

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, HYGIENE ET
PREVENTION

SECRETARIAT GENERAL



EVALUATION DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE RECADRE (PNDS 2019-2022) RAPPORT DE FINAL

Décembre 2022

*Abdon Mukalay wa Mukalay, Dosithée Ngobebe, Fulbert Kwilu Nappa,
Ghislain Bisimwa Balaluka et Jean Gaston Manyà (Consultants).*

Table des matières

Table des matières

TABLE DES MATIERES	2
PREFACE	8
REMERCIEMENTS	9
RESUME EXECUTIF	10
1. CONTEXTE	12
2. METHODOLOGIE	13
2.1. APPROCHE METHODOLOGIQUE	13
2.2. CADRE CONCEPTUEL DE L’EVALUATION	13
2.3. IDENTIFICATION DES RESULTATS ATTENDUS	16
2.3.1. <i>Objectif général</i>	16
2.3.2. <i>Objectifs spécifiques</i>	16
2.4. ETAPES DE L’EVALUATION	18
2.4.1. <i>La Préparation de l’évaluation</i>	18
2.4.2. <i>La Phase de collecte des données</i>	18
2.4.3. <i>Phase de restitution</i>	21
2.4.4. <i>Du rapportage et livrables</i>	21
2.5. ETHIQUE DE LA MISSION D’EVALUATION	22
2.6. ANALYSE DES HYPOTHESES ET RISQUES.....	23
2.7. LIMITES DE L’EVALUATION	23
3. RESULTATS PAR AXE STRATEGIQUE	24
3.1. AXE STRATEGIQUE 1 : AMELIORATION DES PRESTATIONS DES SERVICES DE SANTE ET CONTINUTE DES SOINS	24
3.1.1. <i>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</i>	24
3.1.2. <i>Augmentation de la proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l’offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs)</i>	45
3.2. AXE STRATEGIQUE 2 : APPUI AUX DIFFERENTS PILIERS DU SYSTEME DE SANTE.....	47
3.2.1. <i>Du développement des ressources humaines pour la santé</i>	47
3.2.2. <i>De l’approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et intrants</i>	57
3.2.3. <i>Du développement des infrastructures et équipements</i>	58
3.2.4. <i>Du renforcement du système d’information sanitaire</i>	59
3.2.5. <i>De l’amélioration du financement et réduction des barrières d’accès aux soins</i>	65
3.2. AXE STRATEGIQUE 3 : RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DU SYSTEME DE SANTE	86
3.2.1. <i>Du renforcement du pilotage du secteur dans le cadre de la décentralisation</i>	86
3.2.2. <i>Du renforcement des capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PNDS</i>	87
3.2.3. <i>Du renforcement des mécanismes d’inspection-contrôle pour un meilleur suivi de l’application des normes et directives du secteur</i>	87
3.2.4. <i>Du renforcement de la coordination du secteur de la santé</i>	87
3.2.5. <i>De la déclinaison du PNDS en PPDS et PDZS et en PAO à différents niveaux</i>	88
3.2.6. <i>Responsabilités et rôle des parties prenantes dans la mise en œuvre du PNDS</i>	88
3.2.7. <i>Des conditions de succès et gestion des risques</i>	90
4. SYNTHESE DE LA PERFORMANCE DES INDICATEURS DE S&E	91
4.1. DE LA QUALITE DES DONNEES POUR LES PRINCIPAUX INDICATEURS	91
4.2. DE L’EVOLUTION DES INDICATEURS DES PROGRAMMES PRIORITAIRES AU NIVEAU NATIONAL	92
4.2. DE LA PERFORMANCE AU NIVEAU DES PROVINCES ET DES ZONES DE SANTE (DESAGREGATION DES DONNEES).....	98
4.3. DES ROLES ET RESPONSABILITES DANS LE SUIVI DES INDICATEURS DE PERFORMANCE	103
5. COÛTS ET FINANCEMENT DU PNDS 2019-2022	103

5.1. DE L'ESTIMATION DES COUTS DES AXES ET ACTIONS PRIORITAIRES PAR RAPPORT AU CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS 2019-2022.....	103
5.1.1. De l'estimations des dépenses des interventions prioritaires des axes stratégiques.....	103
5.1.2. De l'estimations des dépenses des interventions prioritaires de l'axe 1 du PNDS.....	105
5.1.3. De l'estimations des dépenses des interventions prioritaires de l'axe 2 du PNDS.....	107
5.1.4. De l'estimation des dépenses des interventions prioritaires de l'axe 3 du PNDS.....	107
5.2. DE LA MOBILISATION DES RESSOURCES POUR LE PNDS 2019-2022.....	108
5.2.1. Du Cadrage Macroéconomique pour le financement du PNDS recadré 2019-2022.....	109
5.2.2. De l'espace budgétaire pour la Couverture Santé Universelle durant la période 2019-2022.....	109
5.3. DE L'EVOLUTION DE L'ECART /GAP DU FINANCEMENT PREVISIONNEL DU PNDS 2019-2022.....	110
6. LEÇONS TIREES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS RECADE 2019-2022.....	111
6.1. DE LA PLANIFICATION.....	111
6.2. DE LA MISE EN ŒUVRE.....	111
6.3. DU SUIVI-EVALUATION.....	112
6.4. AUTRES OBSERVATIONS :.....	113
6.4.1. De l'innovation dans la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022.....	113
6.4.2. De la redevabilité durant la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022.....	113
7. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS POUR L'ELABORATION DU PNDS 2023-2030.....	114
7.1. HYPOTHESES SUR LE CONTEXTE A VENIR.....	114
7.2. RECOMMANDATIONS POUR LE PNDS 2023-2030.....	114
7.2.1. Renforcer le mangement du PNDS 2023-2030.....	114
7.2.2. Piliers du PNDS 2023-2030.....	115
8. CONCLUSION.....	117
REFERENCES.....	117
ANNEXES.....	118
ANNEXE 1. LES TERMES DE REFERENCES DE LA MISSION.....	118
ANNEXE 2. NOTE METHODOLOGIQUE ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES.....	118
ANNEXE 3. CADRE CONCEPTUEL.....	118

Liste des tableaux

Tableau 1 : Evolution du nombre des structures offrant le PMA et le PCA dans les ZS	25
Tableau 2 : Nombre d'établissements de soins offrant un PMA, PCA basique et complet dans les DPS ayant rapporté les données en 2021	26
Tableau 3 : Évolution de la couverture en dons de sang testés aux quatre marqueurs	29
Tableau 4 : Complétude des rapports hebdomadaires des données de surveillance des Zones de santé	42
Tableau 5 : Répartition des effectifs par catégorie professionnelle d'une part et par province d'autre part en 2022.....	48
Tableau 6 : Résultats de l'étude WISN dans 27 HGR de 4 provinces du pays	50
Tableau 7 : La répartition par province des facultés de médecine autorisées en 2021	52
Tableau 8 : Répartition des ITM/IEM et des effectifs d'élèves par province en 2021.....	54
Tableau 9 : Répartition des ITM/IEM par province en 2022.....	55
Tableau 10. Complétude globale 2021 pour les 12 modules au 31 janvier 2022	61
Tableau 11 : Promptitude globale 2021 pour les 12 modules au 31 janvier 2022.....	63
Tableau 12 : Proportion du budget de la Santé par rapport au budget de l'Etat (en CDF).....	65
Tableau 13 : Exécution du budget de la Fonction santé en ressources propres selon la chaîne des dépenses 2019 – 2022.....	68
Tableau 14 : Engagement budgétaire du Gouvernement et bailleurs en USD par axe stratégique du PNDS, 2020 – 2022.....	70
Tableau 15 : Evolution de dépenses courantes de santé de 2016 – 2021 (en CDF)	71
Tableau 16 : Evolution des dépenses courantes de santé par source de financement (2016 – 2021).....	72
Tableau 17 : Evolution de la DCS géré par les principaux Agents de financement (2016-2020) en USD	73
Tableau 18 : L'affectation des dépenses du Gouvernement par prestataire selon les activités en 2020 (USD)	74
Tableau 19 : Répartition de la DCS du Gouvernement par facteurs de prestations par prestataire	75
Tableau 20 : Dépenses liées aux « évacuations sanitaires » de 2019 – 2022 (en CDF)	76
Tableau 21 : Répartition des Dépenses Courantes de Santé en % moyen par province de 2019-2020 (USD)	79
Tableau 22 : Répartition des dépenses de santé par niveau de la pyramide sanitaire de 2019-2020 et en moyenne de % de 2016 à 2020 en USD	81
Tableau 23 : Réunions du Comité national de pilotage du système de santé en RDC (2019-2022).....	88
Tableau 24 : synthèse du type de performance des indicateurs du cadre de suivi évaluation du PNDS par rapport à la cible prévue en 2021.....	92
Tableau 25 : Cadre de performance du système de santé à l'aide des indicateurs prévus par le PNDS 2019-2022	93
Tableau 26 : Performance au niveau des provinces	99
Tableau 27 : Affectation des ressources financières par axe du PNDS de 2019 à 2020	104
Tableau 28 : Coûts du PNDS comparés aux affectations des dépenses en 2019 et 2020 (millions de USD).....	104
Tableau 29 : Coûts du PNDS et estimations des dépenses de la santé du Gouvernement et des PTF de 2020 – 2022 (en millions USD)	105
Tableau 30 : Estimations des dépenses par programmes de l'axe 1 du PNDS	106
Tableau 31 : Financement disponibles approuvés PNDV pilier vaccination par les Bailleurs en 2021 (USD)	106
Tableau 32 : Estimations des dépenses par programmes de l'axe 2 de 2020 à 2022 (en USD).....	107
Tableau 33 : Estimations des dépenses par programmes de l'axe 3 en 2020 à 2022 (en USD).....	108
Tableau 34 : Engagements et dépenses réels de 2019 et 2020 du financement des bailleurs par programme du PNDS (USD).....	108
Tableau 35 : Evolution des indicateurs macroéconomiques de 2019 - 2022 (prévisions & réalisations).....	109
Tableau 36 : Synthèse des écarts entre les dépenses de la santé de diverses sources et les Coûts estimés du PNDS 2019-2022 (en millions de dollars)	110
Tableau 37 : analyse FFOM pour le nouveau PNDS 2023-2030.....	114

Liste des figures

Figure 1 : Score qualité moyen des CS par DPS par année de 2019 à 2021.....	27
Figure 2 : Score qualité moyen des HGR par DPS en 2021. (Source : Rapport annuel PDSS 2021).....	28
Figure 3 : Couverture en dons de sang testés aux quatre marqueurs	Erreur ! Signet non défini.
Figure 4 : Ratio de mortalité maternelle	29
Figure 5 : Ratio de mortalité néonatale et infanto-juvénile (Source : EDS 2014, UN-IGME 2015 to 2021)	30
Figure 6 : Nombre de nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes. (Source : Rapport annuel PNSR 2021).....	31
Figure 7 : CPN4 par DPS (Source : Rapport annuel PNSR 2021, données tirées de DHIS 2).....	31
Figure 8 : Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel. (Source : Rapport annuel PNSR 2021)	32
Figure 9 : Pourcentage des femmes ayant fréquenté la CPoN3	32
Figure 10 : Evolution des cas de SVS avec prise en charge au kit PEP dans le délai de 2018 à 2021.....	33
Figure 11 : Couverture vaccinale de la RDC en 2021	34
Figure 12 : Profil TB en RDC en 2021	40
Figure 13 : Cas confirmés et probable de COVID-19 en RDC par date de notification et par province, du 10 mars 2020 au 31 décembre 2021.....	44
Figure 14 : Evolution des effectifs des RHS par catégorie et année (2009 à 2022).....	49
Figure 15 : Comparaison effectifs RHS entre quelques hôpitaux du pays.....	50
Figure 16 : Evolution du % de Budget alloué à la fonction Santé et le Taux d'exécution 2003 à 2022 en RDC	68
Figure 17 : Evolution des dépenses courantes de santé de 2016 – 2021.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 18 : Evolution du pourcentage des Dépenses courantes de santé par source de financement (2016 - 2021)	72
Figure 19 : Présence des bailleurs de fonds dans toutes les DPS du pays.....	78
Figure 20 : Financement de la santé par niveau de la pyramide sanitaire	80
Figure 21 : Les 5 établissements publics et leurs missions.....	83
Figure 22 : Performance des DPS en 2021 au 30 Nov. 2021.....	102
Figure 23 : La performance de 11 indicateurs des 26 DPS en 2021 (données du RA 2021 du Ministère de la Santé)	103
Figure 24 : Cadre conceptuel de l'évaluation intégrant les critères (CAD de l'OCDE et Principes de la Déclaration de Paris), le cadre logique et la théorie de changement.	119

Abréviations

AC	: Animateur communautaire
AG	: Administrateur Gestionnaire
AS	: Aire de santé
AT	: Assistant Technique
BCAF	: Bureau de Coordination des Achats FEDECAME
BCZS	: Bureau central de la zone de santé
CCT	: Comité de coordination technique
CDMT	: Cadre de dépenses à moyen terme
CDR	: Centre de distribution régional
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CM	: Centre médical
CNP-SS	: Comité national de pilotage du Système de Santé
CPN	: Consultation prénatale
CS	: Centre de santé
CT	: Commission technique
CSU	: Couverture Santé Universelle
DAF	: Direction de l'administration et des finances
DANTIC	: Direction des archives, nouvelles technologies de l'information et de la communication
DEP	: Direction des études et de planification
DESS	: Direction de l'enseignement des sciences de la santé
DGLM	: Direction Générale de Lutte contre les maladies
DLM	: Direction de la lutte contre la maladie
DGOGS	: Direction générale de l'organisation et de la gestion des services et soins de santé
DPM	: Direction des pharmacies et du médicament
DPS	: Direction provinciale de la santé
DRH	: Direction des ressources humaines
ECZS	: Equipe cadre de zone de santé
EDS	: Enquête démographique et de santé
FEDECAME	: Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
FOSA	: Formation sanitaire
HGR	: Hôpital général de référence
HPGR	: Hôpital provincial général de référence
IEM	: Institut d'Enseignement Médical
IGS	: Inspection générale de la santé
IPS	: Inspection provinciale de la santé
ISTM	: Institut Supérieur des Techniques Médicales
ITM	: Institut Technique Médical
JANS	: Joint assessment of national strategy
MAS	: Malnutrition aigüe sévère

