d'information sanitaire ;
- Diffusion des informations stratégiques sectorielles à travers les revues annuelles et le site web du MSP ;

- Mise à jour et alimentation du site web du MSP pour mise en ligne des documents et informations stratégiques (rapport, annuaire statistique, rapports d'enquête, et recherches) ;
- Mise en place d'un entrepôt qui permettra une interconnexion de toutes les bases de données du secteur sur un seul serveur central en vue de les rendre disponibles au public ;
- Appui au fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé et développement progressif du plan cybersanté.

5.2.5. Amélioration du financement et réduction des barrières d'accès aux soins

Les sous-axes liés au financement de la santé reprennent les priorités de la stratégie de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle en RDC (35), et ont pour objectif de résoudre les 3 problèmes prioritaires identifiés dans le diagnostic du financement de la santé.

Accroître les ressources financières disponibles pour le secteur de la santé

Cet accroissement passe par les actions ci-dessous :

Améliorer le système de collecte et d'administration des recettes existantes. Cette activité consiste à initier des discussions avec le ministère du Budget autour du Comité de réforme des finances (COREF). Cette activité nécessite une assistance technique ciblant l'amélioration de l'administration fiscale et douanière pour comprendre les retombées de telles réformes sur les recettes et donc les ressources disponibles pour la santé.

Réviser l'exercice d'établissement des priorités dans le budget du gouvernement et viser à augmenter l'enveloppe de la santé. Cette activité permettra d'identifier les priorités du ministère de la Santé dans le budget, de mettre en place un budget programme avant chaque conférence budgétaire, et d'en faire le suivi. Une assistance technique en finances publiques pourrait déjà identifier les classifications en lien avec les priorités clés du PNDS recadré. Il faudrait notamment revoir le CDMT et évaluer si les classifications actuelles sont conformes aux priorités du PNDS.

Étudier la faisabilité de « taxes sur les produits nuisibles à la santé » (alcool, boissons sucrées, tabac, etc.) aux niveaux national et régional.

Optimiser l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé

Une mobilisation des ressources ne peut pas passer sans une amélioration de l'utilisation des ressources actuelles. Faire un plaidoyer auprès du ministère du Budget à la fois pour la santé et pour le niveau décentralisé requiert une amélioration dans l'exécution budgétaire, et plus de constance, de ce point de vue, en particulier au niveau des provinces. Pour cela, il faudrait que ces dernières puissent avoir accès à une information claire en ce qui concerne les ressources qui leurs sont affectées.

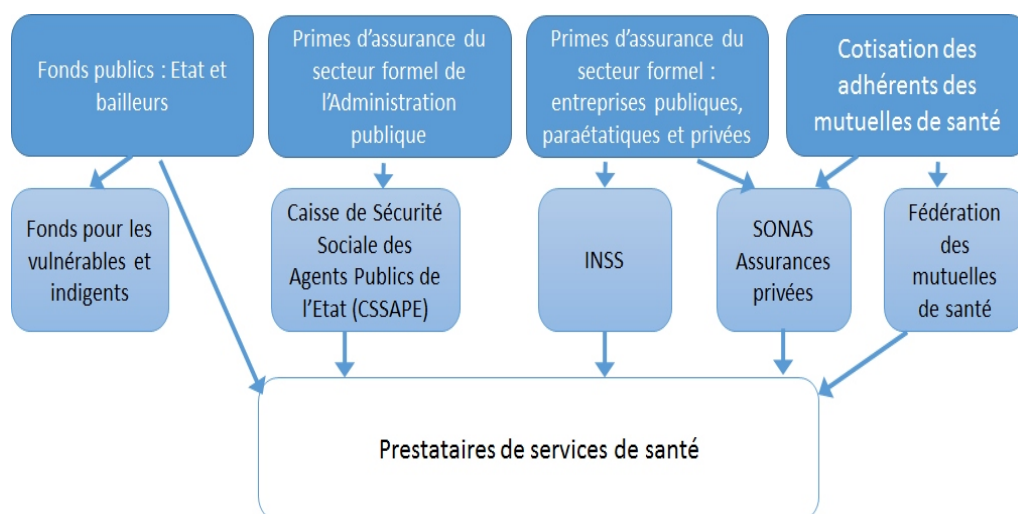
Améliorer l'efficacité des ressources au niveau national : cela sous-entend l'harmonisation des appuis des partenaires techniques et financiers pour la traçabilité et la prévisibilité de l'aide extérieure en santé en systématisant la collecte d'informations financières en matière d'allocation, d'exécution et de prévision, l'amélioration de la gestion des finances publiques pour une meilleure exécution des dépenses publiques de santé à tous les niveaux de la pyramide

sanitaire, la subvention au fonctionnement en faveur des structures sanitaires publiques au niveau opérationnel et la mise en œuvre de l'achat stratégique au niveau des formations sanitaires, qu'il s'agisse d'un financement basé sur la performance ou d'une autre forme de financement, afin d'augmenter l'utilisation et la qualité des services du paquet de base offerts.

Améliorer la gestion des finances publiques et de l'aide extérieure au niveau des provinces : Cela passe par l'amélioration de l'exécution des budgets au niveau des provinces et la mise en place de mécanismes pilotes de mutualisation et de coordination des ressources externes au niveau provincial, comme première étape vers un meilleur alignement entre les différentes sources de financement. Il s'agira notamment de continuer à mettre en œuvre le « contrat unique » pour harmoniser le financement externe du secteur.

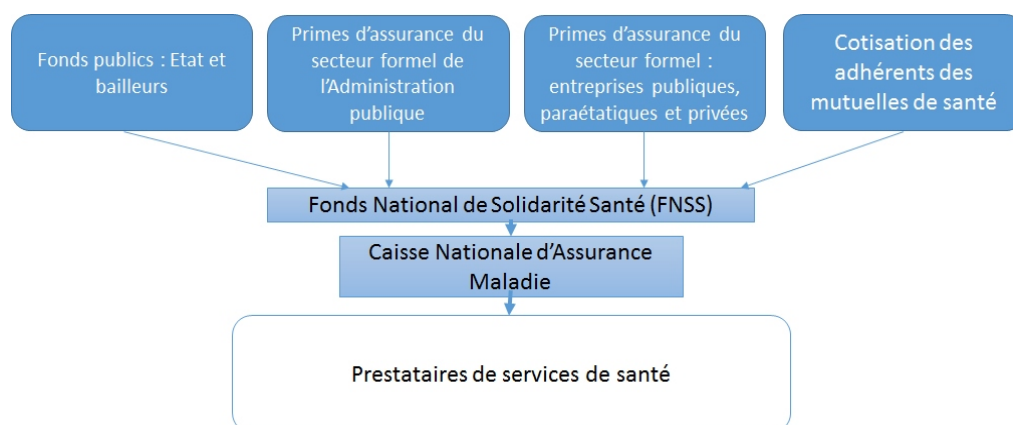
Réduire la fragmentation des systèmes de mutualisation des risques et réduire les barrières financières à l'accès à des services de santé de qualité : comme le précise la stratégie de financement de la santé, la vision à long-terme du ministère de la Santé est de fédérer les systèmes de mutualisation des risques en un fonds unique, le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS), couvrant à la fois les individus du secteur formel et non-formel ainsi que les indigents. Un bureau provincial décentralisé de ce fonds passera contrat avec les formations sanitaires afin d'acheter des résultats de santé de qualité et d'offrir un paquet de services aux cotisants du FNSS. La vision à moyen terme de mutualisation des risques est de rendre fonctionnels les systèmes existants (CSSAPE, CNSS, SONAS, mutuelles, et fonds pour les personnes vulnérables et indigentes) en s'assurant qu'ils offrent un paquet de services de qualité à leurs cotisants. Par ailleurs, un fonds serait alimenté par les recettes de l'État et les bailleurs pour subventionner les plus pauvres.

Figure 13 : La vision à moyen-terme de la mutualisation des risques en RDC



Source : Stratégie de Financement de la Santé, 2018.

Figure 14: La vision à long-terme de la mutualisation des risques en RDC



Source : *Stratégie de Financement de la Santé, 2018.*

Compte tenu de la forte prévalence des dépenses catastrophiques de santé chez les plus pauvres en RDC, il serait utile d'analyser le processus d'exemption découlant du Fonds pour les personnes vulnérables et indigents, et d'en étudier l'opérabilité et la mise en œuvre dans les formations sanitaires. Les enquêtes sociales seront menées avec les ministères des Affaires Sociales, de l'Action Humanitaire et de la Solidarité Nationale, pour dénombrer les indigents pouvant bénéficier des services et soins de santé subventionnés par l'État congolais, ainsi que par des contributions des PTF du secteur de la santé (36). Des études de faisabilité seront menées concernant le financement des services et soins de santé pour les plus vulnérables et indigents. Concomitamment, l'option est d'étendre les mutuelles de santé dans le secteur public et le secteur informel pour faire en sorte qu'elles ne couvrent pas seulement les ménages des quintiles de richesses les plus élevés.

5.3. Axe stratégique 3 : renforcement de la gouvernance et du système de santé

Les actions envisagées dans cet axe stratégique sont regroupées autour de deux résultats :

- Le pilotage du secteur de la santé est assuré dans le contexte de la décentralisation pour garantir l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité ;
- Le MSP joue pleinement son rôle dans la mise en œuvre des politiques et stratégies des autres secteurs ciblés en vue de l'atteinte des objectifs globaux de développement.

5.3.1. Renforcement du pilotage du secteur dans le cadre de la décentralisation

Les actions liées à l'atteinte de ce résultat seront mises en œuvre à travers les programmes suivants : i) le renforcement des capacités institutionnelles du MSP ; ii) le renforcement des mécanismes de suivi de l'application des normes et directives du secteur ; iii) le renforcement de la coordination du secteur de la santé ; et vi) le renforcement de la collaboration intersectorielle.

Le renforcement des capacités institutionnelles du MSP

Le renforcement des capacités du MSP passe par la mise en application du nouveau cadre organique et l'accélération des réformes structurelles afin de permettre aux structures à différents niveaux de remplir correctement les missions qui leur sont dévolues. Il s'agit

notamment de l'élaboration des stratégies sectorielles, normes, directives et standards, requis pour le secteur.

Au cours des 4 prochaines années, le secteur de la santé devra prendre les mesures suivantes :

- Finalisation des textes légaux institués par la Constitution (loi fixant les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique et de la sécurité alimentaire, loi sur le commerce pharmaceutique, et leurs mesures d'application, y compris concernant les matières concurrentes définies par l'article 203 de la Constitution, relevant du ministère de la Santé).
- Actualisation et / ou élaboration des stratégies sous-sectorielles, des plans stratégiques et des plans opérationnels à tous les niveaux du système. Il s'agira principalement de : i) simplifier les outils de planification opérationnelle ; ii) rendre disponible, consolider et diffuser l'information financière au moment opportun ; iii) respecter le cycle de planification opérationnelle ; et iv) rendre disponible l'information sur la mise en œuvre des PAO.
- Élaboration d'une politique nationale de recherche sur le système de santé avec identification de thèmes prioritaires. Un plan de recherche consolidé sera élaboré sur la base des priorités de différents services et structures du MSP. Un soutien sera apporté au comité d'éthique pour qu'il soit encore plus fonctionnel et financièrement indépendant.

Le renforcement des mécanismes d'inspection-contrôle pour un meilleur suivi de l'application des normes et directives du secteur. Les actions suivantes seront menées durant les 4 prochaines années en vue du renforcement des mécanismes de suivi de l'application des normes et directives via des structures d'inspection :

- Renforcement des compétences du personnel de l'IGS et des IPS dans l'inspection-contrôle ;
- Actualisation des directives, procédures et outils d'inspection-contrôle ;
- Appui au fonctionnement coordonné de l'inspection-contrôle ;
- Structuration de la rétroaction concernant les missions d'inspection-contrôle en vue de l'élaboration ou de l'actualisation des politiques, directives et normes.

Le renforcement de la coordination du secteur de la santé

Deux actions seront menées pour le renforcement de la coordination sectorielle :

- **Redynamisation de la fonctionnalité des organes de coordination à différents niveaux (CNP-SS, CPP-SS, CA).** L'accent sera mis sur la restructuration du CNP-SS et des CPP-SS pour un meilleur dialogue sur les priorités, et l'intégration des autres structures de coordination, notamment le CCM-RDC et le CCIA. Les commissions techniques du CNP-SS serviront de cadres de concertation et de suivi pour les décisions des organes de pilotage.
- **Renforcement des mécanismes de suivi-évaluation et de redevabilité.** L'accent sera mis sur : i) la mise en place de la plateforme de suivi-évaluation et de redevabilité (organisation régulière de revues et évaluations conjointes) ; et ii) le renforcement du partenariat avec les communautés, et l'intégration du privé.

5.3.2. Implication du MSP dans la mise en œuvre des stratégies des autres secteurs

Ce résultat vise l'amélioration du travail du secteur de la santé avec les autres secteurs ciblés pour promouvoir le bien-être de la population. Un accent particulier sera mis sur la collaboration intersectorielle, étant donné que l'atteinte de plusieurs résultats en santé est tributaire de l'implication des autres secteurs. Deux actions seront menées au cours des 4 prochaines années : i) la mise en place et / ou le renforcement des cadres de concertation intersectorielle ; et ii) la mise en œuvre concertée des actions conjointes avec les autres secteurs.

Mise en place / renforcement des cadres de concertation intersectorielle

Il est envisagé de mettre en place et / ou de renforcer les cadres de concertation intersectorielle existants, et d'améliorer les mécanismes de fonctionnalité et de redevabilité, pour trouver des solutions aux problèmes qui minent le système de santé. Il s'agit des cadres de concertation sur les RHS, les médicaments, le financement et les déterminants sociaux de la santé.

Mise en œuvre des actions conjointes pour agir sur les déterminants sociaux de la santé

Il sera question d'actualiser et de mettre en œuvre les plans d'actions conjoints entre le secteur de la santé et les autres secteurs, notamment en ce qui concerne la promotion de la sécurité alimentaire et la lutte contre la malnutrition, l'amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'hygiène et de l'assainissement, ainsi que l'amélioration de l'accès des populations marginalisées aux services et soins de santé.

6. Coûts et financement du PNDS

Ce chapitre présente les coûts et les perspectives de financement du PNDS 2020-2022.

6.1. Estimations des coûts des axes et actions prioritaires

Les estimations des coûts des interventions et actions du PNDS sont alignées sur la structure du budget-programme du ministère de la Santé. De manière spécifique, cet alignement vise à :

- 1) Traduire le budget de moyen en budget programme pour faciliter sa lecture ;
- 2) Faire le lien entre l'opérationnalisation des axes stratégiques du PNDS et le budget du ministère de la Santé ;
- 3) S'assurer que les ressources mises à la disposition du ministère financent effectivement la mise en œuvre du PNDS recadré ;
- 4) Faire le lien entre les résultats attendus du PNDS et l'utilisation des ressources disponibles ;
- 5) Capitaliser l'ensemble des financements qui interviennent dans le secteur de la santé (y compris ceux des bailleurs) et les classer selon les axes stratégiques du PNDS ;
- 6) Assurer une allocation budgétaire en fonction des actions prioritaires et des objectifs recherchés ;
- 7) Permettre au ministère de la Santé d'orienter et d'encadrer l'intervention de ses partenaires vers ses priorités ; et
- 8) Permettre au ministère de la Santé d'assurer un suivi efficace de la mise en œuvre des priorités du PNDS.

6.1.1. Coût estimé des interventions prioritaires de l'axe 1

Pour estimer le coût total du paquet de soins de la CSU formulé par les experts, le MSP, avec l'appui des consultants de la Banque mondiale, a employé le logiciel OneHealth Tool (OHT). L'OHT estime le coût unitaire de chacune des interventions incluses dans le paquet, à partir d'hypothèses sur les intrants requis (ressources humaines, médicaments, frais de transport, équipement, infrastructure, etc.). L'utilisation de ces interventions est obtenue en multipliant la population cible des interventions par le taux de couverture attendu dans chaque année (soit sur la base du taux de prévalence, soit sur la base d'estimations par des experts). Le coût total est obtenu en multipliant le coût unitaire de chaque intervention par l'utilisation attendue. La logique de cet outil est décrite schématiquement à la figure 14, ci-dessous.

Le coût espéré ou attendu du paquet de la CSU est présenté dans le **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** en millions de dollars.

Pour la durée du PNDS 2019-2022, le coût total standard / attendu des interventions de l'axe stratégique 1 serait de 6,637 milliards de dollars. Plus précisément, le coût total du paquet de SRMNIA serait de 4,799 milliards pour les 4 années, celui de la SRMNIA avec les maladies endémiques et les maladies non-transmissibles, de 6,550 milliards, et le même paquet, en ajoutant un coût supplémentaire couvrant les épidémies, serait de 6,637 milliards de dollars. Il convient de préciser que ces coûts correspondent à un scénario d'accroissement, généralement entre 1 % et 3 % par an, de la couverture, tel que présenté dans l'annexe 1. Il faut noter cependant que le coût du paquet C (en ajoutant le coût incrémental dû aux épidémies) a été calculé à partir du coût du plan d'urgence, et non à l'aide de l'outil OHT. Les coûts des 3 paquets sont estimés annuellement, et par personne, dans le tableau 5.

Figure 15 : Schéma du calcul du coût du paquet prioritaire de soins de la CSU en RDC

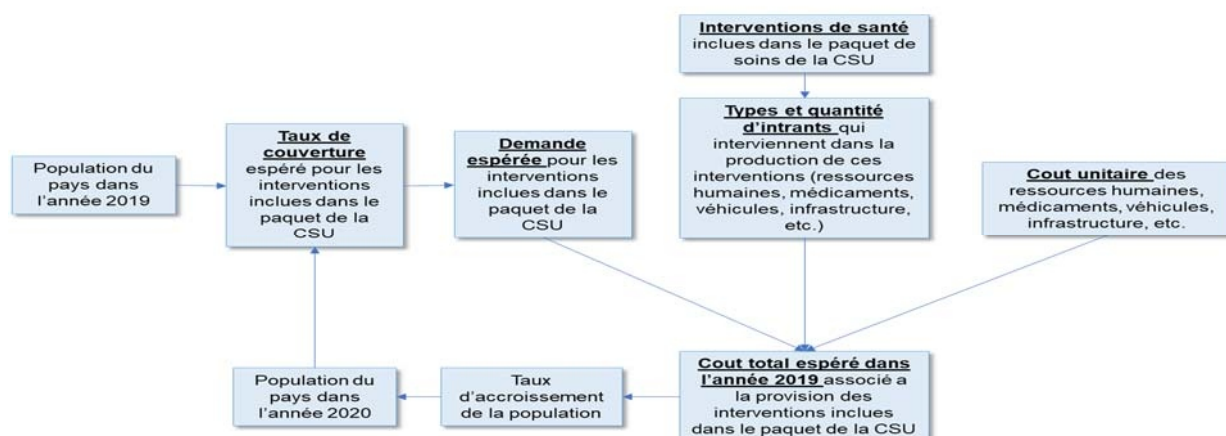


Tableau 6 : Coût espéré total, et par habitant, du paquet de soins, 2018-2022 (millions de dollars)

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
A. Paquet de SRMNIA	618	834	1057	1319	1589	4799
Coût des médicaments	347	388	432	477	524	1819
Coût salarial	168	307	450	622	800	2177
Coût récurrent	103	139	176	220	265	798
Coût projeté par personne (dollars)	8,11	10,35	12,51	14,92	17,25	
B. Paquet de SRMNIA + maladies endémiques + maladies non-transmissibles	840	1131	1499	1780	2139	6550
Coût des médicaments	477	536	646	667	736	2585
Coût salarial	223	406	603,8	817	1047	2874
Coût récurrent (20 % en plus)	140,1	187	250	297	357	1092
Coût projeté par personne (dollars)	10,6	13,5	17,1	19,5	22,5	
Santé maternelle, reproductive, néonatale	184	272	355	450	543	1621
Santé de l'enfant	194	297	412	552	702	1963
Immunisations	240	265	290	317	343	1215
Malaria	38	46	124	65	74	308
Tuberculose	13	19	24	30	35	109
VIH / sida	61	72	82	92	103	348
Nutrition	69	112	157	211	267	747
Maladies non transmissibles	41	48	55	64	72	239
C. Paquet de SRMNIA + maladies endémiques + maladies non-transmissibles + Ebola / épidémie	841	1175	1499	1824	2139	6638

6.1.2. Coût estimé des actions prioritaires de l'axe 2

Les coûts des actions prioritaires de cet axe concernent les investissements dans les différents piliers d'appui aux prestations, notamment le développement des ressources humaines, les médicaments, les infrastructures et équipements, ainsi que l'information sanitaire, et l'amélioration du financement de la santé dans le but d'améliorer les indicateurs de santé maternelle, infantile et adolescente, du contrôle du VIH / sida, de la tuberculose et de la malaria, des maladies non-transmissibles prioritaires, ainsi que la protection financière pour les ménages. Ces interventions concernent toutes les provinces, et leur financement est indispensable pour la mise en œuvre des composantes du paquet de soins. Les piliers des ressources humaines et du médicament ne prennent pas en considération le coût des ressources humaines et des médicaments et intrants associés à l'axe 1. Le coût total de l'axe 2 revient à 2,589 milliards de dollars entre 2019 et 2022, de sorte qu'il est 2,5 fois moins élevé que le coût de l'axe 1. Le facteur principal du coût de l'axe 2 est la composante 2, consacrée aux ressources humaines, et qui coûte 1,536 milliards de dollars sur 4 ans.

Tableau 7 : Synthèse des coûts des actions prioritaires de l'axe 2 du PNDS 2019-2022, en dollars

Programmes / Sous- Programmes / Actions	2019	2020	2021	2022	Total
Ressources humaines	383 923 380	383 923 380	383 923 380	383 923 380	1 535 693 522
Amélioration de la disponibilité et de la fidélisation des RHS	383 053 910	383 053 910	383 053 910	383 053 910	1 532 215 642
Amélioration de la formation de base	443 820	443 820	443 820	443 820	1 775 280
Compétences des prestataires	425 650	425 650	425 650	425 650	1 702 600
Médicaments	136 909 415	130 470 000	129 945 000	129 845 000	527 169 415
Chaîne d'approvisionnement et renforcement du SNAME	132 428 000	128 138 000	128 128 000	128 128 000	516 822 000
Amélioration de la qualité des médicaments et régulation	4 481 415	2 332 000	1 817 000	1 717 000	10 347 415
Financement	62 280 000	88 930 000	132 930 000	176 930 000	461 070 000
Accroître les ressources financières disponibles	250 000	200 000	200 000	200 000	850 000

Optimiser l'utilisation des ressources	61 830 000	88 330 000	132 330 000	176 330 000	458 820 000
Assurances maladies et réduction des barrières financières à l'accès aux services	200 000	400 000	400 000	400 000	1 400 000
Infrastructure	23 062 000	18 062 000	10 562 000	10 562 000	62 248 000
Modernisation des infrastructures et équipements	22 750 000	17 750 000	10 250 000	10 250 000	61 000 000
Renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements	312 000	312 000	312 000	312 000	1 248 000
Information sanitaire	646 116	801 116	726 116	651 116	2 824 464
Analyse et production de l'information sanitaire	10 000	75 000	-	-	85 000
Complétude, promptitude et exactitude des données collectées	434 000	524 000	524 000	449 000	1 931 000
Diffusion de l'information sanitaire	202 116	202 116	202 116	202 116	808 464
Total pour l'axe 2	606 820 911	622 186 496	658 086 496	701 911 496	2 589 005 401

6.1.3. Coûts estimés des actions prioritaires de l'axe 3 du PNDS 2019-2022

Les coûts des actions prioritaires pour le renforcement de la gouvernance et la coordination du secteur sont repris dans le tableau 7 ci-dessous. L'axe 3 présente un coût de 8 758 000 dollars, très faible en comparaison des coûts des axes 1 et 2 (6,638 et 2,589 milliards, respectivement).