MSPHP	: Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
MSSP	: Management en soins de santé primaires
OCDE	: Organisation de coopération et de développement économique
ODD	: Objectif de développement durable
OMD	: Objectif du millénaire pour le développement
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
PAO	: Plan annuel opérationnel, Plan d'action opérationnel
PCA	: Paquet complémentaire d'activités
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCMAS	: Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe sévère
PDZS	: Plan de développement de la zone de santé
PESS	: Programme d'Équipement des Structures de Santé
PMA	: Paquet minimum d'activités
PNAM	: Programme national d'approvisionnement des médicaments
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNLP	: Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS	: Programme national de lutte contre le Sida
PNLT	: Programme national de lutte contre la tuberculose
PNMLS	: Programme national multisectoriel de lutte contre le Sida
PNSA	: Programme national de santé de l'adolescent
PNSD	: Plan national stratégique de développement
PNSR	: Programme national de santé de la reproduction
PPDS	: Plan provincial de développement sanitaire
PRODS	: Projet de renforcement de l'offre et de la demande de soins
PRONANUT	: Programme national de nutrition
PTF	: Partenaire technique et financier
PTME	: Prévention de la transmission mère-enfant
PTT	: Plan trimestriel de travail
PVVIH	: Personne vivant avec le VIH
RDC	: République Démocratique du Congo
RECO	: Relai communautaire
RHS	: Ressources humaines en santé
RSI	: Règlement sanitaire international
SIMR	: Surveillance intégrée des maladies et réponse
SNAME	: Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels
SNIS	: Système national d'information sanitaire
SR	: Santé de la reproduction
SRMNEA	: Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et de l'adolescent
SRSS	: Stratégie de renforcement du système de santé
SSP	: Soins de santé primaires
TDR	: Test de diagnostic rapide
TPI	: Traitement préventif intermittent
VIH/SIDA	: Virus de l'immunodéficience humain/Syndrome de l'immunodéficience acquise
ZS	: Zone de santé

Préface

(Voir MSP & DEP pour le rapport final)

Remerciements

Les Consultants expriment sincèrement leur gratitude aux autorités du Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention (Messieurs le Ministre, le Secrétaire Général, l'Inspecteur Général, le Directeur de la DEP et son équipe, les Directeurs Généraux et Directeurs, les Chefs des Divisions Provinciales de la Santé, les Inspecteurs Provinciaux de la Santé, les Médecins chefs de Zone de santé, les Médecins directeurs des Hôpitaux et autres personnel de santé à différents niveaux du pyramide sanitaire), pour leur disponibilité et leur appui durant cette mission d'évaluation.

Nos remerciements s'adressent aussi à la Coordination du Groupe InterBailleurs pour la Santé et aux différents partenaires qui se sont mobilisés pour soutenir la réalisation des activités liées à cette mission d'évaluation

Résumé exécutif

L'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire PNDS recadré 2019-2022 a été initiée par le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention de la République Démocratique du Congo (RDC) et réalisée par une équipe composée de cinq évaluateurs indépendants. Cette évaluation s'est déroulée pendant 52 jours (du 22/08/2022 au 30/10/2022), grâce à l'appui financier et technique de l'OMS, ENABEL-PANC, UNICEF, GFF et PDSS.

La mission avait pour objectif général l'évaluation du niveau d'atteinte des réalisations du PNDS recadré 2019-2022 en vue de dégager les leçons apprises, les forces et faiblesses de la mise en œuvre de ce PNDS et aussi de proposer des pistes de solutions pour guider l'écriture du prochain PNDS 2023-2027. De manière spécifique, cette mission d'évaluation a permis de : (i) Evaluer le niveau de mise en œuvre du PNDS 2019-2022 par axes, programmes et actions dans leur déclinaison aux différents niveaux du système de santé (élaboration des plans d'action opérationnels annuels) ; (ii) Evaluer de manière cohérente les résultats enregistrés dans la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-22 par rapport aux objectifs et aux cibles fixés, ainsi que les écarts observés (disparités géographique et socioéconomique) ; (iii) Evaluer et décrire le niveau de financement global, le niveau de financement par axes stratégiques et par sources (gouvernement, partenaires au développement, ménages), l'adéquation entre l'allocation des ressources et les résultats ainsi que la pertinence et l'efficacité dans l'utilisation des ressources pour chacune de ces années de mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022 ; (iv) Evaluer l'efficacité, l'efficacités et éventuellement les effets pervers des différentes modalités de financement [(financement basé sur les intrants, subventions mises à disposition par les initiatives mondiales pour la santé, le financement basé sur les performances, Global Financing Facility-GFF Mécanisme de Financement Mondial, Contrat unique, etc.) en ce qui concerne l'offre et l'accès aux services de santé ; (v) Evaluer et décrire la mise en œuvre des réformes telle que la réforme organique (niveau central et provincial) ainsi que la réforme du financement de la santé (mise en place de la CAGF, cellule de passation des marchés) et leur impact sur l'organisation et l'offre des services de santé au niveau des zones de santé ; (vi) Analyser en profondeur les questions en rapport avec la gestion des ressources humaines, particulièrement en ce qui concerne leur affectation, utilisation, motivation et les mécanismes de stabilisation mis en place ; (vii) Analyser les questions en rapport avec la production et l'utilisation de l'information sanitaire et d'interopérabilité des différentes bases des données ; (viii) Analyser la mise en œuvre des principes de partenariat de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, le Plan d'Action d'Accra et le Partenariat Mondial de Busan dans le secteur de la Santé au cours de la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022 ; (ix) Dégager les leçons, les bonnes pratiques, les difficultés, les défis et les contraintes rencontrées sur le plan technique et financier ; (x) Formuler des recommandations et les orientations stratégiques pour le prochain PNDS (2023-2030).

Pour cette mission l'équipe en charge de l'évaluation a recouru à une méthodologie mixte (méthodes quantitatives et qualitatives) qui a été appliquée selon les étapes suivantes : (i) la définition du cadre conceptuel et des objets de l'évaluation, (ii) la formulation des résultats attendus et des questions/hypothèses de recherche, (iii) l'identification des sources d'information, (iv) la confection des outils et techniques de collecte des données, (v) la collecte des données y compris les visites de terrain dans 26 provinces et 52 zones de santé, (vi) l'analyse des données, (vii) la restitution aux Commissions techniques), au CCT élargi (15/11/2022), à la revue annuelle du secteur (21-24/11/2022) et (viii) la rédaction du rapport final.

Cependant malgré l'engagement des différents acteurs (Messieurs le Ministre de la Santé, le Secrétaire Général, l'Inspecteur Général, le Directeur de la DEP et son équipe, les DG et Directeurs, les CDPS, les IPS), la Coordination du Groupe InterBailleurs pour la Santé, le personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide et la population) à ce processus d'évaluation, la mission a été handicapée par l'indisponibilité, en temps opportun, de certaines informations essentielles (indicateurs, listes exhaustives des réalisations, rapports ...) sous une forme compilée, validée et fiable. Les données, concernant les niveaux intermédiaire et opérationnel, n'étaient pas encore disponibles au moment de la rédaction du rapport et ont fait l'objet d'un addendum. En outre, certains responsables n'ont pas pu être interviewés à cause de leur indisponibilité.

Les résultats atteints par cette évaluation finale du PNDS recadré 2019-2022 sont regroupés en 5 points: (i) la description des principaux résultats par axe stratégique, (ii) l'analyse de la performance sur base de l'évolution des indicateurs dont les valeurs étaient renseignées, (iii) la description des coûts et du financement du PNDS recadré 2019-2022, (iv) les leçons tirées de la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022 et (v) des perspectives et recommandations pour l'élaboration du prochain PNDS 2023-2030.

Dans l'ensemble le PNDS recadré 2019-2022 a effectivement été mis en œuvre avec un impact certain et diversifié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'analyse des indicateurs et les différentes parties prenantes l'ont témoigné. Cependant, il a été observé une forte variation d'indicateurs par province et parfois par zone de santé (ZS) dans une même province. Les ZS en contexte de crise et les ZS enclavées avaient généralement les plus mauvais indicateurs.

En dépit d'un bilan clair pour la majorité d'indicateurs de prise en charge des différents problèmes de santé, la couverture sanitaire et la mortalité maternelle nécessitent des investigations spécifiques pour clarifier l'état actuel de la situation en RDC. La malnutrition chronique reste un problème majeur dans l'ensemble du pays et pourrait continuer à retarder le progrès vers les objectifs de développement durable en 2030 en ce qui concerne la SRMNEA. Les mécanismes de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle sont encore limités et devraient être renforcés dans le prochain PNDS.

L'estimation des coûts du PNDS est passée de 1784 à 2124 millions de dollars US entre 2019 et 2020. En 2020, les dépenses totales de la santé ont atteint 2040 millions de dollars couvrants ainsi 96% des coûts estimés et laissant un déficit de 84 millions soit un écart de 4%. Cependant le financement disponible dépendait fortement des apports des PTF à tous les niveaux de la pyramide sanitaire balançant ainsi l'autonomie et la responsabilité de la partie gouvernementale dans la planification et la mise effective des activités de ce PNDS.

1. CONTEXTE

En 2021, la République Démocratique du Congo (RDC) avait une population estimée à 92 377 986 habitants en 2021 (World Bank data)¹ répartie sur une superficie de 2 345 409 Km², soit une densité d'environ 40 habitants/km². Sur le plan administratif le pays est divisé en 26 provinces et chaque province est animée sur le plan sanitaire par une Division Provinciale de la Santé (DPS). Dans l'ensemble le pays compte 516 zones de santé (ZS), unité opérationnelle de la Politique Nationale de Santé du pays (PNS, 2001)².

Le Ministère en charge de la Santé Publique de la RDC, en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers (PTF), avait élaboré une stratégie de renforcement du système de santé (SRSS)³ en 2006 (révisée en 2010⁴). Cette stratégie sectorielle est fondée sur les soins de santé primaires (SSP)⁵ et les différents piliers du système de santé. Sur le plan opérationnel, cette stratégie est matérialisée en plan quinquennal : d'abord au niveau national (Plan national de développement sanitaire : PNDS)⁶, puis au niveau provincial (Plan provincial de développement sanitaire : PPDS). Annuellement, ces plans, à leurs tours, devraient être opérationnalisés à travers des plans d'action opérationnelles (PAO) au niveau des zones de santé, des provinces, et des services du niveau central.

Le PNDS actuel (2019-2022)⁷, principalement axé sur la Couverture Santé Universelle (CSU)⁸ et les Objectifs de Développement Durables (surtout l'ODD 3)⁹, est le résultat d'un recadrage qu'a subi celui de 2016-2020 suite à une évaluation à mi-parcours qui a relevé plusieurs problèmes de mise en œuvre. Il importe de noter que le PNDS recadré 2019-2022 représente le plan du Gouvernement pour le secteur de la santé, en accord avec la Constitution (du 18 février 2006 révisée par la Loi n° 11/002 du 20 janvier 2011)¹⁰ de la RDC, qui garantit, en son article 47, le droit à la santé et à la sécurité alimentaire. Il demeure aussi, selon cette Constitution, en conformité avec la loi n°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. Il a été pris en compte dans le Programme d'Actions du Gouvernement, le Plan National Stratégique de Développement (PNSD), ainsi que dans les innovations du Cadre d'Investissement de 2016-2020.

¹ World Bank data. <https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.REFG.OR?locations=CD>

² RDC, Ministère de la santé : Politique Nationale de la santé, Kinshasa 2001.

³ RDC, Ministère de la santé : Stratégie de Renforcement du système de santé. Kinshasa, 2006.

⁴ RDC, Ministère de la santé : Stratégie de Renforcement du système de santé, Kinshasa, 2010.

⁵ WHO, La stratégie des soins de santé primaires. Alma Ata, 1978.

⁶ RDC, Ministère de la santé : Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020. Kinshasa, 2016.

⁷ RDC, Ministère de la santé : Plan National de Développement Sanitaire Recadré 2019-2022. Kinshasa, 2018

⁸ WHO, La couverture universelle en santé. Genève, 2019. [https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

⁹ Nations Unies. Les objectifs de développement durables. 2015. <https://www.undp.org/fr/sustainable-development-goals>.

¹⁰ RDC. Constitution de la RDC. Kinshasa, 2006.

Ce PNDS comporte trois axes stratégiques suivants : (1) Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé à travers 3 programmes d'actions dont celui de l'Amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population dans les domaines ci-dessous :

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, (2) Appui aux piliers du système de santé pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité de soins de qualité (Ressources humaines, Médicament, vaccins et intrants, Infrastructures et équipements, Information sanitaire et Financement) ainsi que (3) l'appui à la gouvernance, au leadership et au pilotage du système de santé.

La présente évaluation vise à faire le point sur les progrès et défis dans la mise en œuvre des actions planifiées dans le PNDS ainsi que les PPDS et PAO pour ainsi analyser les performances sectorielles par rapport aux cibles définies en tenant compte des réalités contextuelles de chaque province. Cette évaluation a été conduite par une équipe d'évaluateurs externes sous la responsabilité et la coordination du Secrétaire Général à la Santé. Les résultats de cette dernière ont présentés à la revue sectorielle et au Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé de novembre 2022 pour prise de décisions éventuelles.

2. METHODOLOGIE

2.1. Approche méthodologique

L'approche méthodologique répondait au principe de redevabilité mutuelle, d'évaluation participative, inclusive avec implication de tous les acteurs et bénéficiaires du PNDS 2019-2022. L'évaluation s'inscrivait dans le contexte des Objectifs de Développement Durable (ODD), de la Couverture Sanitaire Universelle, et de l'engagement des réformes aux niveaux sanitaires et économiques.