Tableau 8 : Coûts des actions prioritaires de l'axe 3 du PNDS 2019-2022, en dollars

Programmes / Actions	2019	2020	2021	2022	Total
Renforcement des capacités institutionnelles du MSP	86 000	16 000	16 000	16 000	134 000
Renforcement des mécanismes d'inspection-contrôle pour un meilleur suivi de l'application des normes et directives du secteur	373 000	415 000	365 000	365 000	1 518 000
Renforcement de la coordination du secteur de la santé	1 771 500	1 756 500	1 756 500	1 756 500	7 041 000
Renforcement de la collaboration intersectorielle	5 000	50 000	5 000	5 000	65 000
Total pour l'axe 3	2 235 500	2 237 500	2 142 500	2 142 500	8 758 000

Le coût total du PNDS sur 4 ans est de 9235 millions de dollars (ou 9,235 milliards de dollars), soit 27 dollars par personne (en se basant sur un accroissement de la population de 3 % par an).

Tableau 9 : Coûts totaux du PNDS en millions de dollars

	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Coût total de l'axe 1	1175	1499	1824	2139	6638
Coût total de l'axe 2	607	622	658	702	2589
Coût total de l'axe 3	2,2	2,2	2,1	2,1	8,8
Coût total du PNDS (millions de dollars)	1784	2124	2484	2843	9235

Source : Calculs des auteurs.

6.2. Ressources disponibles pour le PNDS 2019-2022

6.2.1. Cadrage macroéconomique et défi pour le financement du PNDS 2019-2022

Les dépenses de santé par habitant en 2019 seront probablement de l'ordre de 27 dollars. Le coût estimé pour les interventions des axes stratégiques 1, 2, et 3 pour l'année 2019 est de 22,14 dollars. Cela veut dire que 82 % des ressources disponibles pour la santé en 2019 devraient être alloués au financement du paquet de soins. Le reste serait disponible pour financer toutes les autres dépenses en santé du pays.

La préoccupation est de savoir si la RDC pourra financer un tel paquet. Pour répondre à cette question nous avons réalisé une projection du financement dont disposera le pays pour la santé, en nous appuyant sur la projection d'un accroissement du PIB, de la partie du PIB allouée aux dépenses publiques, et de la partie des dépenses publiques allouée à la santé, en supposant que le financement provenant des ménages diminue au fur et à mesure de l'augmentation de l'effort du gouvernement pour financer la santé, et que le financement des PTF reste constant en dollars au cours des prochaines années.

6.2.2. Espace budgétaire pour la CSU

Un espace budgétaire est défini par cinq actions politiques différentes, qui peuvent élargir le montant du financement public disponible pour les services sanitaires :

1. La promotion de la croissance économique et des améliorations dans la collecte d'impôts, qui, combinées, signifient une augmentation du financement public disponible ;
2. La réallocation du financement gouvernemental en faveur des dépenses de santé, plutôt que d'autres usages ;
3. L'adoption de nouveaux impôts ou d'autres moyens de collecte de revenus, et leur allocation exclusive aux dépenses de santé ;
4. L'obtention de subventions ou prêts nouveaux pour la santé auprès d'organisations internationales de développement ;
5. La mise en œuvre de mesures visant à dégager davantage de financement, à partir du financement existant, en améliorant l'efficacité des dépenses actuelles.

6.2.3. Prévisions de financement par sources

Tableau 10 : Projections macro-économiques et du financement de la santé en RDC

Indicateur	2018	2019	2020	2021	2022
PIB nominal (francs congolais x 10 ⁹)	48 132	53 469	59 409	66 019	73 379
Accroissement nominal du PIB (%)	12,4 %	11,1 %	11,1 %	11,1 %	11,1 %
Accroissement réel du PIB (%)	6,4 %	5,7 %	5,5 %	5,4 %	5,2 %
Déflateur du PIB (%)	5,6 %	5,1 %	5,3 %	5,4 %	5,6 %
Déflateur du PIB cumulatif (déc. 2011=1,00)	1,30	1,37	1,44	1,52	1,60
PIB réel (milliards de francs congolais de 2014)	40 618	42 934	45 315	47 757	50 258
PIB par habitant (dollars courants)	620	649	678	708	738
Inflation aux États-Unis	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %
PIB nominal (millions de dollars courants)	48 493	52 303	56 329	60 577	65 049
PIB réel (millions de dollars de 2014)	44 271	46 794	49 389	52 052	54 777
Taux de change (francs congolais contre dollars)	993	1022	1055	1090	1128
Population (millions)	78,3	80,6	83,0	85,5	88,1
Accroissement de la population (%)	3,00 %	3,00 %	3,00 %	3,00 %	3,00 %
Dépenses totales du gouvernement (DTG) en tant que % du PIB	14,9 %	15,0 %	15,5 %	16,0 %	16,5 %
Dépenses du gouvernement en santé en tant que % des DTG (%)	7,0 %	7,0 %	7,1 %	7,1 %	7,2 %
Dépenses totales en santé (DTS, millions de dollars de 2014)	2031,8	2174,4	2081,6	2133,7	2198,2
Gouvernement	459,6	492,9	541,7	593,9	649,4
Ménages	787,0	839,3	800,7	817,9	839,7
Coopération	785,2	842,2	739,1	721,9	709,1
DTS par habitant (dollars de 2014)	26,0	27,0	25,1	24,9	25,0
Gouvernement	5,9	6,1	6,5	6,9	7,4
Ménages	10,1	10,4	9,6	9,6	9,5
Coopération	10,0	10,4	8,9	8,4	8,1

D'après les conditions macroéconomiques évoquées et l'espace fiscal estimé, entre 2019 et 2022, le financement total disponible (ou les ressources disponibles) pour le PNDS serait de 8588 millions ou 8,588 milliards de dollars. 38 % en serait financé par les ménages, 37 % par le gouvernement et 25 % par l'aide extérieure.

Tableau 11 : Sources de financement disponible 2019-2022 (millions de dollars)

	2019	2020	2021	2022	Total
Gouvernement	493	542	594	649	2278
Ménages	839	801	818	840	3298
Aide externe	842	739	722	709	3012
Total	2174	2082	2134	2198	8588

Les options en vue d'équilibrer le financement disponible et les coûts prévus, comprennent les suivantes : 1) réduire les interventions ou la couverture du paquet de soins ; 2) augmenter davantage la partie du budget public allouée à la santé ; 3) augmenter l'efficacité du secteur de la santé de manière à réduire les coûts tout en préservant la qualité et la quantité des soins à fournir.

Tableau 12 : Financement disponible 2019-2022 (millions de dollars)

Source de financement	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Gouvernement	493	542	594	649	2278
Ménages	636	595	590	571	2392
Fondation Gates	-	-	-	-	-
Suède	1	-	-	-	1
Belgique	1	1	-	-	2
DFID	42	-	-	-	42
France	-	-	-	-	-
Suisse	4	4	-	-	7
Belgique Enable / CTB	19	13	13	-	45
UNICEF	179	179	179	179	714
GAVI	29	1	1	1	31
EU	41	34	28	28	131
Banque mondiale	125	125	125	125	500
USAID	179	179	179	179	716
Fonds mondial	193	193	193	193	774
FNUAP	17	10	3	3	32
OMS	0,5	0,5	0,5	0,5	2
TOTAL	2174	2082	2134	2198	8588

Source : Données GIBS, 2018.

Les informations concernant les financements de bailleurs ont été partagées par le GIBS. Les informations ont été mises en correspondance avec les 6 piliers du système de santé. L'équipe de rédaction du PNDS les a alignées avec les 3 axes du PNDS 2019-2022 sur la base de la description des projets, il peut donc y avoir des imprécisions. Certains bailleurs n'ont donné de financement ou d'informations budgétaires que pour 2019. L'équipe de rédaction, après vérification et discussion avec les bailleurs, a estimé que leur contribution serait la même pour les 3 prochaines années, comme dans le cas de l'USAID par exemple.

Ces informations sont primordiales, car elles s'intègrent dans la structure du budget programme. Le ministère de la Santé va soumettre son premier budget programme en 2020 suivant les axes du PNDS. Dans ce cadre-là, le MSP doit indiquer les ressources gouvernementales et extérieures disponibles pour ces axes, afin de déterminer les ressources disponibles pour atteindre les cibles du PNDS, inscrites également dans le budget programme. En l'absence de ces informations, le MSP ne peut pas planifier adéquatement ni mettre en œuvre le PNDS.

6.3 Écart / Gap de financement du PNDS

Sur 4 ans, le financement disponible est de 8588 millions de dollars, mais le coût du PNDS est de 9235 millions de dollars, soit un besoin, ou un écart, de 648 millions de dollars sur 5 ans. Ces besoins se feront surtout ressentir à partir de 2021, soit la 3^e année de la mise en œuvre du PNDS. Cependant ces résultats sont à interpréter avec précaution car les données des bailleurs ne sont pas précises. Par ailleurs, la RDC est un pays politiquement et épidémiologiquement instable, qui peut faire face à une crise politique, épidémiologique ou économique à tout moment, de sorte que cet écart peut se creuser avec l'arrivée de besoins ou de restrictions économiques supplémentaires.

Tableau 13 : Coûts du PNDS 2019-2022, ressources disponibles et écart entre les deux

Disponibilité, coût et écart de financement	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Financement disponible estimé (millions de dollars)	2174	2082	2134	2198	8588
Coût du PNDS (millions de dollars)	1784	2124	2484	2843	9235
Écart de financement	390	-42	-350	-645	-648

Source : Auteurs.