2.2. Cadre conceptuel de l'évaluation

Le cadre conceptuel proposé pour cette évaluation du PNDS recadré 2019-2022 s'est inspiré du Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+)¹¹ (ANNEXE 3). Mais il intègre également les éléments fondamentaux repris de la méthodologie « Joint

¹¹ Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+) (actuellement, [CSU2030 - UHC2030](#))

Assessment of National Strategy (JANS)¹² », des normes et standards du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) pour l'évaluation¹³ et des déclarations sur l'efficacité de l'aide au développement : Déclaration de Paris¹⁴, Programme d'Action d'Accra¹⁵ et Partenariat de Busan¹⁶). Le thème de l'équité était repris de manière transversale.

A partir de ce cadre général, l'analyse des objectifs assignés à cette évaluation a permis de dégager les principaux objets d'évaluation suivants (la figure 1): (i) la pertinence entre les différentes références de la planification stratégique, (ii) la cohérence entre les objectifs généraux, les objectifs spécifiques et les activités planifiées, (iii) la cohérence entre les réalisations et les ressources ainsi que le dispositif de mise en œuvre, (iv) les liens entre les intrants et les extrants (Efficacité), (v) les liens entre les extrants et les effets (Effectivité), (vi) les principes fondamentaux de l'efficacité de l'aide : redevabilité, coordination, appropriation, alignement et harmonisation.



Figure 1 : Critères pour l'évaluation du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement Économiques (OCDE)¹⁷

Le critère efficacité a été appliqué aux objectifs spécifiques poursuivis (OS1 à OS4) tel que décrits ci-haut. Les critères pertinence, efficacité et viabilité ont été appliqués à l'un ou l'autre

¹² Joint Assessment of National Strategy (JANS)

¹³ Les normes et standards du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE pour l'évaluation.

¹⁴ Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. 2005

¹⁵ Programme d'Action d'Accra, 2008. <https://www.oecd.org/fr/cad/efficacite/34579826.pdf>

¹⁶ Partenariat de Busan.(référence ???)

¹⁷ OCDE, 2020. Des critères améliorés pour des évaluations meilleures : critères d'évaluation révisés et actualisés

[<https://www.oecd.org/fr/cad/evaluation/criteres-d-evaluation-brochure-2020.pdf>]

des résultats du PNDS 2019-2022. **Les critères impact et cohérence** étaient appliqués de manière globale à l'ensemble des résultats du PNDS 2019-2022.

Pour répondre aux objectifs de l'évaluation, nous avons fait recours à une méthodologie générale faite d'une évaluation sommative (atteinte des résultats du PNDS 2019-2022) et d'une évaluation formative (leçons apprises pour une meilleure orientation du prochain PNDS 2023-2027)¹⁸. Le premier type a apprécié le niveau d'atteinte des résultats du PNDS 2019-2022 selon les cibles préalablement définies dans les documents de référence du plan. Le second a examiné, au regard des leçons tirées de la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022 les problèmes rencontrés et des défis à relever (analyse *FFOM*¹⁹ : analyse Forces-Faiblesses-Opportunités-Menaces) pour ainsi proposer des pistes de solutions sous forme de recommandations.

¹⁸ Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Denis, J. L., & Avargues, M. C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48(6), 517-39.

¹⁹ . Analyse Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces.

2.3. Identification des résultats attendus

A partir des objectifs spécifiques assignés à cette mission d'évaluation, un certain nombre de résultats attendus ont été définis.

2.3.1. Objectif général

Evaluer, à travers une analyse en profondeur, la réalisation des objectifs du PNDS recadré 2019-2022, de dégager les forces, les faiblesses, les leçons apprises de la mise en œuvre au cours de la période dévolue au PNDS.

2.3.2. Objectifs spécifiques

Ci-dessous les objectifs spécifiques et les résultats attendus de cette mission d'évaluation.

- 2.3.2.1. *Evaluer le niveau de mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022 par axes, programmes et actions dans leur déclinaison aux différents niveaux du système de santé*
- 2.3.2.2. *Evaluer de manière cohérente les résultats enregistrés dans la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-22 par rapport aux objectifs et aux cibles fixés, ainsi que les écarts observés (disparités géographique et socioéconomique) ;*
- 2.3.2.3. *Evaluer et décrire le niveau de financement global, le niveau de financement par axes stratégiques et par source de financement (gouvernement, partenaires au développement, ménages), l'adéquation entre l'allocation des ressources et les résultats ainsi que la pertinence et l'efficacité dans l'utilisation des ressources pour chacune de ces années de mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022. Il s'agissait d'évaluer et décrire le niveau de financement par année (ordre de grandeur, sources, modalités et allocations par axe stratégique)*
- 2.3.2.4. *Evaluer l'efficacité, l'efficacités et éventuellement les faiblesses des différentes modalités de financement en ce qui concerne l'offre et l'accès aux services de santé (financement basé sur les intrants, subventions mises à disposition par les initiatives mondiales pour la santé, le financement basé sur les performances, Global Financing Facility-GFF Mécanisme de Financement Mondial, etc.).*

Description et analyse du fonctionnement, pour dégager les effets positifs ou pervers sur l'offre et l'accès aux services de santé du mécanisme de financement basé sur les intrants, des subventions mises à disposition par les initiatives mondiales pour la santé, du financement basé sur les performances, *Global Financing Facility (GFF) ou Mécanisme de Financement Mondial.*

2.3.2.5. *Evaluer et décrire la mise en œuvre des réformes telle que la réforme organique (niveau central et provincial) ainsi que la réforme du financement de la santé (mise en place de la CAGF, cellule de passation des marchés) et leur impact sur l'organisation et l'offre des services de santé au niveau des zones de santé.*

Description et analyse de la mise en œuvre et de l'impact sur l'organisation et l'offre des services de santé au niveau des zones de santé de la réforme organique (niveau central et provincial), de la réforme du financement de la santé, de la mise en place de la Cellule d'Appui à la Gestion Financière (CAGF) et de la cellule de passation des marchés et de la Couverture Sanitaire Universelle

2.3.2.6. *Analyser en profondeur les questions en rapport avec la gestion des ressources humaines, particulièrement en ce qui concerne leur affectation, utilisation, motivation et les mécanismes de stabilisation mis en place ;*

Description et analyse du processus de recrutement, affectation et encadrement des ressources humaines dans le secteur santé et aux différents échelons ;

2.3.2.7. *Analyser les questions en rapport avec la production et l'utilisation de l'information sanitaire et d'interopérabilité des différentes bases des données ;*

Description et analyse du processus de collecte et de transmission des données sanitaires au niveau des différents échelons du système de santé ;
Evaluation de la qualité des données recueillies dans le cadre du SNIS de routine et du logiciel DHIS2.

2.3.2.8. *Analyser la mise en œuvre des principes de partenariat de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, le Plan d'Action d'Accra et le Partenariat Mondial de Busan dans le secteur de la Santé au cours de la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022.*

- 1) Description et analyse des mécanismes de coordination.
- 2) Description et analyse de l'alignement des parties prenantes sur le PNDS recadré 2019-2022 et de l'harmonisation avec les procédures nationales.
- 3) Description et analyse des mécanismes mise en place pour l'appropriation des priorités de développement par le pays, l'orientation vers les résultats, les partenariats pour le développement ouverts à tous et la transparence et la redevabilité réciproque.

2.3.2.9. Dégager les leçons, les bonnes pratiques, les difficultés, les défis et les contraintes rencontrés sur le plan technique que financier ;

Identification des leçons apprises, les bonnes pratiques, les difficultés, les défis et les contraintes rencontrés en matière de choix des priorités, le Dispositif de mise en œuvre, Coordination, le Financement et Mobilisation des ressources (Déclaration d'Abuja), la Gestion des ressources humaines, la Mise en œuvre des réformes, Mise en œuvre des principes de partenariat de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, le Plan d'Actions d'Accra et le Partenariat Mondial de Busan, la Mise en place de la Couverture Universelle en Santé et progrès vers les Objectifs pour le développement durable (ODD).

2.3.2.10. Formuler des recommandations et les orientations stratégiques pour le prochain PNDS (2023-2027)

En fonction des résultats de l'évaluation, des recommandations étaient formulées en rapport avec le dispositif général de mise en œuvre du PNDS, la mise en œuvre des réformes du système de santé, chaque axe stratégique, la mobilisation et la gestion des ressources, l'équité, la production et l'utilisation des services.

2.4. Etapes de l'Evaluation

Les principales étapes sont aussi reprises dans le document détaillé de méthodologie et dans le chronogramme en annexes.

2.4.1. La Préparation de l'évaluation

Cette phase comprenait la période d'élaboration de la note méthodologique jusqu'à la validation de celle-ci, puis l'harmonisation du chronogramme avec le Comité de Coordination Technique du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CCT du CNP-SS).

2.4.2. La Phase de collecte des données

La collecte des données a été organisée de manière à atteindre les objectifs/résultats de l'évaluation et à répondre aux questions de l'évaluation à travers les outils et techniques proposés (Voir Annexe 2) :

Question principale : Quel est le niveau d'atteinte des objectifs prévus dans le PNDS recadré 2019-2022 ainsi que dans les documents de matérialisation de ce dernier (Plans Stratégique sous sectoriels, Plan Provincial de Développement Sanitaire, plans stratégiques des Programmes spécialisés et plans stratégiques des structures de santé) ?

Questions secondaires : Quelles sont les leçons à tirer de la mise en œuvre du PNDS et les pistes de solution pouvant guider le prochain PNDS ?

Pour répondre à ces questions, nous avons utilisé des techniques décrites ci-dessous ainsi que la triangulation des informations pour assurer une certaine robustesse méthodologique²⁰:

2.4.2.1. La revue documentaire

La revue documentaire a été réalisée en utilisant des grilles de collecte de données dont une pour les données qualitatives et une autre pour les données quantitatives. Pour cette dernière, il s'agit essentiellement de données permettant de calculer le niveau d'atteinte des indicateurs des différents plans. La documentation comprend, à titre indicatif : la 2^{ème} édition de la SRSS (2010), les PNDS 2016-2020 et 2019-2022, le rapport de l'évaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2022, les Plans stratégiques sous sectoriels, les différents PPDS des provinces, les différents PAO annuels ainsi que leur niveau de réalisation en provinces. L'évaluation a aussi porté sur l'exploitation des rapports d'activités des Programmes spécialisés, des données du système national d'information sanitaire (DSNIS) et ceux des rapports des partenaires techniques et financiers impliqués dans la mise en œuvre des activités de santé en RDC.

2.4.2.2. Les entretiens semi-dirigés (individuel et de groupe)

Après une analyse sommaire des données de la revue documentaire, un guide d'entretien ouvert a été élaboré pour servir d'outil de base pour les entretiens semi-dirigés avec des personnes-clés et des focus groupes. Ce guide était composé de : (i) des questions en rapport avec les objectifs de l'évaluation notamment en rapport avec les résultats atteints (OS1 à OS5) et (ii) des questions spécifiques reformulées et adaptées à chaque catégorie des personnes ayant fait l'objet d'un entretien ou d'un focus group.

Les personnes ci-dessous ont participé aux entretiens :

1) Les cadres et experts du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention à différents niveaux de la pyramide, à savoir :

- Au niveau national le Ministre, le Secrétaire Général, les Directeurs Généraux et Directeurs des Directions et Programmes Spécialisés, dont le directeur de la DEP, l'Inspecteur général national de la santé, etc.) ;
- Au niveau provincial : les Ministres Provinciaux de la Santé, les différents chefs de division et d'inspection provinciaux de la santé, les différents chefs de bureaux des divisions provinciales de la santé etc.) ;
- Au niveau opérationnel : les membres des équipes cadres des ZS visitées dont les Médecins Chefs des Zones, Médecins Directeur des Hôpitaux Généraux de Référence, Médecins Chef de Staff, Infirmier Superviseur, Infirmier Titulaire,

²⁰ Pinard, R., Potvin, P., & Rousseau, R. (2004). Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Recherches qualitatives*, 24(1), 58-80.

Administrateur Gestionnaire des ZS et des Hôpitaux, Directeur de Nursing, Technicien de Développement rural, et autres ; ainsi que les prestataires des soins et les prestataires communautaires (les relais communautaires), etc.

- 2) Les responsables des autres ministères étant intervenu dans la mise en œuvre du PNDS (Budget, Plan, Finances) ;
- 3) Les différents partenaires techniques et financiers de la santé (membres du GIBS, au niveau national et au niveau provincial) ;
- 4) Les prestataires à tous les niveaux du système de santé, y compris les relais communautaires et les délégués de la société civile ;
- 5) La population bénéficiaire (patients en consultation ambulatoire ou patients hospitalisés selon les circonstances).

Les mesures barrières contre la Covid-19 ont été respectées lors de la réalisation des différentes réunions et entretiens avec les personnes impliquées dans le processus d'évaluation (port de masque, distanciation sociale et désinfection des mains).

2.4.2.3. Les visites de terrain

Toutes les 26 provinces ont été concernées par cette évaluation. Pour chaque province, outre les entretiens avec l'équipe cadre de la DPS, l'équipe en charge d'évaluation a visité deux zones de santé ciblées de manière raisonnée en concertation avec le Chef de Division Provinciale de la Santé (une zone urbaine et une zone rurale accessible pendant la durée de l'évaluation).

Ces visites avaient pour objectif de compléter et corriger l'analyse par la vérification effective des réalisations et recueillir les opinions et les avis des membres des structures locales en charge de la mise en œuvre et du suivi-évaluation du PNDS, des usagers (bénéficiaires), des acteurs du sous-secteur sanitaire privé, du sous-secteur sanitaire traditionnel, des ONG et associations, des agents de santé communautaire.

Les techniques de collecte des données utilisées étaient : l'entretien semi-structuré sur base d'un guide d'entretien et l'enquête qualitative rapide à travers des discussions en Focus groupe en particulier pour les représentants des bénéficiaires et des organisations à base communautaire.