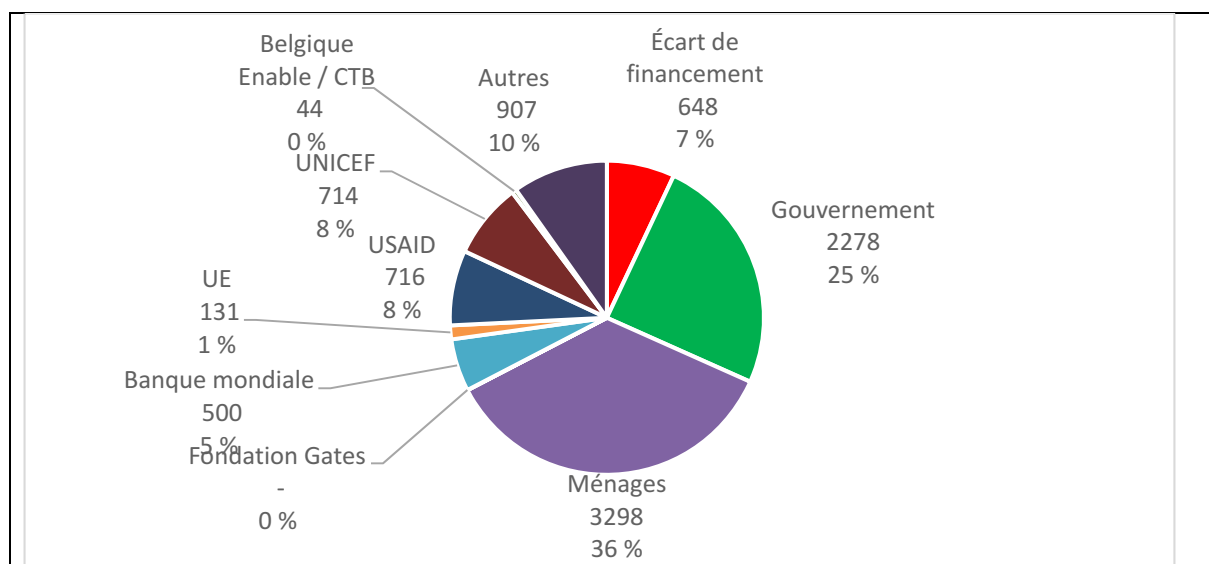
Plus spécifiquement, cet écart est réduit car nous partons du principe que les ménages vont continuer à financer les services de santé, même si nous avons supposé que leur contribution diminuerait avec le temps, avec la mise en place d'un système d'assurance maladie et une meilleure protection des plus pauvres. Ce modèle est conservateur. Un autre modèle consisterait à enlever toute contribution des ménages. L'écart serait alors bien plus important, mais aussi moins réaliste, car il serait difficile à la RDC de mettre en œuvre un système de protection sociale en santé en 4 années.

Tableau 14 : Coûts du PNDS 2019-2022, ressources disponibles par bailleur, et écart

Source et écart de financement	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Coût total	1784	2124	2484	2843	9235
Ressources disponibles					
Gouvernement	493	542	594	649	2278
Ménages	839	801	818	840	3298
Bailleurs	842	739	722	709	3012
Bailleurs princ.					
Banque mondiale	125	125	125	125	500
EU	41	34	28	28	131
USAID	179	179	179	179	716
UNICEF*	179	179	179	179	714
Belgique Enable	19	13	13	-	44
Autres	300	210	199	199	907
Total des ressources disponibles	2174	2082	2134	2198	8588
Écart de financement	-390	42	350	645	648

*Y compris le financement de la fondation Gates.

Figure 16 : Ressources disponibles par source, avec détail des bailleurs et écart du PNDS, 2019-2022



Une comparaison des coûts et ressources disponibles par axe révèle que le déterminant majeur de l'écart est l'axe 2, qui reste négatif jusqu'en 2022. L'écart de financement n'apparaît qu'à partir de 2022 pour le paquet de soins ou l'axe 1. Il y aurait même un surplus de financement les premières années. De nouveau, il convient d'interpréter ces constats avec précaution, car ce surplus provient du financement des ménages. En soustrayant la contribution des ménages, l'écart devient important.

Tableau 15 : Coût, ressources disponibles et écart, par axe du PNDS 2019-2022

	2019	2020	2021	2022	TOTAL
Coût	1175	1499	1824	2139	6638
Financement disponible pour l'axe 1	1705	1657	1714	1784	6859
Gouvernement	476	523	573	627	2199
Ménages	820	783	799	821	3223
Aide externe	408	352	341	336	1437
Écart	529	158	-110	-355	222
Coût	607	622	658	702	2589
Financement disponible pour l'axe 2	266	220	206	179	870
Gouvernement	17	19	21	22	79
Ménages	14	14	14	14	57
Aide externe	423	379	373	364	1538
Écart	-153	-211	-251	-301	-915
Coût	2	2	2	2	2
Financement disponible pour l'axe 3	16	13	13	13	55
Gouvernement	-	-	-	-	-
Ménages	5	4	4	5	18
Aide externe	11	9	8	8	37
Écart	13	11	11	11	46
	390	-42	-350	-645	-648

Figure 17 : Axe 1 : coût, sources de financement et écart de financement, 2019-2022 (millions de dollars)

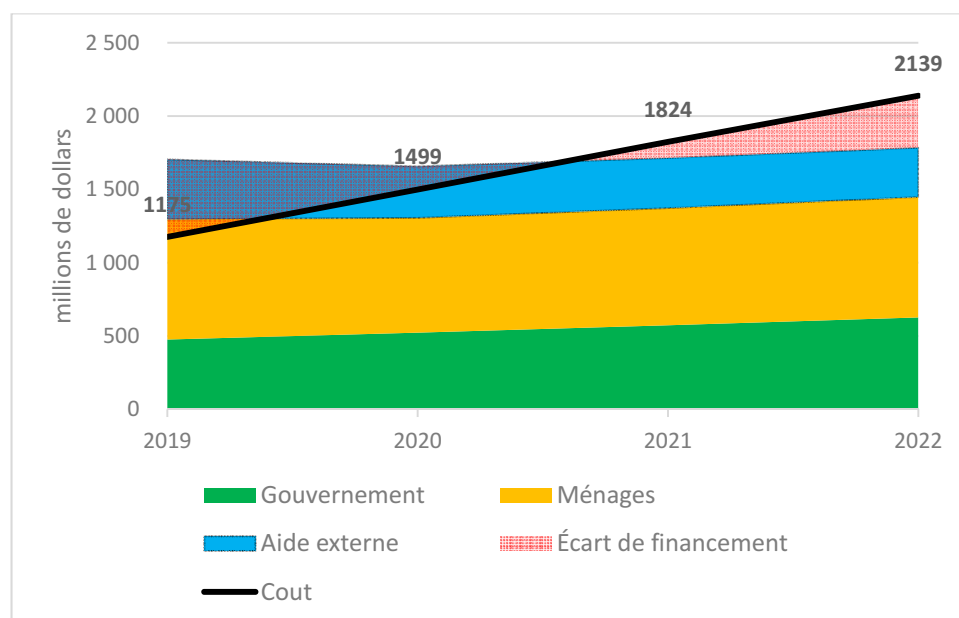
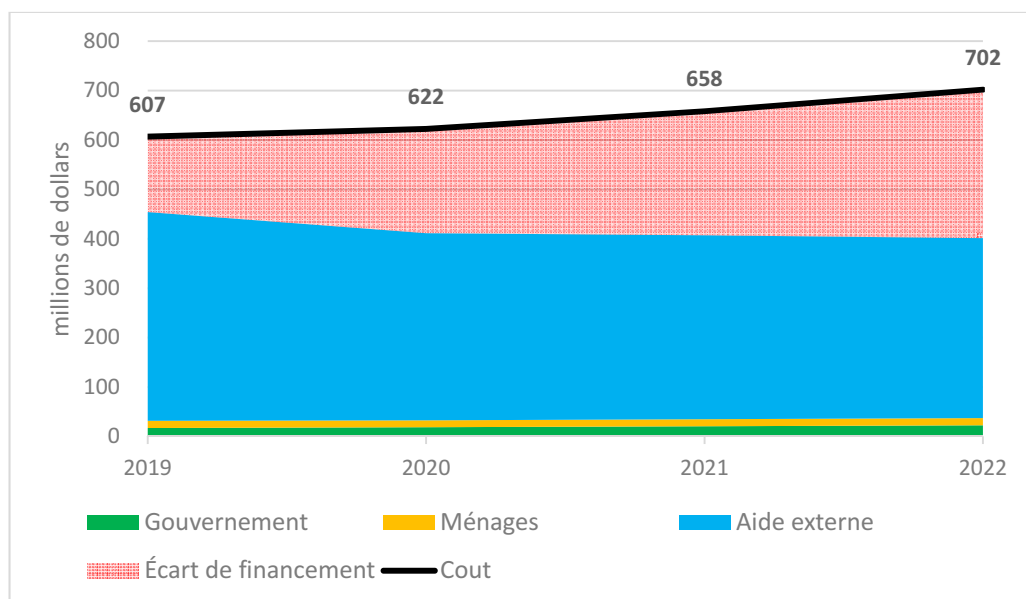


Figure 11 : Axe 2 : coût, source de financement et écart de financement, 2019-2022 (millions de dollars)



7. Mise en œuvre

7.1. Principes directeurs

Le PNDS 2019-2022 de la République démocratique du Congo, s'inscrit dans la vision du Plan National Stratégique pour le Développement. Sa mise en œuvre efficace sera guidée par les principes directeurs suivants :

- **L'unicité du PNDS** : la notion d'unicité renvoie au leadership que le MSP doit garder pour la coordination des interventions au sein du système de santé. Ainsi, ce PNDS constitue l'unique cadre fédérateur de la mise en œuvre de la politique nationale sanitaire.
- **L'appropriation** : ce principe sous-entend que tous considèrent ce plan comme un outil de mise en œuvre de la politique de l'État, et apportent les ressources nécessaires à son opérationnalisation à tous les niveaux.
- **L'implication des communautés et le partenariat quant à l'identification des problèmes et la mise en œuvre** : il s'agit de s'assurer de la prise en compte du point de vue des communautés dans l'organisation de la prestation des services pour plus d'efficacité dans l'atteinte des objectifs.
- **La décentralisation** : la mise en œuvre du PNDS concerne tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le respect de leurs attributions et compétences. Cette décentralisation concerne aussi bien les services de production des soins que les centres de prise de décisions.
- **La redevabilité** : l'obligation de rendre des comptes doit animer tous les acteurs dans la mise en œuvre du PNDS, afin d'instaurer la confiance entre l'État et les partenaires du développement d'une part, et, d'autre part, entre les acteurs et les populations bénéficiaires.
- **La primauté de la satisfaction et de la sécurité du client** : ce principe met en exergue l'attention à porter à la satisfaction des populations par rapport à leurs besoins tout au long de la mise en œuvre du PNDS.
- **L'innovation** : ce principe appelle à un changement de paradigme dans la mise en œuvre du PNDS 2019-2022. Il s'agit non pas de faire de nouvelles choses, mais de faire les choses autrement ; ce qui signifie renoncer au « *business as usual* » et adopter un autre mode de fonctionnement afin d'améliorer la performance des indicateurs. L'innovation ne signifie pas non plus une simple utilisation de nouvelles technologies, il s'agit plutôt de savoir comment utiliser ces outils pour potentialiser les résultats lors de la mise en œuvre du PNDS.

7.2. Décentralisation dans la mise en œuvre et déclinaison du PNDS en PAO

Le PNDS 2016-2020 sera mis en œuvre par les trois niveaux du système national de santé selon les attributions de chacun, de manière à faire participer l'ensemble des parties prenantes, sous la coordination du gouvernement dans un esprit de redevabilité mutuelle. Les actions envisagées pour les différents piliers feront l'objet de plans sous-sectoriels adaptés. Il s'agit notamment du plan de développement des ressources humaines, du plan d'approvisionnement en médicaments, vaccins et intrants de santé, du plan de réhabilitation et équipement des infrastructures sanitaires, du plan de renforcement de l'information sanitaire du SNIS, etc.

La mise en œuvre coordonnée du PNDS 2019-2022 passe par sa déclinaison en plans d'actions opérationnels (PAO) à différents niveaux et reprenant les activités clés liées à ses attributions. Chaque niveau du système sanitaire national élaborera, chaque année, un plan de mise en œuvre

du PNDS pour une programmation annuelle des actions prioritaires, et ce plan servira de cadre pour l'alignement des interventions et des ressources. Les PAO des zones de santé seront axés sur la mise en œuvre des interventions du PMA et du PCA. Les actions des provinces se focaliseront sur la coordination et l'encadrement des zones de santé. Le niveau central s'occupera de la normalisation, de la régulation et de l'encadrement des provinces.

La mise en œuvre de ces PAO se fera dans la logique du contrat unique endossé par le MSP et ses PTF pour appuyer les structures dans l'exécution de leurs missions dans une vision de synergie et complémentarité. Le contrat unique vise une approche de mise en commun des ressources disponibles pour soutenir la mise en œuvre du PAO d'une structure (DPS, direction). Les lignes directrices pour la défragmentation associent une planification consensuelle comme soubassement des appuis, un financement structurel mettant en commun les ressources disponibles, un contrat unique comme outil de redevabilité entre les acteurs et un cadre de performance.

La budgétisation de ces PAO sera orientée par les estimations du PNDS 2019-2022 incluant les coûts actualisés du paquet de SRMNIA+N et des autres interventions systémiques, ainsi que des informations financières (ressources disponibles de l'État et des bailleurs) renseignées à travers la cartographie des financements. Les provinces développeront une cartographie détaillée pour trianguler les informations obtenues au niveau national et confirmer les besoins financiers de toutes les provinces.

7.3. Responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020

Les responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 sont réparties entre les différentes prenantes, notamment les structures gouvernementales, les PTF et la société civile.

7.3.1. Les structures gouvernementales

Le niveau central se concentrera sur son rôle d'élaboration et de vulgarisation des politiques, stratégies sectorielles, textes légaux et réglementaires, et normes pour la gestion du secteur. Il poursuivra également le développement des structures de référence nationale à travers la rationalisation des hôpitaux et des laboratoires nationaux. Une attention sera portée à l'élaboration de la carte sanitaire du pays. Le niveau central devra également s'occuper de l'accompagnement et de l'encadrement des provinces dans leur rôle d'organisation des SSP, de suivi et évaluation des projets et dans la production de l'information stratégique, tâches qui exigent que soit finalisée la réforme du niveau central. Un rôle clé du niveau central sera aussi d'assurer la mobilisation et la mise à disposition des ressources.

Le niveau provincial travaillera sous la coordination du ministre provincial ayant la santé dans ses attributions. Il assurera ses prérogatives à travers les DPS et l'IPS.

Les DPS assureront un encadrement de proximité des zones de santé pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Pour ce faire, elles traduiront également en instructions opérationnelles les normes et directives édictées par le niveau central, et coordonneront toutes les actions sanitaires dans son rayon de responsabilité. Elles devront, de plus, faire le suivi des performances des zones de santé par rapport aux cibles des interventions prioritaires.

Les inspections provinciales de santé en tant que service déconcentré du pouvoir central, seront chargées essentiellement de contrôler la conformité et le respect de l'application des politiques, des stratégies, des normes, lois, règlements, etc.

Le niveau opérationnel, constitué par les zones de santé, représente le lieu d'exécution des prestations des services et soins en vue d'atteindre les résultats du PNDS. Il met en œuvre le PNDS à travers son Plan de Développement Sanitaire de la Zone de Santé (PDSZ) et son Plan d'Action Opérationnel (PAO). À ce niveau, une attention particulière devra être accordée à l'amélioration de la couverture sanitaire, à l'extension des interventions prioritaires et à leur accessibilité par les populations.

Les autres secteurs connexes seront impliqués dans les activités intersectorielles en lien avec les secteurs de l'eau, de l'éducation, de l'hygiène, de la nutrition et du changement de comportement et de mode de vie afin d'influer sur les déterminants de la santé. Ces différents secteurs participeront aux travaux du CNP-SS, des CPP-SS et des Conseils d'Administration (CA) des zones de santé. Les ministères de la Justice et de l'Intérieur seront mis à contribution pour l'assainissement du secteur médico-pharmaceutique et dans le travail de l'enregistrement des faits d'état civil.

7.3.2. Les partenaires techniques et financiers

Les partenaires techniques et financiers apporteront leur appui technique selon leur avantage comparatif et contribueront à la mobilisation et à la mise à disposition des ressources pour la mise en œuvre du PNDS dans la vision de la gestion axée sur les résultats et la redevabilité. Les partenaires seront impliqués, à toutes les étapes du processus de planification, dans le renforcement des capacités techniques des structures nationales chargées de la mise en œuvre des interventions prioritaires, dans la mobilisation des ressources extérieures pour la réalisation des résultats du PNDS et dans le suivi et l'évaluation conjointe du PNDS et des PPDS à travers les Commissions et Groupes de travail du CNP-SS et des CPP-SS. Les partenaires pourront, le cas échéant, mobiliser des expertises externes pour appuyer les structures nationales et analyser l'efficacité et l'efficience de l'utilisation des ressources allouées au secteur.

7.3.3. La société civile et le secteur privé

Les confessions religieuses, les ONG de santé, les ordres et les associations professionnelles, poursuivront leur partenariat avec le gouvernement en tant qu'acteurs sanitaires. Ils participeront à toutes les étapes, de l'élaboration à l'évaluation, y compris la mobilisation de ressources additionnelles pour la santé.

Les confessions religieuses veilleront à la participation effective de leurs formations sanitaires à la réalisation des priorités sanitaires nationales par la mise en œuvre des SSP. Elles signeront un accord-cadre avec le MSP.

Les ONG de santé participeront au renforcement des capacités communautaires. Les ONG internationales se mettront en réseau avec les ONG nationales en vue de renforcer les capacités de ces dernières. Le gouvernement aura pour rôle d'accréditer les ONG, tant celles dites de développement que celles dites humanitaires.

Les Ordres et Associations de professionnels de santé joueront le rôle d'auxiliaires du ministère de la Santé publique pour veiller au code de déontologie et appuyer le recensement des différents corps de métier par un suivi des mouvements du personnel de santé. Leur participation active au développement du secteur de la santé doit être garantie en prenant une part active aux commissions techniques du CNP-SS et aux groupes de travail des CPP-SS. L'un des domaines où ils peuvent jouer un rôle est celui de l'accréditation des structures.

Les syndicats de professionnels et personnels de santé seront en concertation régulière avec le ministère de la Santé publique pour s'assurer du respect des obligations contractuelles par l'employeur-État 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 voix aux différentes évaluations de la performance du secteur.

7.4. Conditions de succès / Gestion des risques

Au regard des faiblesses déplorées concernant la mise en œuvre des plans sectoriels les années antérieures, les trois conditions suivantes sont nécessaires pour garantir la réussite quant à la mise en œuvre, ainsi que le succès face aux attentes fondées sur ce nouveau PNDS. Il s'agit, entre autres, des aspects suivants :

- Pertinence programmatique, via une planification cohérente et consensuelle, avec des cibles mesurables ;
- Soutenabilité de la mise en œuvre, via la mobilisation et le déploiement des ressources en temps réel, pour permettre une mise en œuvre effective des interventions prioritaires ;
- Effectivité d'un mécanisme structuré d'accompagnement de la mise en œuvre, et suivi cohérent des performances permettant d'apporter les réajustements nécessaires à temps.

La mise en œuvre de ce PNDS ne peut être garantie qu'en cas de paix et de stabilité du cadre macroéconomique. En cas de situation d'urgence et de catastrophes naturelles, les ressources seront réorientées pour assurer le maintien de la santé des populations. En cas de mobilisation non optimale des ressources, il sera envisagé une repriorisation et une révision des cibles, pour assurer le minimum requis pour la survie des communautés ainsi que la sécurité sanitaire.

7.5. Plan de communication

La mise en œuvre du PNDS 2016-2020 réservera une place de choix à la communication entre les différents niveaux. La communication dont il est question se fera dans un but triple : i) vulgariser le PNDS, les résultats attendus, et les programmes et interventions prioritaires à des fins d'appropriation par les différentes parties prenantes ; ii) soutenir les prestations dans le sens de la promotion d'un mode de vie sain et d'un changement de comportement ; et iii) assurer la visibilité des actions menées dans le secteur.

Un plan de communication sera élaboré pour décrire les axes de travail et les actions prioritaires à mettre en œuvre pour accompagner la mise en œuvre du PNDS aux trois niveaux de la pyramide sanitaire du pays. Dans le contexte actuel du processus de décentralisation, il est impératif d'instaurer une communication harmonieuse entre les niveaux central et provincial, dans l'intérêt premier de la santé de la population, en attendant que des textes réglementaires appropriés viennent combler le vide actuel.

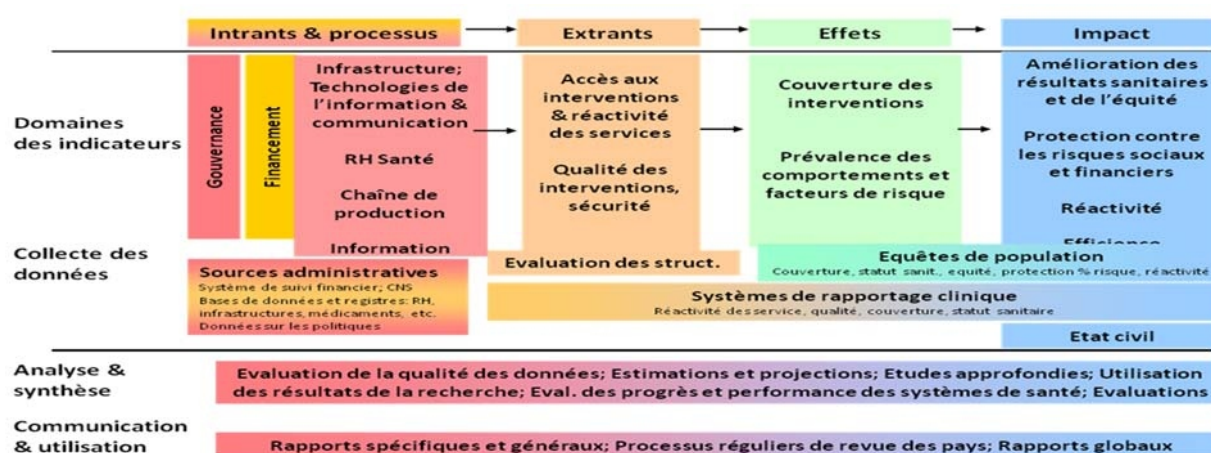
8. Cadre de suivi et d'évaluation et de redevabilité

8.1. Considérations générales

Ce cadre de suivi et d'évaluation et de redevabilité est basé sur la logique d'une gestion axée sur les résultats, qui oblige le ministère de la Santé et ses partenaires à mettre en place un dispositif permettant de générer des informations relatives aux progrès réalisés dans la mise en œuvre du PNDS, de procéder à l'analyse des performances et d'orienter la prise de décision.

Ce cadre est inspiré du cadre de référence de l'IHP+ (OMS : Guide de suivi et évaluation), sur le suivi, l'évaluation et l'analyse des stratégies sanitaires nationales présenté ci-dessous (figure 18). Il décrit les modalités et les indicateurs traceurs permettant d'apprécier l'efficacité, l'efficience ainsi que l'impact des interventions menées dans le secteur de la santé. Il permet de répondre à plusieurs préoccupations, notamment celles de savoir sur quoi, comment et par qui le secteur sera renseigné sur ses réalisations et performances.