2.4.2.4. Extraction et analyse des informations

Les données quantitatives ont été encodées et analysées par Microsoft Excel. Nous avons essentiellement cherché à observer la tendance de l'évolution des indicateurs des différents Programmes Spécialisés et autres structures de santé au niveau central.

Pour les données qualitatives, une analyse du contenu a été effectuée grâce à un processus itératif et regroupant les données issues des entretiens. Cette analyse a abouti à des thèmes prédominants après les étapes suivantes : (a) la familiarisation nécessitant une lecture approfondie des transcrits issus des entretiens, (b) le codage et analyse des transcrits dans le logiciel Atlas.ti 9, (c) la classification des codes en thèmes en relevant les verbatim issus des transcrits, (d) la triangulation de ces données avec celles issues de l'observation. Une arborescence constituée de thèmes, catégories et « phrase-témoins » ou verbatim s'est développée au cours de l'analyse des données qualitatives.

L'ensemble de données et informations collectées à travers la revue documentaire, les entretiens avec les informateurs clés, le constat lors des visites sur terrain avaient fait l'objet d'une triangulation par l'équipe des consultants et discutés avec le Comité de Coordination Technique et les commissions techniques du CNP-SS. L'analyse a été structurée sur base des résultats attendus de l'évaluation.

2.4.3. Phase de restitution

L'exercice de restitution nous a permis d'établir un dialogue et une concertation transparente entre l'équipe des évaluateurs indépendants et les autres parties prenantes :

- **Atelier d'évaluation** d'une durée de 1 jour avec les membres du Comité de Coordination Technique avec au moins le président ou un membre de chacune des commissions. L'objectif était de confronter, d'harmoniser et de parfaire le diagnostic proposé par les évaluateurs externes, puis de formuler des recommandations pertinentes.
- **Atelier de Restitution** d'une durée de 1 jour qui avait permis de faire la restitution orale des résultats de la mission aux principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022 (Membres du Secrétariat technique du Comité de National de Pilotage du Secteur de la santé). L'objectif était de partager les constats et les recommandations et de recueillir les amendements.
- **Revue sectorielle santé**
Le rapport consolidé de l'évaluation a été présenté à la Revue sectorielle de la santé qui s'était tenue à Kinshasa en novembre 2022. Ce rapport fut alors adopté et validé par les membres du CNP-SS.

2.4.4. Du rapportage et livrables

2.4.4.1. *Rapport provisoire de l'évaluation*

Le rapport provisoire a été rédigé par les évaluateurs indépendants à l'issue d'un séminaire d'évaluation qui les a réunis avec les évaluateurs internes (Commissions techniques du CNP-SS). Ce rapport comprend les principaux éléments du diagnostic et des recommandations.

2.4.4.2. *Rapport consolidé de l'évaluation*

Le Rapport consolidé de l'évaluation a été rédigé juste après l'Atelier de Restitution. Il a été présenté en français (police Calibri light, taille 12, interligne 1,15, marges 2,5), sans dépasser cent (100) pages annexes non comprises en offrant une structure ci-dessous :

- (i) *Un résumé exécutif (10 pages);*
- (ii) *Une brève analyse du contexte et justification de l'évaluation, reprenant notamment les éléments essentiels des termes de références et la démarche méthodologique proposée ;*
- (iii) *Les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2019-2022 incluant les points forts, les points faibles ;*
- (iv) *Les enseignements tirés et conclusions.*
- (v) *Une série de recommandations pour le prochain PNDS 2023-2027.*

2.4.4.3. Rapport final de l'évaluation

Le Rapport final de l'évaluation du PNDS 2019-2022 a été finalisé juste après la Revue Sectorielle de la Santé de novembre 2022 après intégration des amendements issus de celle-ci.

2.4.4.4. Livrables de la mission d'évaluation

Le rapport final de l'évaluation a été transmis au MSPHP pour inputs et feedback. La dernière version du rapport final a été amélioré en intégrant les contributions des parties prenantes.

L'ensemble des livrables de la mission était constitué des documents suivants :

- 1) Une note méthodologique de l'évaluation
- 2) Un rapport provisoire après l'atelier de restitution avec le CNP-SS.
- 3) Un rapport final complet comprenant :
 - a. Résumé des principales conclusions et recommandations ;
 - b. Objectif, champ de l'évaluation et contexte ;
 - c. Approche méthodologique, sa justification et les contraintes rencontrées ;
 - d. Les détails concernant les résultats attendus pour les interventions menées par objectifs et des questions d'évaluation ciblées par organisation membre du consortium.
- 4) Une présentation de restitution (Power Point).

Les documents sont écrits en français et envoyés sous format électronique.

2.5. Ethique de la mission d'évaluation

Notre approche utilisée a été basée sur des valeurs qui se résument en 4 points fondamentaux, qui sont :

Neutralité	Non compromission
Rejet des conflits d'intérêts	Transparence

Ces valeurs sont d'autant plus importantes dans ce genre d'évaluation où le consultant connaît certains acteurs. La position de consultant loyal est cruciale pour permettre de faire les choix stratégiques les mieux éclairés et les plus pertinents pour l'atteinte des meilleurs résultats, non seulement sur le court-terme, mais avec une notion de pérennisation des produits à moyen et long-terme. Nous avons veillé scrupuleusement au respect de ces valeurs attribuées à l'approche utilisée. D'où l'intérêt d'avoir réalisé une telle mission en équipe de cinq consultants venus d'institutions différentes avec une analyse indépendante des informations collectées, tout en cherchant à déterminer le taux de concordance des observations similaires.

2.6. Analyse des hypothèses et risques

L'hypothèse de départ était que le temps de travail étant très court, les consultants ont trouvé toute la documentation pour réaliser une investigation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et une étude désagrégée par rapport aux variables. L'absence des données constituerait une limite dans l'atteinte des résultats et dans la compréhension des résultats spécifiques par province.

Les risques probables étaient l'insécurité dans certaines provinces et les problèmes de santé publique (catastrophes et épidémies).

La collaboration étroite avec le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention, le Secrétariat Général et le Comité de Coordination Technique était indispensable pour la collecte des données exhaustives et pertinentes.

2.7. Limites de l'évaluation

La collecte des données a démarré avec retard et a été insuffisante.

En effet, certaines données ont été manquantes ou aberrantes aussi bien au Ministère que chez quelques partenaires. Les interviews planifiées n'ont pas été toutes réalisées durant la période de l'évaluation. Quelques indicateurs n'ont pas été analysés par manque de données ou d'études d'impact. La triangulation des sources et des données n'a pas été optimale dans tous les cas.

3. RESULTATS PAR AXE STRATEGIQUE

Cette partie présente les résultats de l'évaluation par axe stratégique. Il sied de rappeler que le PNDS recadré 2019-2022 comprend trois axes stratégiques ci-après : (i) Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins, (ii) Appui aux différents piliers du système de santé, et (iii) Renforcement de la gouvernance et du système de santé.

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

3.1.1. 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

De manière globale l'évaluation du niveau d'atteinte des résultats attendus pour cet axe s'est heurtée à l'insuffisance des données disponibles et/ou mobilisables durant la période fixée pour cette évaluation. Aussi la couverture sanitaire de base de 30% pour l'année 2018 avait été estimée sur base de l'enquête SARA organisée en 2014. Cette dernière avait montré que l'ensemble des formations sanitaires du pays avaient un indice moyen de capacité opérationnelle des services généraux de 27% (La disponibilité moyenne des équipements essentiels dans les FOSA était à 75% avec seulement 27% des FOSA qui disposaient de tous les éléments traceurs et 2% des FOSA qui disposaient de tous les éléments traceurs pour mener les diagnostics essentiels)²¹. La nouvelle version du rapport SARA qu'on attendait depuis 2018 n'a pas été réalisée du fait de la pandémie Covid-19 laissant un vide dans l'évaluation de ces indicateurs de base. Ainsi pour évaluer le niveau de progression de la couverture sanitaire, l'on a croisé les informations sur les formations existantes, les rapports d'activités du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention et les rapports des projets /programmes de réhabilitation et équipement des formations sanitaires mis en œuvre durant la période 2019-2022 en RDC.

²¹ RDC, Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé -SARA 2014.

3.1.1.1. De l'amélioration de la couverture sanitaire

Le tableau 1 ci-dessous présente l'évolution du nombre des structures offrant le PMA et le PCA dans les ZS

Tableau 1 : Evolution du nombre des structures offrant le PMA et le PCA dans les ZS

Indicateurs	2019	2020	2021	2022 -S1
Population Pays (**)	87 491754	90 029 015	92 377 986 ¹	95 056 948
Nombre des ZS	516	519*	519*	519*
Nombre Aires de santé	8830	9131	9131	9131
Nombre CS / FOSA	8266	13119	13361	13373
Nb CS avec PMA basique (%)		10525 (80,2%)	10861 (81,3%)	11303 (84,5%)
Nb. CS avec PMA complet (%)	579 (7%)	663 (5,1%)	697 (5,2%)	841 (6,3%)
Nb.HGR	424	467	496	496
Nb. HGR avec PCA complet (%)	30 (7%)	101 (21,6%)	40 (8,0%)	40 (8,0%)
Pop habitant en < 2h / 5km de marche	ND	ND	ND	ND
% habit avec accès géogra aux FOSA	ND	ND	ND	ND
Taux d'utilisation services curatifs	49,0%	55,1%	51,3%	64,3%
Nb provinces tx utilisation >50%	12	18	10	26

(*) Trois ZS fonctionnent depuis 2020 sans autorisation officielle du MSP :1 ZS dans la Province du Kasai central (ZS Dikungu) et deux ZS dans la Province du Sankuru (ZS Ototo et ZS Bena).

(**) Estimation de l'Institut National de Statistique avec le taux d'accroissement démographique de 2,9%.

La proportion des CS offrant un PMA basique a été stabilisée au-delà de 80% durant les trois dernières années alors que la proportion des CS offrant un PMA complet a évolué de 5,1% en 2019 à 6,3% en 2021.

Pour 2020, la province de Haut-Uélé n'avait pas rapporté le nombre des CS disponibles. Aussi, il manquait des détails sur la catégorisation des formations sanitaires pour les provinces de Mongala et Ituri.

Pour 2021, la population de référence utilisée est celle projetée par la Banque Mondiale. Mais, pour les années antérieures nous avons utilisées les estimations de l'Institut National de Statistique.

¹ World Bank data. <https://data.worldbank.org/indicator/SM.POP.REFG.OR?locations=CD>

Tableau 2 : Nombre d'établissements de soins offrant un PMA, PCA basique et complet dans les DPS ayant rapporté les données en 2021

N°	DPS	Nbre de CS	PMA		Nbre d'HGR	PCA	
			Basique	Complet		Basique	Complet
1	Bas-Uélé	162	49	39	11	7	1
2	Equateur	284	272	12	18	16	2
3	Haut-Katanga	1244	1244	0	22	22	0
4	Haut-Lomami	331	331	0	16	16	0
5	Haut-Uélé	213	213	0	13	13	0
6	Ituri	(586)	(442)	(144)	36	(8)	0
7	Kasaï	395	395	0	18	18	0
8	Kasaï-Central	443	443	30	25	25	0
9	Kasaï-Oriental	317	196	68	19	9	4
10	Kinshasa	3308	2357	225	33	33	0
11	Kongo-Central	403	302	99	28	4	3
12	Kwango	251	251	0	14	14	0
13	Kwilu	648	648	13	24	24	0
14	Lomami	316	280	36	16	14	2
15	Lualaba	479	479	0	12	12	0
16	Mai-Ndombe	310	310	0	14	14	0
17	Maniema	282	282	20	18	18	1
18	Mongala	515	35	25	12	11	5
19	Nord-Kivu	617	615	2	33	32	1
20	Nord-Ubangi	175	171	53	11	8	3
21	Sankuru	248	234	5	16	14	0
22	Sud-Kivu	643	634	9	34	26	8
23	Sud-Ubangi	246	246	20	16	16	4
24	Tanganyika	269	258	2	9	9	0
25	Tshopo	428	356	39	16	16	0
26	Tshuapa	260	260	0	12	12	0
Total		13373	11303	841	496	441	40

Source : rapport annuel 2021 du MSP (complété pour la Province d'Ituri avec les données 2022).

Pour le premier semestre 2022, sur 13373 CS existants dans l'ensemble du pays, 11303 CS soit 84,5% offrent un PMA basique. Seulement 841 CS soit 6,3% offrent un PMA complet. Parmi les 519 ZS, seules 496 possèdent un HGR depuis 2021 dont 441 avec un PCA basique et 40 avec un PCA complet.

3.1.1.2. De l'amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population

La qualité des soins résulte d'un processus multifactoriel conceptualisé dans chaque établissement de soins (HGR et CS) où les ordinogrammes, fiches techniques et protocoles thérapeutiques sont utilisés pour assurer l'adéquation diagnostic-traitement. Pour déterminer avec plus de précision l'application de ces protocoles thérapeutiques, une grille de qualité des procédures et du contenu des soins a été mise en place par le Projet PDSS/BM pour évaluer, sous forme des scores, la qualité du paquet des services offerts à la population aux niveaux de CS et HGR sur base des services ou domaines d'interventions de PMA ou PCA. Il s'agit des services suivants : Organisation générale, Plan de management, Finance, Comité des Indigents, Hygiène et Stérilisation, Consultation externe, Planning familial, Laboratoire, Services

d'observation, Médicaments et consommables, Médicaments traceurs, Service de maternité, PEV, CPN et VIH/TB.

Ainsi, deux types d'indicateurs ont été retenus pour apprécier la qualité des paquets de services offerts à la population. Il s'agit de (i) le score qualité moyen pour les prestations des soins et (ii) l'assurance qualité de sang pour la sécurité transfusionnelle. Les figures et tableaux ci-dessous (Fig.1, Fig.2, Tab.3) montrent l'évolution de ces indicateurs dans les DPS appuyées par le Programme PDSS durant les trois dernières années du PNDS.