Figure 19 : Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+)



8.2. Les indicateurs du Cadre de suivi et d'évaluation du PNDS

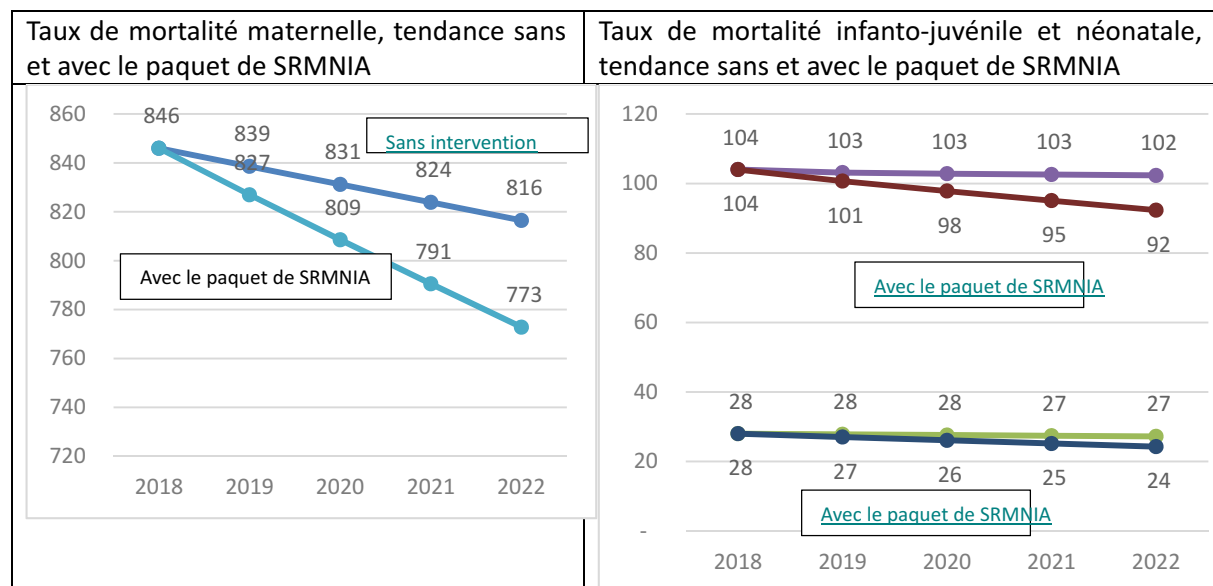
Le cadre de suivi et d'évaluation permettra de faire le point sur l'évolution du secteur de la santé par rapport au PNDS 2016-2020 sur la base de plusieurs types d'informations. Il est assorti d'une liste d'indicateurs qui mesurent les changements souhaités dans le PNDS 2019-2022.

Les indicateurs clés ont été tirés de la liste mondiale des 100 indicateurs sanitaires de base de l'OMS (37). Leur sélection a également tenu compte de leur pertinence par rapport aux axes du PNDS aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que de leur faisabilité. Ainsi répondent-ils aux critères suivants :

- Validité : l'indicateur mesure ce qu'il est supposé mesurer ;
- Fiabilité : même si différentes personnes utilisent l'indicateur à différents moments et dans des circonstances différentes, le résultat sera le même ;
- Sensibilité : l'indicateur capte le changement dans le phénomène concerné ;
- Spécificité : l'indicateur reflète le changement, uniquement dans la situation ou pour le phénomène concerné.

D'après les estimations du paquet de soins de SRMNIA, il est prévu que le taux de mortalité maternelle diminue de 846 à 773 décès pour 100 000 naissances vivantes de 2018 à 2022 (soit une diminution de 5 %), que le taux de mortalité des moins de 5 ans diminue de 102 à 92 décès pour 1000 naissances (-11 %) et que le taux de mortalité néo-natale diminue de 27 à 24 décès pour 1000 naissances vivantes (-13 %).

Figure 20 : Projection de l'évolution des mortalités (maternelle, infanto-juvénile et néonatale) sans et avec le paquet de SRMNIA-N



Source : Calculs des auteurs. Estimations à l'aide de l'outil OneHealth avec un taux de couverture augmentant de 2 points de pourcentage en moyenne chaque année.

Le tableau ci-dessous reprend la dénomination de l'indicateur, la valeur de base ainsi que les valeurs cibles au terme de chaque année de mise en œuvre du PNDS, la source et le responsable qui devra renseigner sur chaque indicateur.

Tableau 16 : Indicateurs du cadre de suivi et d'évaluation avec leurs sources de données et valeurs cibles

N°	Domaine	Nom de l'indicateur	Valeur de base (source, année)	Cible 2019	Cible 2020	Cible 2021	Cible 2022	Fréquence de mesure	Source	Ventilation	Responsabilité / programme
Axe 1. Amélioration des prestations et continuité des soins de qualité											
1	SRMNIA	Ratio de mortalité maternelle	846 / 100 000 NV, EDS 2013	827	809	790	773	Quinquennale	Enquête EDS	Âge et DPS	PNSR / INS
2	SRMNIA	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	104 %	101	98	95	92	Quinquennale	Enquête EDS		PNSR / INS
3	SRMNIA	Taux de mortalité néonatale	28 %	27	26	25	24	Quinquennale	Enquête EDS	Âge et sexe	PNSR / INS
3	SRMNIA	Proportion des enfants de moins de 1 an complètement vaccinés	45 % EDS 2013	53 %	55 %	57 %	59 %	Biannuelle	Enquête (MICS et EDS)	par DPS	PEV
4	SRMNIA	Disponibilité adéquate du vaccin	33 % Rapport PEV	33 %	80 %	85 %	90 %	Annuelle	Routine	par DPS	PEV
5	SRMNIA	Taux de fécondité des adolescents	138 ‰	135 %	130 %	125 %	120 %	Quinquennale	Enquête EDS	par DPS	PNSA
6	SRMNIA	Prévalence de l'utilisation du préservatif chez les adolescents	26 %	30 %	35 %	40 %	45 %	Quinquennale	Enquête EDS	par DPS	PNSA
7	SRMNIA	Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé la CPN 4	52 %, RA PNSR 2014	55 %	57 %	59 %	61 %	Annuel	Routine	par DPS	PNSR
8	SRMNIA	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	80 %, RA PNSR 2014	82 %	84 %	86 %	88 %	Annuel	Routine	par DPS	PNSR
9	SRMNIA	Nombre d'enfants de moins de 5 ans malnutris chronique	6 627 498 (42,7 %, EDS 2013-2014)	7 913 579	7 062 915	6 881 570	6 682 988	Annuelle	Données de routine	Âge, sexe, DPS	PRONANUT
10	SRMNIA	Nombre des enfants de 6-59 mois qui ont reçu les suppléments en vitamine A	15 284 426, Rapport PRONANUT 2017	17 938 397	18 476 548	19 030 845	19 601 770	Annuelle	Données de routine	Âge, sexe, DPS	PRONANUT
11	SRMNIA	Nombre d'enfants de 6-23 mois qui reçoivent une diversité alimentaire minimale (4 groupes d'aliments)	840 142 enfants de 6-23 mois soit (18,4 %, EDS 2013-2014)	1 090 405	1 123 117	1 156 811	1 489 394	Annuel	Données de routine	Âge, sexe, DPS	PRONANUT
12	SRMNIA	Prévalence contraceptive moderne des femmes en âge de procréer	8 %, EDS 2014	10 %	11 %	12 %	13 %	Bi-annuelle	Enquête	Par DPS	PNSR
13	TB	Taux d'incidence de la tuberculose	322 pour 100 000 Global Report TB 2018	320 pour 100 000	319 pour 100 000	318 pour 100 000	317 pour 100 000	Annuelle	Données de routine, notification	Âge et sexe, DPS	PNLT

14	TB	Taux de détection de la tuberculose par rapport aux cas estimés	57 %, Global report TB 2018	57 %		59 %	61 %	63 %	Annuelle	Données de routine, notification	Âge et sexe, DPS	PNLT
15	TB	Taux de succès thérapeutique pour la tuberculose	89 %, Global report TB 2018	91 %		92 %	93 %	94 %	Annuelle	Données de routine, notification	Âge et sexe, DPS	PNLT
16	PALU	Taux d'incidence du paludisme	134 %, RA PNLP, 2014	123 %		102 %	80 %	24	Annuelle	Routine / notification	Âge, sexe, DPS	PNLP
17	VIH	Nombre de malades VIH mis sous ARV										PNLS
18	VIH	Nombre de malades VIH mis sous ARV avec charge virale supprimée	ND	20 %		40 %	60 %		Annuelle	Routine	Âge et sexe	PNMLS
19	VIH	Pourcentage de femmes enceintes VIH+ mises sous TAR pour réduire le risque de transmission	66 %, RA 2015 PNLS	70 %		72 %	74 %	76 %	Annuelle	Routine	Âge	PNLS
20	MNT	Prévalence de L'hypertension artérielle										
21	URGENCES	Proportion des provinces disposant d'une équipe d'intervention rapide (ERR) formée en surveillance intégrée de la maladie et riposte (SMIR) et des kits normés pour une riposte rapide aux épidémies et catastrophes	11 (43,30 %)	26 (100 %)		26 (100 %)	26 (100 %)		Annuelle	Rapp. Ann. Prov. / Rapp. Ann. DLM	NA	DPS / DLM
22	URGENCES	Proportion des épidémies, urgences et catastrophes dont la riposte a été organisée dans les délais	0 %	50 %		75 %	80 %	85 %	Annuelle	Rapp. de gestion ou riposte épid.	DPS / ZS / maladie	ZS / DPS / DLM
Axe 2. Appui aux piliers du système de santé du système												
23	FINANCEMENT	% du budget national alloué à la santé (voir groupe de financement)	7,6 % (Mini Budget, 2018)	7,80 %		8,10 %	8,30 %	8,6 %	Annuelle	Loi des finances	par dépenses courantes et d'investissement	DPSB
24	FINANCEMENT	Taux d'exécution du budget de l'état alloué à la santé	52,2 % (Mini Budget, 2017)	75 %		80 %	85 %	90 %	Annuelle	ESB / Mini Budget	par dépenses courantes et d'investissement	DPSB
25	FINANCEMENT	Paiements directs des ménages et si possible dépenses catastrophiques de santé	Part des dépenses des ménages dans les DTS. Dans l'idéal, il faudrait monitorer.	41 %		39 %	37 %	35 %	Annuelle	Rapport enquête consommation des ménages	Paiement direct des services et soins	DEP et CNS

8.3. Rôles et responsabilités dans le suivi et l'évaluation du PNDS

Le suivi et l'évaluation du PNDS se fera de manière participative aux trois niveaux de la pyramide sanitaire (opérationnel, provincial et central) selon trois modalités : le suivi de routine, les revues sectorielles et les évaluations indépendantes.

8.3.1. Rôles et responsabilités des structures du MSP

L'Équipe Cadre de Zone suivra les résultats du PNDS à travers des plans d'action opérationnels (PAO) annuels. Des réunions de suivi mensuel des prestataires de la zone serviront à assurer le suivi local des PAO, notamment le fonctionnement des formations sanitaires (HGR, CSR, CS et PS) et l'analyse des résultats atteints.

Le niveau provincial assurera le suivi et l'évaluation du développement des zones de santé à travers l'évaluation des performances de leurs structures opérationnelles sous la coordination de l'Unité de suivi et évaluation provinciale. Des analyses semestrielles provinciales seront organisées sur la base des données centralisées à ce niveau pour examiner les performances et réajuster les interventions. Les réunions du CPP-SS seront organisées chaque semestre pour prendre des décisions sur la base de la mise en œuvre des plans opérationnels et des performances des provinces. Les revues annuelles provinciales auront lieu avant la revue sectorielle nationale qu'elles doivent alimenter.