3.1.1.2.1. Le score qualité moyen aux FOSA (CS et HGR)

Le score qualité moyen dont les résultats sont présentés ci-dessous dans la figure 2 a été calculé sur base des 15 critères utilisés par le projet PDSS pour évaluer la qualité des soins offerts à la population par les établissements de soins dans 11 DPS appuyées par ce projet.

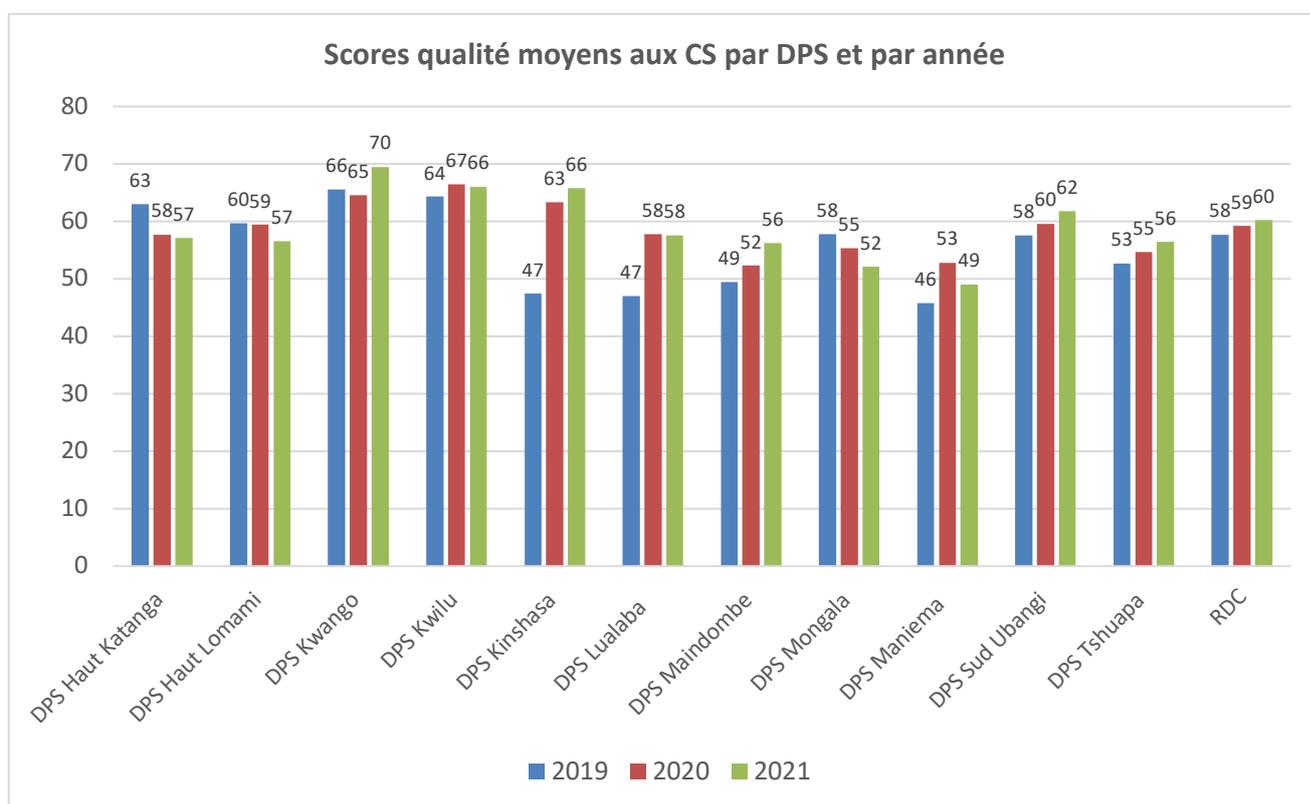


Figure 1 : Score qualité moyen des CS par DPS par année de 2019 à 2021

(Source : Rapport annuel PDSS 2021).

On constate une amélioration de ce score de qualité des soins dans toutes les provinces appuyées par le PDSS sauf pour les provinces du Haut-Katanga, Mongala et Haut Lomami.

Le graphique ci-dessous montre l'évolution du score de qualité moyen des soins par année dans les HGR des DPS appuyées par le Programme PDSS de 2019 à 2021.

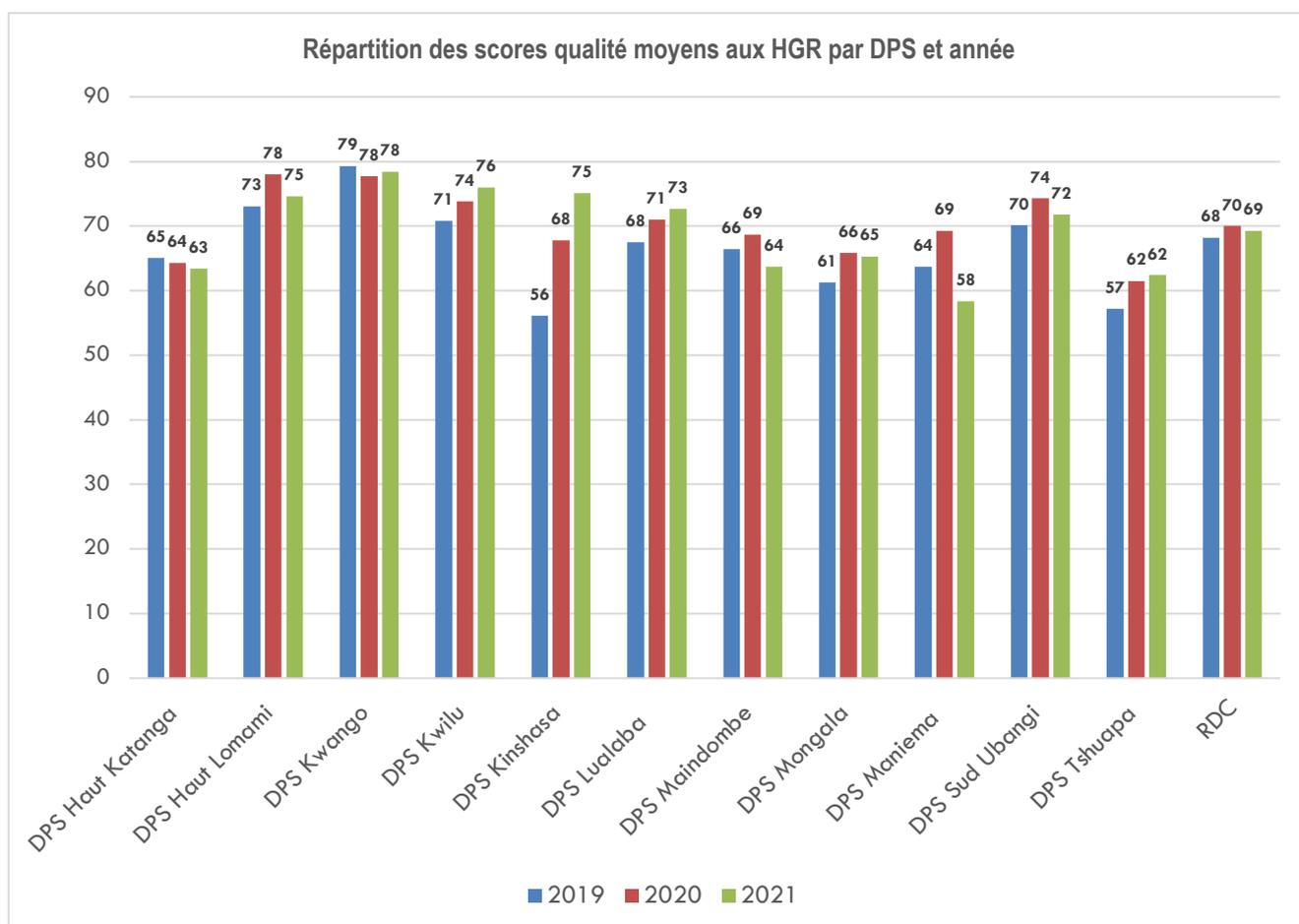


Figure 2 : Score qualité moyen des HGR par DPS en 2021. (Source : Rapport annuel PDSS 2021)

En 2019, les scores qualité moyens des HGR variaient entre 56% et 73% pour les DPS ciblées. De manière générale, ces scores se sont améliorés progressivement de 2019 à 2021 pour atteindre des scores supérieurs à 60%, à l'exception de la DPS Maniema dont le score qualité moyen en 2021 est resté à 58%.

3.1.1.2.2. L'Assurance qualité du sang (sécurité transfusionnelle)

Pour renforcer le système d'assurance qualité en matière de laboratoire et banque de sang, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) à travers le Programme National de Transfusion Sanguine (PNTS), a mis en œuvre en 2021 les activités visant l'amélioration de 75 % à 100% la couverture et l'accès en produits sanguins de qualité en quantité suffisante aux personnes nécessiteuses afin de contribuer au paquet de services en faveur de la SRMNEA à l'HGR.

Selon le rapport du PNTS, le besoin en sang pour tout le pays est estimé à 700 000 dons alors qu'en 2021 on a réussi à collecter 433 770 dons soit une couverture de 62%. La proportion des

dons bénévoles est estimée à 44%, loin de norme (80%), contre 51 % des dons familiaux et 5% des dons rémunérés. Le tableau ci-dessous montre l'évolution de la couverture en dons de sang testés aux quatre marqueurs de 2018 à 2021.

Tableau 3 : Évolution de la couverture en dons de sang testés aux quatre marqueurs

Dons de sang	2018	2019	2020	2021
Total dons de sang	420147	440367	421419	433770
Dons à risque	49777	198165	192167	34508
% Dons à risque*	11,8	45,0	45,6	8,0

(*) Dons de sang non testés aux 4 marqueurs - Source : rapport PNTS,2022.

Les données indiquent que la proportion des dons de sang à risque a été réduite passant de 45,0% en 2019 à 8,0% en 2021.

3.1.1.3. Du renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente

Santé maternelle et infantile

En attendant une évaluation par des études appropriées, l'impact paraît réel sur la réduction de mortalité maternelle, néonatale et infantile. Des interventions ont été menées en 2021 pour étendre la couverture des prestations de SRMNEA-Nut qui représente une activité phare dans ce PNDS 2019-2022.

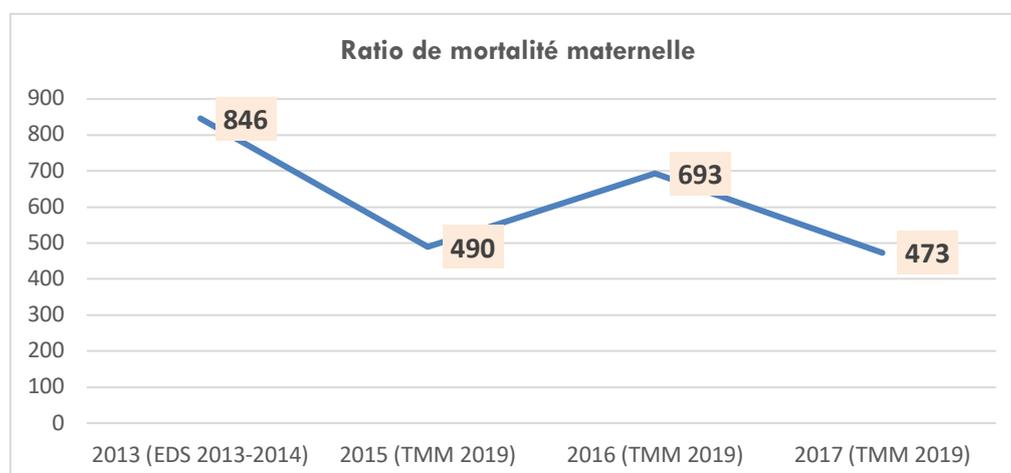


Figure 3 : Ratio de mortalité maternelle²²(source : Rapport annuel 2021 de la Direction de la Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques, DSFGS).

²² World Health Organization, UNICEF, United Nations Population Fund and The World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. WHO, Geneva, 2019

Selon les estimations de Trends in Maternal Mortality (TMM) 2000 to 2017, (Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the UN Population (Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group MMEIG)), le ratio de la mortalité maternelle serait en baisse. Malheureusement, il n’y a pas d’autres études spécifiques sur la mortalité maternelle en RDC depuis 2017.

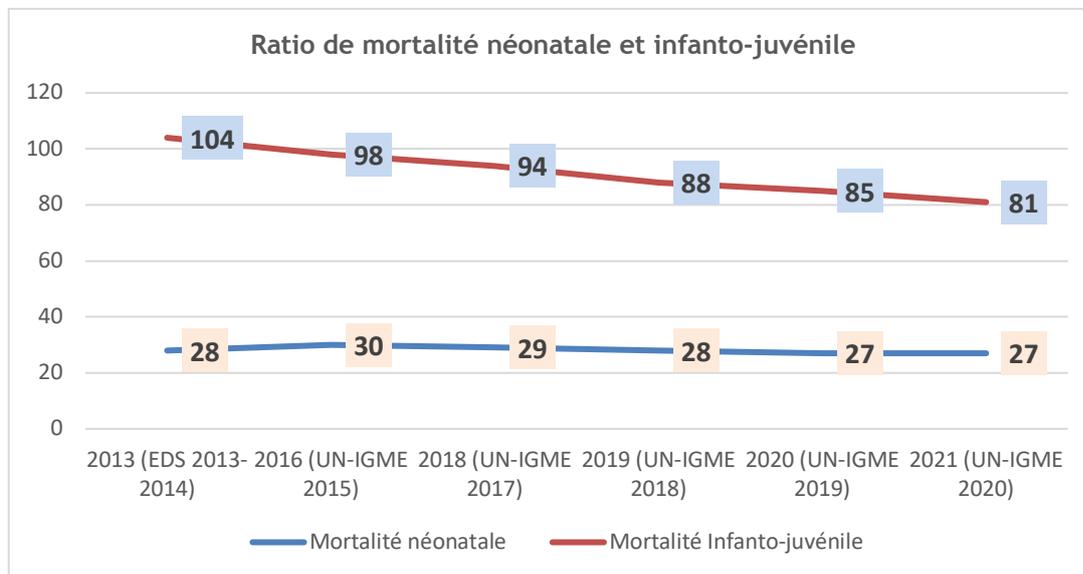


Figure 4 : Ratio de mortalité néonatale et infanto-juvénile (Source : EDS 2014, UN-IGME 2015 to 2021, DSFGS)

Le ratio de mortalité néonatale en RDC semble stagner de 2018 à 2021, selon UN IGME (Inter-agency Group for Child Mortality Estimation). Par contre, la mortalité infanto-juvénile décline légèrement. L’enquête MICS 2018 montre une baisse de la mortalité à 14‰ naissances vivantes pour la mortalité néonatale et à 70‰ naissances vivantes pour la mortalité infanto-juvénile. Ces résultats tomberaient en dessous des cibles finales du PNDS 2019-2022. Cette légère amélioration serait probablement due à certaines interventions à haut-impact de nature préventive et promotionnelle suivantes : la vaccination avec l’introduction de PCV-13, la sensibilisation, etc.

Avec une prévalence contraceptive moderne des femmes en âge de procréer estimée à 13 % en 2021, la RDC a atteint sa cible de PNDS. La disponibilité des contraceptifs couplée à la disponibilité de l’offre des services PF expliqueraient ce succès. Néanmoins, il n’est pas rare de constater après analyse des données que certaines nouvelles acceptantes sont rapportées pendant que les contraceptifs n’ont pas été distribués (Rapport du Secteur Santé 2021, Ministère de la santé).

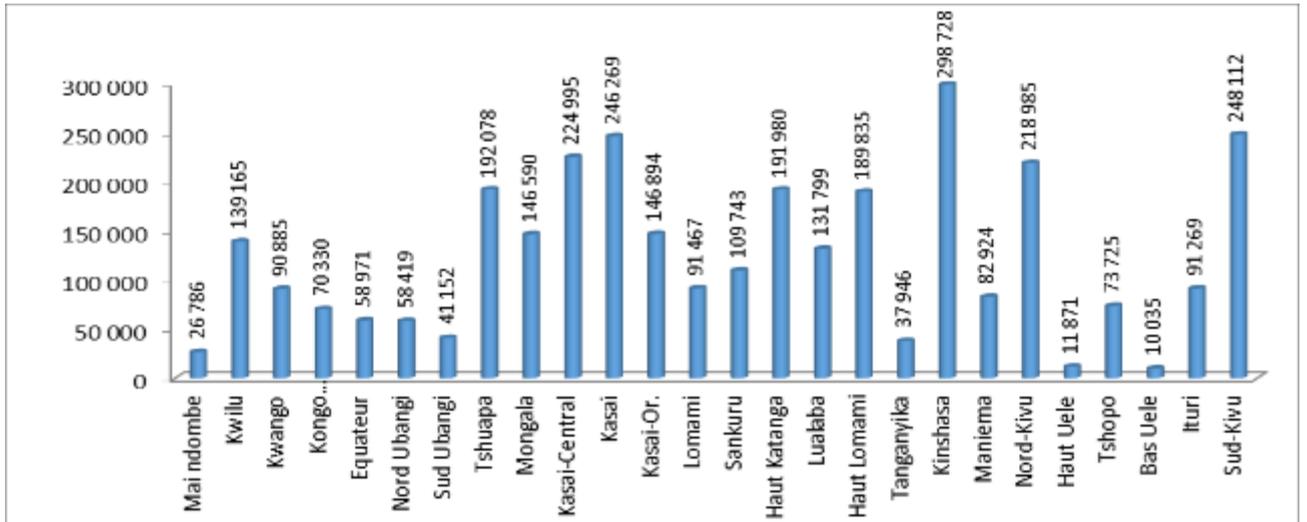


Figure 5 : Nombre de nouvelles acceptantes sous méthodes contraceptives modernes. (Source : Rapport annuel PNSR 2021)

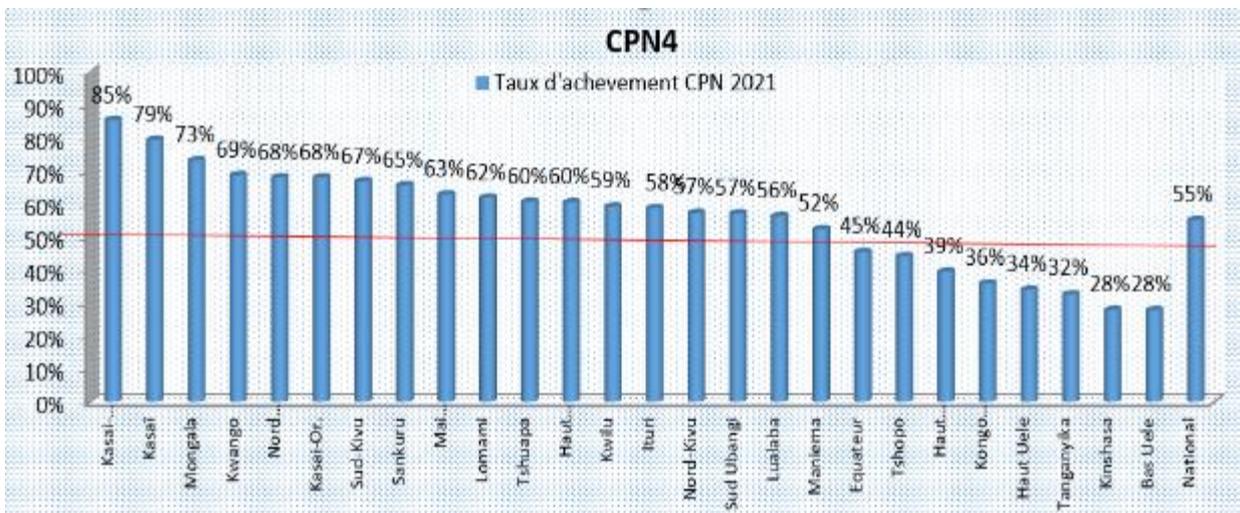


Figure 6 : CPN4 par DPS (Source : Rapport annuel PNSR 2021, données tirées de DHIS 2)

Les FOSA ont consulté plus de femmes en 2021 pour les 4 visites prénatales soit 55% par rapport à la cible de 59% du PNDS. Les DPS Kinshasa, Kongo central, Tanganyika, Bas-Uélé et Haut-Uélé ont présenté un plus mauvais score. Toutefois, les femmes enceintes, pour accoucher, évitent les Fosa publiques généralement sous équipées au profit des Fosa privées pour « un meilleur confort ». Or, certaines Fosa privées ne rapportent pas les informations dans le SNIS, comme les provinces de Kinshasa et Kongo-central.

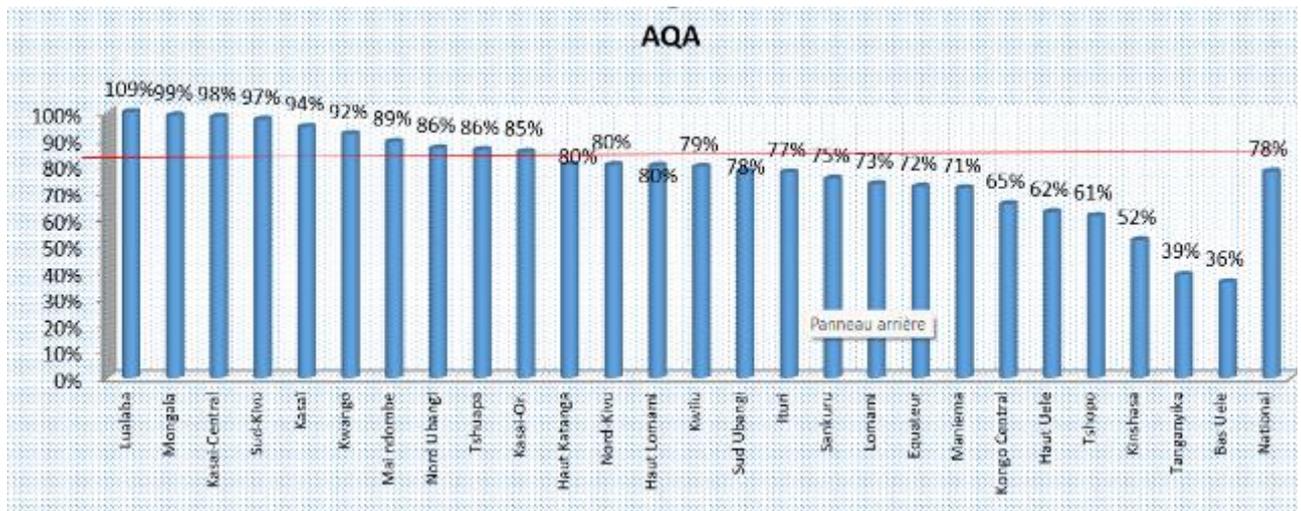


Figure 7 : Pourcentage d'accouchements assistés par un personnel. (Source : Rapport annuel PNSR 2021)

La cible PNDS 2021 n'était pas atteinte non plus pour les accouchements assistés avec 78% sur 85 % attendus. Les DPS Tanganyika, Bas-Uélé, Kinshasa, avaient obtenu les couvertures les plus faibles, inférieures à 60%. Peut-être, beaucoup de femmes accoucheraient encore à domicile. La DPS de Lualaba exhibe une performance au-delà de 100%, signe probable de la non maîtrise du dénominateur.

La figure 9. ci-dessous révèle, concernant la consultation des services au 42^{ème} jour après l'accouchement, que les DPS les plus performantes sont celles du Bas Uélé et Kasaï central.

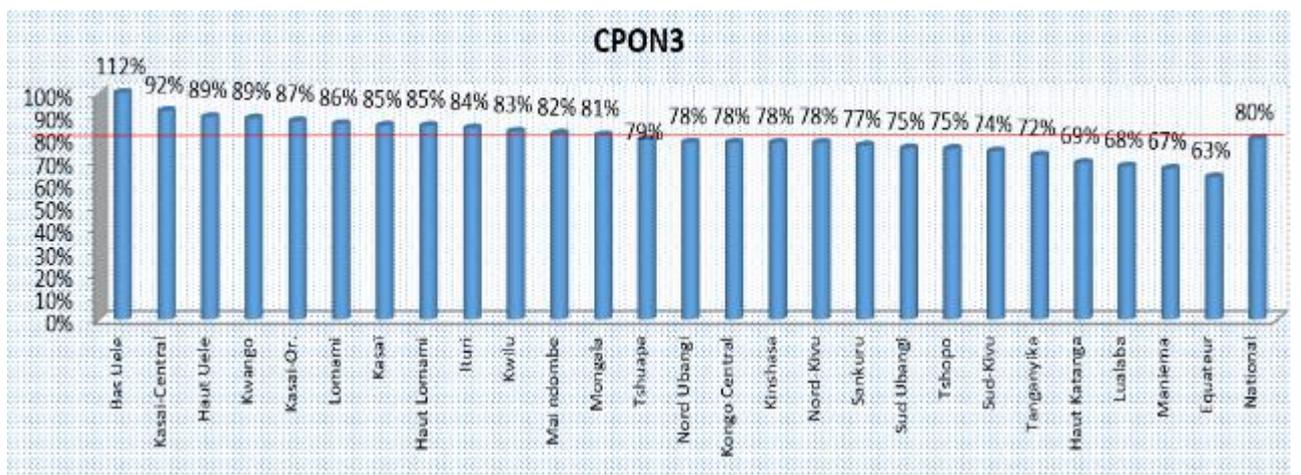


Figure 8 : Pourcentage des femmes ayant fréquenté la CPON3 (Source : Rapport annuel PNSR 2021)

Les cas de survivantes des violences sexuelles (SVS) ont baissé en 2019 avant d'augmenter en 2020 et 2021. Les ruptures de stock des intrants PEP, entre autres les ARV, et certains intrants de laboratoires expliqueraient cette évolution. Par contre, on note une légère amélioration de leurs prises en charge avec le kit PEP dans le délai passant de 17632 cas en 2020 à 19903 cas en 2021.

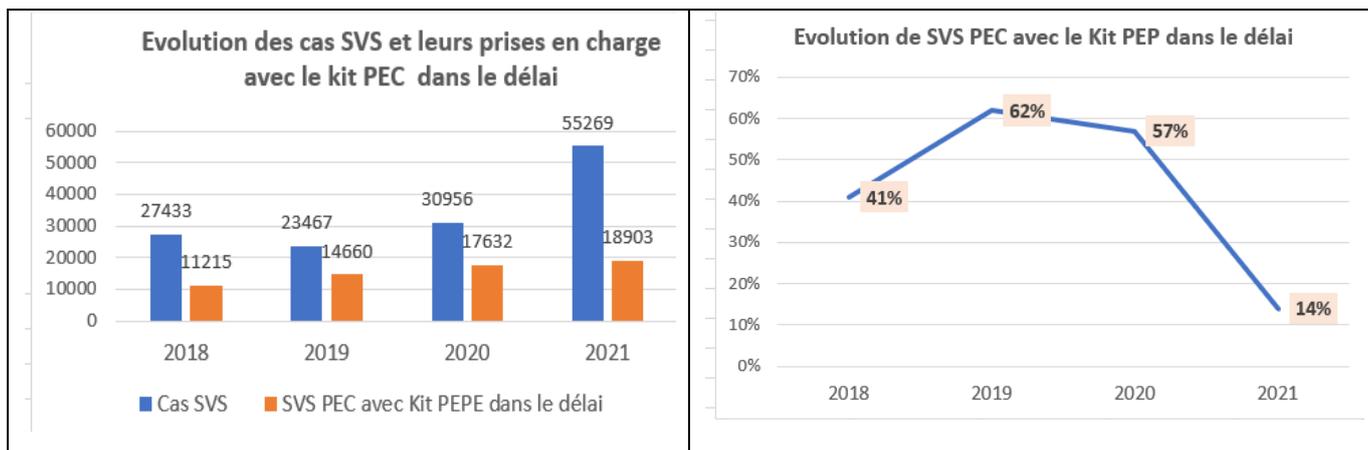


Figure 9 : Evolution des cas de SVS avec prise en charge au kit PEP dans le délai de 2018 à 2021 (Source : Adapté du rapport de supervision SR et DHIS 2).