Le niveau central coordonne la mise en œuvre du plan de suivi et évaluation du PNDS. À cet effet, il est chargé de la conception des outils de suivi et d'évaluation des politiques et plans, de l'accompagnement des structures provinciales dans l'utilisation de ces outils, de l'appui aux revues provinciales ainsi que de l'analyse périodique des performances du secteur.

Tableau 17 : Planning de rapportage des activités de routine du PNDS

Niveau	Périodicité	Outils
Zone de santé	Mensuelle	Rapport mensuel d'activités, feuille de score des aires de santé
Division provinciale de la santé	Trimestrielle	Rapport trimestriel d'activités, feuille de score des zones de santé
Inspection provinciale de la santé	Trimestrielle	Rapport trimestriel d'activités
Programmes spécialisés et directions centrales	Trimestrielle	Rapport trimestriel d'activités, feuille de score des provinces
Niveau central	Annuelle	Rapport annuel d'activités, feuille de score des provinces

Le ministère de la Santé publique et ses partenaires ont convenu d'organiser une revue annuelle chaque année pour analyser, sur la base du rapport sectoriel global, les performances du secteur par rapport aux cibles assignées aux différents indicateurs. Ces revues sont précédées par les revues

provinciales et par des ateliers de consolidation des données des programmes spécialisés qui seront organisés en harmonie avec leurs partenaires d'appui dans un esprit de rationalisation du système d'information sanitaire.

Tableau 18 : Programmation des revues du secteur de la santé en RDC

Niveau	Périodicité des revues		Outils
	Semestrielle	Annuelle	
Zone de santé		Chaque année	Rapport d'activités et cadre de performance des aires de santé
Division provinciale de la santé	Chaque semestre	Chaque année	Rapport d'activités, et cadre de performance des ZS
Programmes spécialisés		Chaque année	Rapport d'activités, et cadre de performance des provinces
Niveau central		Chaque année	Rapport d'activités et cadre de performance des provinces

Les évaluations indépendantes des résultats du PNDS 2019-2022. Le ministère de la Santé publique et ses partenaires ont convenu d'organiser deux évaluations externes indépendantes du PNDS 2019-2022 : une évaluation à mi-parcours en 2020 et une évaluation finale en 2022. Ces évaluations seront menées par des institutions (institut de recherche ou des organisations privées) qui ne sont pas directement impliquées dans la mise en œuvre du PNDS.

8.3.2. Rôles et responsabilités des autres acteurs

Les autres services publics

Les deux chambres du Parlement (Assemblée Nationale et Sénat) ont pour mission de voter des lois requises, d'allouer des ressources domestiques à la Santé et de suivre et contrôler l'action gouvernementale dans le secteur de la santé. La Cour des comptes travaille pour le contrôle de la gestion des finances allouées au secteur de la santé.

Les autres ministères du Gouvernement ont des responsabilités dans le suivi des interventions du secteur de la santé en fonction de leurs apports. Il s'agit en l'occurrence des ministères en charge des Finances, du Budget, de la Fonction Publique, du Plan, de l'Environnement, de l'Emploi, du Travail, de la Prévoyance sociale, de l'Agriculture et du Développement rural, etc.

Les Institutions scientifiques (de recherche) nationales et internationales auront un rôle à jouer dans les enquêtes et études thématiques utiles pour générer de nouvelles connaissances et stratégies afin de réajuster au besoin les politiques. Il s'agit des Écoles de Santé Publique nationales et internationales, des Facultés de médecine, des Sciences pharmaceutiques, des ISTM, etc.

Les Partenaires Techniques et Financiers

Les PTF ne prennent pas seulement part au suivi et à l'évaluation du PNDS 2016-2020 en rapport avec les projets et programmes de santé financés par l'aide extérieure, ils participent également à la préparation et à l'organisation des revues sectorielles à différents niveaux. Ils allouent des

ressources additionnelles pour la mise en œuvre du PNDS aux différents niveaux. Leur participation aux évaluations doit tenir compte de la nécessité d'éviter un conflit d'intérêt dans la conduite de ces évaluations du fait de leur appui financier à ces évaluations.

La société civile

La société civile, constituée notamment des ONG de développement, des OAC, des réseaux des Associations de professionnels et des syndicats œuvrant dans le secteur, apporte sa contribution, tant aux prestations des services et soins, qu'à l'évaluation des performances du secteur. Ils ont l'obligation de garantir la dynamique communautaire, la bonne gouvernance et la redevabilité. Les PTF ont l'obligation de fournir toutes les informations utiles pour en capter les interventions et en apprécier les performances.

Le secteur privé

Le secteur privé englobe les petits exploitants ou producteurs indépendants, jusqu'aux entreprises d'envergure nationale, régionale ou mondiale, en passant par les fondations et les organisations privées représentant le monde des affaires, les formations sanitaires et les regroupements d'entrepreneurs œuvrant dans le secteur de la santé. Les PTF ont l'obligation de fournir toutes les informations utiles pour capter leurs interventions et apprécier leurs performances.

Bibliographie

1. Ministère de la Santé publique (2010), *Politique Nationale de santé*, Kinshasa.
2. Ministère de la Santé publique (2010), *Stratégie de renforcement du système de santé*, 2^e édition, Kinshasa.
3. Ministère de la Santé publique (2015), *Plan National de Développement Sanitaire 2010-2015 : rapport d'évaluation de la mise en œuvre*, Kinshasa.
4. Ministère de la Santé publique (2016), *Rapport annuel 2016 des activités du secteur de la santé*, Kinshasa.
5. Ministère de la Santé publique (2017), *Rapport annuel 2017 des activités du secteur de la santé*, Kinshasa.
6. Ministère de la Santé publique (2018), *Évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020 : Rapport*, Kinshasa.
7. Ministère du Plan, Institut National de la Statistique (2015), *Annuaire statistique 2015*.
8. Guengant, Projections Spectrum (août 2013), et Projections des Nations Unies (juin 2013).
9. Équipe nationale de prospective stratégique (2014), *RDC, dynamiques et enjeux de développement à long terme*.
10. PNUD (2015), *Rapport sur le développement humain 2015*.
11. Banque mondiale (2018), *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en RDC*.
12. Chenge, M. (2013). « De la nécessité d'adapter le modèle de district sanitaire au contexte urbain. Exemple de la ville de Lubumbashi en RD Congo ». *Studies in HSO&P*, 30.
13. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité MdlSPMeII (2014), *Enquête Démographique et de Santé en République démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, Maryland, États-Unis d'Amérique : MPSMRM, MSP et ICF International.
14. Kahindo, M. J. B., H. Karemere, N. P. Mitangala, L. Nyavanda, et W. J. P. Mundama (2018), « Facteurs explicatifs des décès maternels en milieu hospitalier : une étude au niveau de six zones de santé dans l'Est de la République démocratique du Congo ». *International Journal of Innovation and Applied Studies*, ISSN 2028-9324, vol. 23 n° 4, juillet 2018, pp. 559-568.
15. Mitangala, N. P., M. J. B. Kahindo, K. S. Ngaima, K. O. Katembo, K.P. Kyembwa, et W.J. P. Mundama (2018), « Determinants of Neonatal Mortality in Referral Facilities of the Health Districts in North Kivu, Democratic Republic of Congo ». *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, volume 38, n° 1, pp 25-38.

16. UNICEF « Les conséquences de la malnutrition (profs) »
<http://lewebpedagogique.com/unicef-education/les-consequences-de-la-malnutrition>.
17. RDC (2017), *Rapport de l'étude sur le coût de la faim en Afrique, Incidence sociale et économique en RDC*.
18. Loi n° 15 / 026 du 31 décembre 2015 relative à l'eau.
19. Ordonnance n° 17 / 025 du 10 juillet 2017 fixant les attributions des ministères.
20. Ministère de la Santé publique, *Rapport du PNLS*, 2017.
21. Corbett, et al. (2003), *TB Prevalent - HIV/AIDS in South Africa*, 2005 - books.google.com.
22. OMS, *Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*, 2017.
23. MSP / Direction des Ressources Humaines (2018), *Annuaire national des ressources humaines de la santé 2017*.
24. Chenge, M., J. Van der Ve nnet, D. Porignon, N. O. Luboya, I. Kabyla, et B. Criel (2010), « La carte sanitaire de la ville de Lubumbashi, République démocratique du Congo. Partie I : problématique de la couverture sanitaire en milieu urbain congolais ». *Global Health Promotion* : 17, 63-74.
25. Ministère de la Santé (2006). Recueil des normes de la zone de santé. Kinshasa.
26. Dugas S., et M. Van Dormael (2003), « La construction de la médecine de famille dans les pays en développement ». *Studies in Health Services Organisation & Policy*; 22: 1–352.
27. Ministère de la Santé publique, Directions des ressources humaines (2018), *Rapport annuel d'activités 2017*, Kinshasa.
28. Ministère de la Santé publique / PNCNS (2016), *Rapport des comptes nationaux de la santé 2015*, Kinshasa.
29. McIntyre, D., F. Meheus, et J. A. Rottingen (2017), « What level of domestic government health expenditure should we aspire to for universal health coverage? » *Health Economics, Policy and Law*, 12, (2) 125-137. PM:28332456.
30. Kalambay, H. N., et W. Van Lerberghe (2015), *Improving Health System Efficiency in DRC*. Disponible en ligne à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186673/1/WHO_HIS_HGF_CaseStudy_15.4_eng.pdf f. 1-1-2015.
31. Groupe de la Banque mondiale (2014), *Revue des dépenses publiques de santé : investir dans la couverture santé universelle : opportunités et défis pour la République démocratique du Congo*, Banque mondiale.

32. Siddiqi, et al. (2009), « Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance », *Health Policy* 90;13–25.
33. André-Pierre Contandriopoulos (2008), « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé Publique* 2 (vol. 20), pp. 191-199.
34. Arrêté n° 1250/cab/min/sp/008/CJ/OaB/2012 portant réorganisation des DPS.
35. Ministère de la Santé publique (2018), *Stratégie de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle en RDC*.
36. Ministères des Affaires sociales, de l’Action humanitaire et de la Solidarité nationale de la RDC / Direction d’Études et Planification (2017), *Protocole National d’Application de l’Attestation d’Indigence*, Kinshasa.
37. OMS (2005), *Liste mondiale de référence de 100 indicateurs sanitaires de base*.

Annexes : Interventions / Intrants compris dans le paquet de soins

Niveaux de prestation : 1 = communauté ; 2 = centre de santé ; 3 = centre de santé de référence ; 4 = hôpital.