Globalement, un peu moins de trois quarts des nouveau-nés, soit 70% ont bénéficié des soins essentiels du Nouveau-né (SENN). Par ailleurs, si le paquet d'interventions SENN pose problème en termes de déficit dans les DPS de Sankuru (17%) et Tanganyika (16%), les DPS d'Ituri, de Lualaba et Sud-Ubangi atteignent par contre des proportions au-delà de 100%.

Vaccination contre la COVID-19

La RDC a débuté la vaccination contre le Covid-19 dans les provinces les plus touchées avec la 1^{ère} allocation du vaccin Astra Zeneca obtenue par le mécanisme COVAX. L'élargissement du portefeuille COVAX avec l'acquisition de plusieurs types des vaccins (Astra Zeneca, Pfizer, Johnson & Johnson, Moderna, Sinovac) a permis au pays d'étendre progressivement cette vaccination jusqu'à 15 provinces à la fin de l'année 2021.

Vaccination des enfants

En rapport avec la mise en œuvre du plan MASHAKO, il est à retenir ce qui suit :

- Démarrage de l'année 2021 avec de nombreuses ruptures en vaccins à tous les niveaux (vaccins traditionnels) ;
- Suspension du financement des activités de vaccination avec les fonds GAVI-RSS3 suite aux avances ouvertes (Niveau central et Provincial) ;
- Grève ayant paralysé les services de santé ;
- Persistance de la pandémie à Covid-19 et ses effets pervers sur la vaccination ;
- Grand nombre d'enfant zéro dose et sous vaccinés ;
- Poursuite de l'extension du plan Mashako dans les 2 DPS restantes.

La couverture vaccinale en RDC

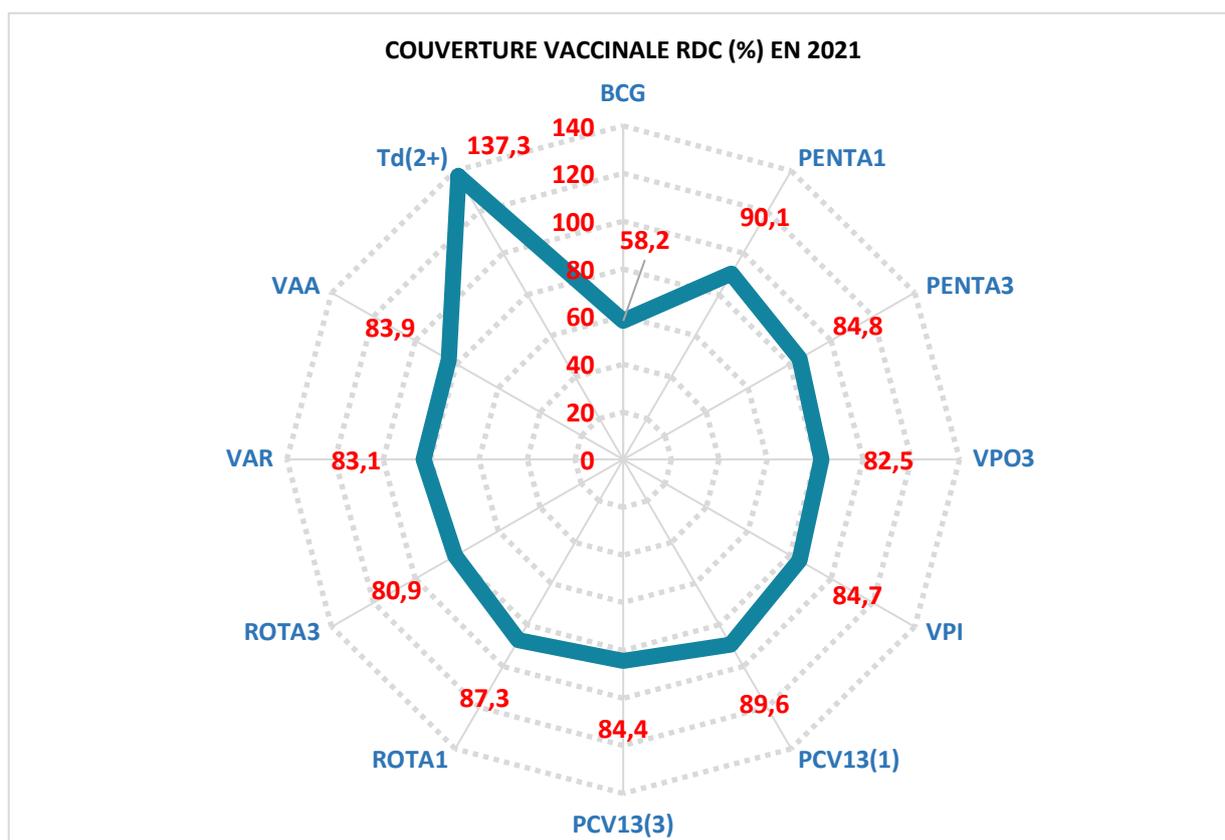


Figure 10 : Couverture vaccinale de la RDC en 2021

(Source : Rapport annuel 2021 du Secteur de la santé).

Concernant la couverture vaccinale de la RDC en 2021, cette figure indique que le BCG possède la couverture la plus basse avec 58,2 % et le vaccin Td2+ la plus haute avec 137,3 %. Les couvertures dépassant 100 % révèle une insuffisance de la maîtrise du dénominateur. Un recensement scientifique est souhaité dans ce pays.

Sur le plan national, la complétude du cumul de janvier-décembre 2021 est de 99 % ;

Les couvertures vaccinales obtenues sont de 58,2 % pour le BCG ; 84,8 % pour le Penta3 ; 82,5 % pour le VPO3 ; 89,6 % pour le PCV13(3) ; 84,7 % pour le VPI ; 80,9% pour le Rota3 ; 83,1 % pour le VAR ; 83,9% pour le VAA et 137,3 % pour le Td2+ ;

Tous les antigènes ont des couvertures vaccinales en dessous de leurs objectifs fixés pour l'année 2021 sauf pour le Rota et le Td2+ (1 comme 3) ;

Le nombre d'enfants non vaccinés (ENV) cumulés en DTC-HepB-Hib3 de janvier à décembre est de 632 212 en 2021 contre 220 138 pour la même période en 2020.

Les ruptures de stock, les grèves des infirmiers, et l'absence des téléphones dans les 5 nouvelles DPS sont la raison de ces faibles performances.

Limite des rapports PEV : contradiction entre données PEV et les enquêtes de couverture !

Il faut relever que les Enquêtes réalisées par l'ESP-UNIKIN respectivement en 2020 pour la première sur la couverture vaccinale Penta 3 dans 13 provinces en 2020 renseigne 59% de couverture vaccinale en comparaison de 104% des données administratives de 2019 rapportées par le PEV. La seconde enquête sur les raisons de sur-rapportage des données administratives Penta 3 dans 39 ZS réparties dans 13 provinces en 2021, renseigne que 23% des ZS avaient procédé au su rapportage après vérification des différents documents administratifs exploités dans les structures sanitaires et dans le BCZS.

L'ECV ESP de 2021 chez les enfants de 12 à 23 mois renseigne que 54,6% d'enfants avaient une couverture de base, 52,5% avec une couverture avec 13 antigènes et pour 17 antigènes, 18,2%.

Vaccination contre la pneumonie

- Sur les 3 284 343 cas de pneumonie simple notifiés en 2021 chez les enfants de moins de 5ans, on note 3 137 805 cas traités avec un antibiotique, soit 95,5%
- Sur les 275 991 cas de pneumonie grave notifiés en 2021 chez les enfants de moins de 5ans, on note 186 620 cas traités avec un antibiotique, soit 67,6%
- Par ailleurs, parmi les cas graves, on note 957 décès liés à la pneumonie grave, ce qui représente 3,4 décès pour 1000 cas de pneumonie grave.
- Le Kasai central est la DPS qui présente plus de cas de pneumonie simple chez les enfants de moins de 5ans avec 323787 cas, suivi du Nord Kivu avec 295592 puis du Sud Kivu avec 282656 cas ensuite le Kasai avec 272203 cas et enfin la Lomami avec 175697 cas. Le Nord Kivu est la DPS qui présente plus de cas de pneumonie grave chez les enfants de moins de 5ans avec 44347 cas, suivi de Sud Kivu avec 40404 puis du Kasai avec 24149 cas ensuite le Kasai-Central avec 19161 cas et enfin l'Ituri avec 15859 cas...
- Le Sankuru est la DPS qui présente plus de décès liés à la pneumonie grave chez les enfants de moins de 5ans avec 151 décès suivi de Kasai avec 117 décès puis le Sud Kivu avec 74 décès ensuite le Kasai-Central avec 72 décès et enfin le Haut-Lomami avec 62 décès.
- Sur les 3 673 273 cas de diarrhée simple notifiés en 2021 chez les enfants de moins de 5 ans, seulement 3 295 724 cas traités par TRO, soit une proportion de 90% ;

Cependant, on note des grandes disparités de proportion entre les DPS : les DPS de Sankuru et Kwango ont respectivement une proportion de 55% et 1% respectives contrairement aux DPS d'Ituri (99%), Kinshasa, Nord-Kivu et Haut-Katanga (98%).

Prise en charge du paludisme

- 21 345 031 cas de paludisme ont été enregistrés soit 19 260 604 cas de paludisme simple et 2 084 427 cas de paludisme grave (9,77%) ; 10 407 197 enfants âgés de moins de 5 ans ont souffert de paludisme en 2021 dont 1 023 096 cas de paludisme grave ;
- 22.729 décès liés au paludisme ont été enregistrés au cours de l'année 2021 dont 15.297 survenus chez les enfants âgés de moins de 5 ans soit 67%.

Problèmes de nutrition

Les principaux problèmes de santé liés à la nutrition en RDC restent la sous nutrition, la surnutrition et les carences en micronutriments (avitaminose A, carence en fer, TDCI) et le Konzo.

Pour la sous nutrition, la malnutrition chronique garde une ampleur particulière en RDC.

L'enquête MICS-Palu 2017-2018 avait montré que ce problème était présent avec une prévalence très élevée dans toutes les provinces sauf dans la ville où la prévalence était en dessous de 20% (moyenne nationale au-dessus du seuil critique de 40% soit 41,8%). Même si on n'a pas réalisé une enquête nationale à la fin du PNDS recadré 2019-2022, des enquêtes réalisées dans diverses zones de santé ont confirmé la persistance de la malnutrition chronique au-delà du seuil critique de 40% dans la plupart des ZS. Par contre la prévalence de la malnutrition aiguë varie fortement d'une zone de santé à l'autre et la majorité des ZS où on a réalisé des enquêtes nutritionnelles avait une prévalence de la malnutrition aiguë globale inférieure à 5% même si on a observé des taux allant de 5 à 10% dans certaines ZS particulièrement les ZS en contexte de crise et les ZS enclavées.

A titre indicatif les enquêtes réalisées dans 9ZS du Nord Kivu 2020 ULB-Coopération avaient montré une prévalence de malnutrition chronique variant entre 40 et 70% dans les 7ZS rurales (Kyondo, Vuhovi, Biena, Musienene, Manguredjipa, Masereka et Rutshuru) et une prévalence inférieure à 40% dans les ZS urbaines de la ville de Goma (35 % dans la ZS de Karisimbi et 23% dans la ZS de Goma). Toutes ces 9ZS avaient une prévalence de la MAG inférieure à 5%

Pour les enquêtes réalisées en 2022 dans la Province du Sud Kivu, toutes les 5ZS concernées (Idjwi, Kaziba, Nyangezi, Mubumbano et Mwana) avaient une prévalence de malnutrition chronique variant entre 40 et 65% et une prévalence de malnutrition aiguë globale inférieure à 5% (Rapport PRONANUT, ULB Coopération, DDC et ERSP-UCB).

Des efforts ont été réalisés pour assurer la prise en charge de la malnutrition durant la période 2019-2022 grâce à l'intégration de la prise en charge intégrée de malnutrition aiguë (PCIMA) et la vulgarisation du protocole de prise en charge de malnutrition validé par le PRONANUT.

- Globalement en 2021, 324 848 enfants de moins de 5 ans ont été admis dans les UNS contre 88 934 dans les UNTA et dans les UNTI 10 123.
- Cependant, le taux de guérison est plus élevé dans les UNS (93%), 75% dans les UNTA et 40% dans les UNTI

- Le taux d'abandon du traitement chez les enfants de moins de 5 ans est de 7% dans les UNTI et 13% dans les UNTA. Ce taux frôle le seuil de 5% dans les UNS.
- Le taux de mortalité à tous les niveaux reste inférieur à 10%.

Santé de l'adolescent

Pour l'exercice 2021, le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA) a intégré le paquet de services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ) dans 17 Zones de santé à raison de 5ZS dans la DPS Sankuru, 4 ZS dans la DPS Haut-Lomami, 4 ZS dans la DPS Sud-Ubangi et 4 ZS dans la DPS Equateur. Et à la fin de 2021, le paquet des SSAAJ a été intégré dans 161 Zones de santé de 17 DPS sur les 516 zones de santé de 26 DPS que compte la RD Congo. Ce processus d'intégration a consisté en la mise en place des pools de formateurs provinciaux, suivi de la formation des prestataires cliniques et communautaires notamment les pairs éducateurs. Des missions de suivi post formation et de supervision des prestataires ont été organisées afin d'évaluer leur niveau des compétences et d'améliorer leur performance technique.