Interventions / Intrants	Couverture de base (2019)	2020	2021	2022	Niveau de prestation
Planification familiale (CPR)	10	11	12	13	
Pilule - Régime quotidien standard					1-2-3
Pilule - Progestative seulement					1-2-3
Pilule - Contraception péri-coïtale (PCC)					1-2-3
Condom - Masculin					1-2-3
Condom - Féminin					1-2-3
Injectable - 3 mois (Depo Provera)					2-3
Injectable - 2 mois (Noristerat)					2-3
Injectable - 1 mois (Lunelle)					2-3
Injectable - 6 mois					2-3
Injectable - Uniject					2-3
DIU - Copper-T 380-A DIU (10 ans)					3-4
DIU - LNG-IUS (5 ans)					3-4
Implant - Implanon (3 ans)					3-4
Implant - Jadelle (5 ans)					3-4
Implant - Sino-Implant (4 ans)					3-4
Stérilisation féminine					4
Stérilisation masculine					4
LAM					2-3
SDM					2-3
Méthode de barrière vaginale					1-2-3
Comprimés vaginaux					3-4
Abstinence périodique					1

Coût interrompu					1
Méthodes contraceptives traditionnelles (non spécifiées)					1
Autres contraceptifs					2-3
Avortement sécurisé	5,60	7,60	9,60	11,60	3-4
Gestion des complications de l'avortement					
Gestion des cas après l'avortement	25,80	27,80	29,80	31,80	3-4
Prise en charge de la grossesse extra-utérine					
Gestion des cas de grossesse ectopique	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4
Soins de la grossesse - CPN					
Anatoxine tétanique (femmes enceintes)	43,00	45,00	47,00	49,00	3
Détection et traitement de la syphilis (femmes enceintes)	46,76	48,76	50,76	52,76	3
CPN de base	55,00	57,00	59,00	61,00	3
Soins de grossesse - Traitement des complications de la grossesse					
Prise en charge des troubles hypertensifs	42,05	44,05	46,05	48,05	3-4
Prise en charge de la pré-éclampsie (sulfate de magnésium)	9,82	11,82	13,82	15,82	3-4
Prise en charge d'autres complications de la grossesse	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4
Déparasitage (femmes enceintes)	56,00	58,00	60,00	62,00	3
Soins à l'accouchement - Accouchements institutionnels					
Gestion du travail et de l'accouchement	82,00	84,00	86,00	88,00	3-4
Gestion active de la 3 ^e phase du travail	59,90	61,90	63,90	65,90	3-4
Prise en charge des complications du travail avant référence	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4
Prise en charge de l'éclampsie (sulfate de magnésium)	59,90	61,90	63,90	65,90	3-4
Réanimation néonatale (institutionnelle)	79,86	81,86	83,86	85,86	3-4
Gestion d'un accouchement dystocique	5,00	7,00	9,00	11,00	4
Traitement des infections locales (nouveau-né)	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4

Soins maternels Kangourou	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4
Conseil en alimentation et soutien aux nourrissons de faible poids à la naissance	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4
Soins à l'accouchement - Accouchements à domicile					
Pratiques propres et soins néonataux essentiels immédiats (à la maison)	80,74	82,74	84,74	86,74	1
Soins d'accouchement - Autres					
Corticostéroïdes en période prénatale pour le travail prématuré	5,00	7,00	9,00	11,00	4
Antibiotiques pour rupture prématurée des membranes	59,90	61,90	63,90	65,90	3-4
Induction du travail (au-delà de 41 semaines)	47,92	49,92	51,92	53,92	4
Soins post-partum - Traitement de la septicémie					
Gestion des cas de septicémie maternelle	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4
Soins post-partum - Traitement de la septicémie néonatale					
Septicémie néonatale - soins de soutien complets	5,00	7,00	9,00	11,00	4
Septicémie néonatale - antibiotiques injectables	5,00	7,00	9,00	11,00	3
Soins post-partum - Autres					
Pratiques postnatales propres	8,22	10,22	12,22	14,22	3
Mastite	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4
Traitement de l'hémorragie du postpartum	33,00	35,00	37,00	39,00	3-4
Chlorhexidine	33,00	35,00	37,00	39,00	3-4
Autre santé sexuelle et reproductive					
Traitement de la syphilis	54,00	56,00	58,00	60,00	3-4
Traitement de la gonorrhée	54,00	56,00	58,00	60,00	3-4
Traitement de la chlamydiae	54,00	56,00	58,00	60,00	3-4
Traitement de la trichomonase	54,00	56,00	58,00	60,00	3-4
Traitement de la maladie inflammatoire pelvienne	54,00	56,00	58,00	60,00	3-4
Traitement de l'infection des voies urinaires	54,00	56,00	58,00	60,00	3-4

Dépistage du cancer du col de l'utérus	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4
Autre					
Supplémentation en vitamine A pour le traitement de la xérophtalmie chez les femmes	5,00	7,00	9,00	11,00	3
Santé de l'enfant					
Supplémentation en vitamine A pour le traitement de la xérophtalmie chez les enfants	70,00	72,00	74,00	76,00	3
Déparasitage (vermifuge chez les enfants)	61,00	63,00	65,00	67,00	1-2-3
Supplémentation en zinc	5,00	7,00	9,00	11,00	1-2
Gestion de la diarrhée					
SRO (Sel de Réhydratation Orale)	39,11	41,11	43,11	45,11	1-3
Zinc (traitement contre la diarrhée)	2,44	4,44	6,44	8,44	1-3
Antibiotiques pour le traitement de la dysenterie	38,37	40,37	42,37	44,37	3-4
Traitement de la diarrhée sévère	5,00	7,00	9,00	11,00	4
Pneumonie					
Traitement de la pneumonie (enfants)	41,64	43,64	45,64	47,64	1-3
Traitement de pneumonie sévère	5,00	7,00	9,00	11,00	4
Paludisme					
Traitement du paludisme (enfants de 0 à 4 ans)	29,00	31,00	33,00	35,00	3
Traitement du paludisme grave (enfants de 0 à 4 ans)	5,00	7,00	9,00	11,00	4
Rougeole					
Vitamine A pour le traitement de la rougeole (enfants)	44,00	46,00	48,00	50,00	3
Traitement de la rougeole sévère	5,00	7,00	9,00	11,00	4
Vaccinations					
Vaccin contre la rougeole	77,00	79,00	81,00	83,00	2-3
Vaccination DTC	90,00	92,00	94,00	96,00	2-3
Vaccin Hib	90,00	92,00	94,00	96,00	2-3

Vaccin contre l'hépatite B pour prévenir le cancer du foie	90,00	92,00	94,00	96,00	2-3
Vaccin contre la poliomyélite	74,00	76,00	78,00	80,00	2-3
Vaccin BCG	80,00	82,00	84,00	86,00	2-3
Vaccin contre la fièvre jaune	59,00	61,00	63,00	65,00	2-3
Paludisme					
La prévention					
Matières traitées aux insecticides	69,95	71,95	73,95	75,95	1-3
Femmes enceintes dormant sous MII	60,00	62,00	64,00	66,00	1-3
Pulvérisation résiduelle intradomiciliaire	5,00	7,00	9,00	11,00	1
TPI (femmes enceintes)	14,30	16,30	18,30	20,30	3
Contrôle vectoriel (autre)	5,00	7,00	9,00	11,00	1
Larvicide	5,00	7,00	9,00	11,00	1
Chimioprophylaxie du paludisme saisonnier	5,00	7,00	9,00	11,00	3
La gestion de cas					
Diagnostic du paludisme (fièvres paludéennes)	10,00	12,00	14,00	16,00	1-2-3-4
Diagnostic du paludisme (fièvres non paludéennes)	10,00	12,00	14,00	16,00	1-2-3-4
Traitement du paludisme (enfants de 5 à 14 ans)	10,00	12,00	14,00	16,00	3
Traitement du paludisme (adultes, sauf femmes enceintes)	10,00	12,00	14,00	16,00	3-4
Traitement du paludisme (femmes enceintes)	53,80	55,80	57,80	59,80	3-4
Traitement du paludisme grave (5+)	5,00	7,00	9,00	11,00	4
Traitement des fièvres positives parasitaires non paludiques	5,00	7,00	9,00	11,00	1-3
TB					
Diagnostic de la tuberculose : microscopie					
Microscopie de diagnostic : dépistage des cas de tuberculose passive	53,00	55,00	57,00	59,00	2-3-4

Diagnostic TB : culture					
Culture de diagnostic : recherche de cas de tuberculose passive	53,00	55,00	57,00	59,00	3-4
Diagnostic TB : culture et DST					
Tests de sensibilité aux médicaments de première intention : nouveaux cas de tuberculose	0,11	2,11	4,11	6,11	4
Rayons X TB					
Les radiographies : dépistage des cas de tuberculose passive	53,00	55,00	57,00	59,00	2-3-4
Traitement antituberculeux de première intention					
Traitement antituberculeux de première intention : traitement initial	53,00	55,00	57,00	59,00	1-3
Traitement antituberculeux de première intention : traitement initial pour les enfants	53,00	55,00	57,00	59,00	1-3
Traitement antituberculeux de première intention : précédemment traité	53,00	55,00	57,00	59,00	1-3
Traitement antituberculeux de première intention : précédemment traité pour les enfants	53,00	55,00	57,00	59,00	1-3
VIH / SIDA					
Prévention - Autre					
Conseil et test volontaires	10,00	12,00	14,00	16,00	3
Préservatifs	10,00	12,00	14,00	16,00	1
Circoncision masculine	78,75	80,75	82,75	84,75	3-4
PTME	70,00	72,00	74,00	76,00	3-4
Soins et traitement	5,00	7,00	9,00	11,00	
Traitement de première intention pour les hommes	64,63	66,63	68,63	70,63	3-4
Traitement de première intention pour les femmes	66,03	68,03	70,03	72,03	3-4
Traitement de deuxième intention pour les adultes					3-4
Cotrimoxazole pour les enfants	70,00	72,00	74,00	76,00	1-3-4
Art pédiatrique	49,00	51,00	53,00	55,00	3-4
Nutrition					
Femmes enceintes et allaitantes					

Supplémentation quotidienne en fer et en acide folique (femmes enceintes)	4,74	6,74	8,74	10,74	1-3-4
Supplémentation intermittente en fer et en acide folique (femmes enceintes non anémiques)	10,00	12,00	14,00	16,00	1-3-4
Supplémentation en vitamine A chez les femmes enceintes	10,00	12,00	14,00	16,00	1-3-4
Supplémentation en calcium pour la prévention et le traitement de la pré-éclampsie et de l'éclampsie	10,00	12,00	14,00	16,00	4
Les enfants					
Conseil et soutien en matière d'allaitement	44,19	46,19	48,19	50,19	1-2-3
Conseils et soutien nutritionnels complémentaires	19,90	21,90	23,90	25,90	1-3
Enrichissement à domicile des aliments en plusieurs poudres de micronutriments (enfants de 6-23 mois)	75,00	77,00	79,00	81,00	1-2-3-4
Supplémentation en vitamine A chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois	44,00	46,00	48,00	50,00	1-3
Supplémentation intermittente en fer chez les enfants	16,00	18,00	20,00	22,00	1
Supplémentation quotidienne en fer pour les enfants de 6 à 23 mois (anémie => 40 %)	16,00	18,00	20,00	22,00	1
Supplémentation en iode chez les enfants	10,00	12,00	14,00	16,00	2
Prise en charge de la malnutrition sévère (enfants)	11,21	13,21	15,21	17,21	3-4
Prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (enfants)	10,00	12,00	14,00	16,00	1-3
Les maladies non transmissibles					
CVD et diabète					
Dépistage du risque de MCV / diabète	5,00	7,00	9,00	11,00	3
Soins de suivi pour les personnes à faible risque de MCV / diabète (risque absolu : 10-20 %)	5,00	7,00	9,00	11,00	3
Traitement pour ceux qui ont un taux de cholestérol très élevé mais un risque absolu faible de MCV / diabète (< 20 %)	5,00	7,00	9,00	11,00	3
Traitement des personnes souffrant d'hypertension mais présentant un risque absolu faible de MCV / diabète (< 20 %)	5,00	7,00	9,00	11,00	3
Traitement des personnes présentant un risque absolu de MCV / diabète 20-30 %	5,00	7,00	9,00	11,00	3

Traitement des personnes présentant un risque absolu élevé de MCV / diabète (> 30 %)	5,00	7,00	9,00	11,00	3-4
Contrôle glycémique standard	20,00	22,00	24,00	26,00	3-4
Soin d'urgence					
Besoins annuels moyens en soins d'urgence	5,00	7,00	9,00	11,00	4