3.1.1.4. Du renforcement du contrôle des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles

Le système de santé a été renforcé par la mise en place effective des coordinations provinciales de lutte contre les maladies chroniques dans les différentes provinces pour élargir la couverture de toutes les pathologies chroniques à celles non encore concernées par les programmes verticaux existants.

Maladies non transmissibles

Dans certaines provinces, des études de prévalence sur les maladies chroniques ont été amorcées et des programmes de sensibilisation mis en route. C'est le cas pour la province du Sud Kivu où on a lancé des études de prévalence du diabète, HTA et obésité avec une proposition du modèle de prise en charge au niveau du premier échelon. Cette étude a été menée en collaboration avec la DEP-Santé et les résultats ont été partagés au niveau national.

Les consultations curatives pour HTA ont représenté une proportion allant jusqu'à 6 pour 1000 consultations curatives. En 2021, la RDC a notifié 63179 cas et 2219 décès liés l'HTA soit une létalité de 4%. Les provinces ayant rapporté un grand nombre des cas sont celles de Kinshasa (8.690), Kongo Central (8.512), Nord Kivu (5.894), Sud Kivu (4.474) et Haut Katanga (4.362). Les provinces de Tshuapa (19%), Mongala (10%), Sankuru (8%) et Mai-Ndombe, Kasai et Bas Uélé avec respectivement 7% ont enregistré les létalités les plus élevées.

Au cours de l'année 2021, au total 35.371 nouveaux cas de diabète tous âges confondus ont été enregistrés dans les services hospitaliers des 26 DPS tel que repris dans le tableau ci-dessous. Deux mille cinq cent septante-neuf décès (létalité de 7%) ont été enregistrés au cours de la même période

Maladies infectieuses

Paludisme

Au cours de l'année 2021, un total de 22 579 391 MILD a été distribué à travers le pays dont 16 708 809 MILD en campagne de masse dans les provinces de Kinshasa, Ituri, Haut-Uélé, Tshopo, Kwango et Lualaba (avec 95% des ménages servis), et 5 204 811 MILD en routine avec 3 304 724 distribuées chez les femmes enceintes à travers la CPN (2 989 075 MILD distribuées en CPN1 soit 71 % de couverture et 315 649 MILD distribuées en CPN2+), 1 900 087 MILD distribuées chez les enfants de moins d'une année à travers la CPS (soit 56% de couverture) et 665 771 MILD distribuées dans le milieu scolaire.

La proportion des femmes enceintes ayant reçu la SP est partie de 59 % en 2014 pour atteindre 73 % pour la SP2 et de 0.02 % à 60 % pour la SP3. L'année 2021 a connu une baisse aussi bien pour la SP 2 que pour la SP3 par rapport à l'année 2020. Cette situation serait due à la faible disponibilité des intrants dans les établissements de soins des provinces concernées.

Pour améliorer la prise en charge des cas, le PNLP a procédé au cours de l'année 2021 à l'actualisation des directives et à l'élaboration des fiches techniques.

En RDC, la prise en charge du paludisme se fait à la fois dans les établissements des soins intégrés et dans la communauté à travers les Sites de Soins Communautaires. Au cours de l'année 2021, le pays a enregistré 21 345 031 cas de paludisme parmi lesquels 19 260 604 cas de paludisme simple et 2 084 427 cas de paludisme grave (9,77%). Il y a eu 10 407 197 enfants âgés de moins de 5 ans parmi les cas, avec 1 023 096 cas de paludisme grave. Pour ce qui est des décès, le rapport indique que 22.729 décès liés au paludisme ont été enregistrés au cours de l'année 2021 dont 15.297 survenus chez les enfants âgés de moins de 5 ans soit 67%).

Le VIH

Pour le VIH, l'année 2021 s'est caractérisée par une extension géographique des activités de lutte contre le VIH et une poursuite de l'amélioration de la couverture intra zonale ayant pour norme au moins 10 FOSA par zone de santé grâce au financement du FM et du PEPFAR. Ainsi, la couverture en paquet VIH est passée de 446 ZS à 454 et de 4 790 Sites à 5053 en 2021.

En 2021, le nombre de malade mis sous TARV est à 88% (444 499/506 405) tenant compte du nombre des PVVIH estimées (Spectrum V6.06, 2021).

L'application de la stratégie « tester-traiter » à partir de décembre 2016, l'amélioration du dépistage ciblé ainsi que le suivi des PVVIH au niveau des FOSA et dans la communauté ainsi que la disponibilité de molécules combinées à base de DTG seraient parmi les facteurs de succès. Cette croissance des malades sous ARV de 2017 à 2021 pourrait aussi s'expliquer par :

- L'amélioration de la couverture géographique du paquet VIH passant de 389 à 454 ZS à plus de 10 FOSA par ZS ;

- La disponibilité des schémas à base de molécules combinées avec grande efficacité et meilleure tolérance ;
 - L'intensification du dépistage ciblé ;
 - Le renforcement du lien des services ;
 - La promotion des approches différenciées dans la dispensation des ARV (Horaires différenciés de soins, Approches communautaires, distribution multi mois des ARV...) ;
 - L'intensification de la dynamique communautaire dans la rétention des malades dans les FOSA,
- L'amélioration du rapportage en termes de complétude.
- La performance en 2021 de la prise en charge pédiatrique est à **33% (24 135/72 816)** tenant compte du nombre des PVVIH estimées (Spectrum 6.06, 2021).

La prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME)

Pour la couverture de la cible PTME en 2021, une baisse a été constatée soit 43% comparativement à l'année 2019 soit 48% selon le Spectrum V6.0- 2021.

En 2021, 20 214 patients coïnfectés (7 045 portes VIH et 10 956 portes TB) ont été enregistrés et pris en charge sur les 26 334 attendus, soit une performance de 68,4%.

Cette situation pourrait s'expliquer par :

- L'extension de la couverture en paquet coïnfection par l'intégration du paquet VIH dans 1 944 CSDT ;
- L'opérationnalisation du guichet unique VIH/TB dans la plupart des FOSA ;
- L'opérationnalisation des approches différenciées de soins dans la prise en charge de la coïnfection VIH/TB ;

Au cours de l'année 2021 le PNLT a fonctionné avec 27 Coordinations Provinciales Lèpre-Tuberculose (CPLT) en raison d'une Coordination par province à l'exception de la province du Kongo central qui en dispose deux. Les activités de dépistage et de prise en charge des cas de tuberculose ont été réalisées dans 2.066 centres de santé de dépistage et de traitement (CSDT) répartis dans 519 ZS opérationnelles. Les activités de la co-infection TB/ VIH se sont déroulées dans 418 ZS et la prise en charge de cas TB- MR dans toutes les 27 CPLT.

Au regard de l'incidence atteinte entre 2019 et 2021, il se dégage que le taux de détection de la tuberculose a connu un accroissement progressif allant de 60 à 69 %. Cette performance serait liée notamment aux activités de dépistage actif de la tuberculose et du VIH par la stratégie mobile au sein des camps identifiés et le recours du GeneXperts en première ligne de diagnostic de la tuberculose.

La cascade de la co-infection TB-VIH montre qu'il a eu 26 % des tuberculeux non testés au VIH probablement en raison de la rupture de stock en test de dépistage. On note également que pour la même année, 22 % et 14 % des co-infectés TB-VIH n'ont pas bénéficié respectivement de la chimioprophylaxie à l'INH et des ARV.

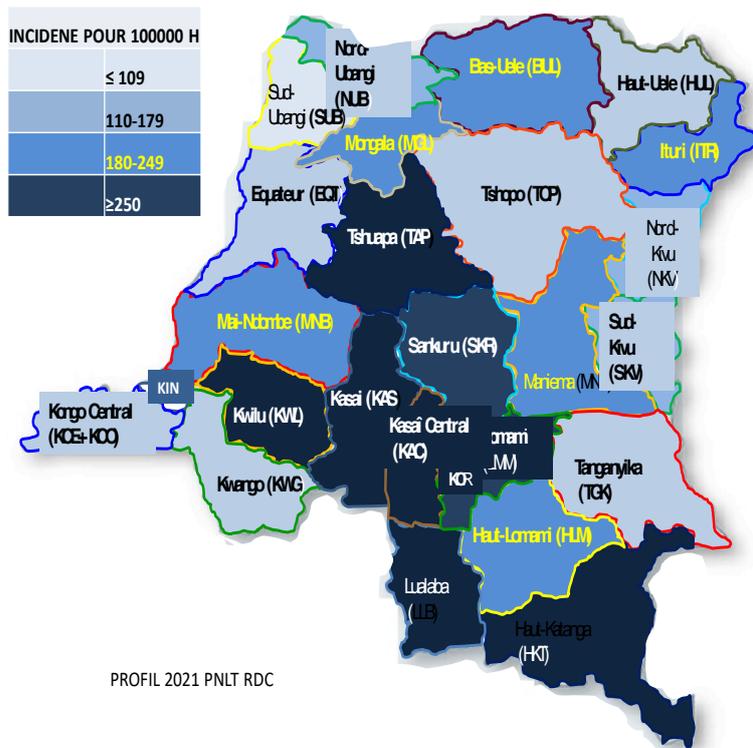


Figure 11 : Profil TB en RDC en 2021

Onchocercose

La distribution de l'Ivermectine pour traiter l'onchocercose avait été organisée dans 269 ZS pour une population totale estimée à 51.550.128 habitants. Le nombre de traités était de 41.488.265 personnes, soit une couverture thérapeutique de 80%.

En 2021, un total de 244 zones de santé a distribué soit annuellement l'Ivermectine associée à l'Albendazole, soit en 2 tours semestriels l'Albendazole seule. Au total, 37.924.115 personnes ont été traitées sur une population totale de 48.183.629 habitants, réalisant ainsi une couverture de traitement de 79%.

Le traitement de 2021 contre le trachome par la distribution de masse de l'Azithromycine et Tétracycline avait été planifié dans 19 zones de santé, mais les données sont disponibles pour 13 d'entre-elles. Sur 2.750.937 personnes à risque, 2.217.663 personnes avaient été traitées, soit une couverture thérapeutique de 80,6%.

Schistosomiase

Pour l'année 2021, un total de 180 ZS endémiques aux schistosomiasés ont organisé la distribution du Praziquantel pour traiter 10.814.966 enfants de 5 à 14 ans sur un total de 12.225.928 enfants de cet âge. La couverture thérapeutique obtenue était de 88%.

Toutes les 272 ZS endémiques aux Géohelminthiases et éligibles au traitement de masse ont distribué l'Albendazole aux enfants de 5 à 14 ans.

Le nombre de cas traité était de 15.553.354 enfants sur un total de 17.093.250 enfants, soit une couverture thérapeutique de 91%.

3.1.1.5. Amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, notamment les épidémies et les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire.

La protection sanitaire de la population contre les risques sanitaires a été une priorité durant cette période. L'autorité nationale s'est approprié la gestion des épidémies comme Ebola et Covid-19 avec comme avantage l'obtention d'une forte implication des autorités politiques et sanitaires du niveau nationale dans la gestion de ces épidémies. Cependant dans certaines situations l'implication des autorités du niveau central dans la gestion des épidémies a été tellement forte au point de consacrer l'exclusion de fait des responsables du niveau opérationnel en provinces (DPS et BCZ) dans l'organisation de la prise en charge ouvrant ainsi la voie à un dysfonctionnement du système et à des rumeurs multiples dans tous les sens.

L'appellation du Ministère de la santé en RDC a même été modifiée en y incorporant les mots « Hygiène et Prévention » pour insister sur ce volet.

Les bureaux de coordination Hygiène et Assainissement ont été renforcés dans les différentes provinces (formation, équipements et matériel roulant pour la supervision) pour soutenir les zones de santé dans la mise en œuvre des programmes d'hygiène et assainissement

La promptitude des transmissions des données de surveillance des ZS par les DPS au niveau central a connu beaucoup de perturbations à cause de la grève du personnel de santé. Sur les 26 provinces, la promptitude cumulée des provinces au cours de l'année 2021 a varié de 100 à 61%. Quatre provinces ont présenté une promptitude cumulée en dessous de 80% notamment le Haut-Uélé (78.85%), le Maïndombe (78.85%), la Lomami (75%) et le Maniema (61.54%).

La complétude globale est restée en dessous de la norme aussi bien pour les rapports des zones (76 %) que pour ceux des aires de santé (66 %). Aucune DPS n'a atteint la complétude maximale de 100 %. On note cependant que 9 DPS sur les 26 ont franchi la barre de 80 % de complétude globale pour les rapports des zones de santé et seulement 4 sur 26 pour les aires de santé.

Comme pour la promptitude, la grève des prestataires de santé a impacté négativement sur la complétude des données au cours de l'année 2021. Il y a lieu de noter que la DPS de Maniema est celle qui a tiré le plus vers le bas la promptitude et la complétude globale des rapports des ZS et des AS avec respectivement 61,5 %, 42 % et 33 % pour ces trois indicateurs.

Tableau 4 : Complétude des rapports hebdomadaires des données de surveillance des Zones de santé

PROVINCE/DPS	Nbre Rapport attendu des ZS	Nbre Rapport reçu des ZS	Compléte de ZS (%)	Nbre de Rapports AS Attendu	Nbre Rapports AS Reçus	Compléte de AS (%)
Bas-Uélé	572	466	81	8 996	4 817	54
Equateur	936	623	67	15 704	8 154	52
Haut-Katanga	1 404	1 239	88	20 728	16 689	81
Haut-Lomami	832	657	79	17 212	11 595	67
Haut-Uélé	676	440	65	11 076	6 192	56
Ituri	1 872	1 681	90	29 933	24 704	83
Kasai	936	732	78	21 103	15 956	76
Kasaï Central	1 352	1 222	90	23 588	20 056	85
Kasaï Oriental	988	757	77	16 484	12 216	74
Kinshasa	1 820	1 655	91	21 632	19 041	88
Kongo-central	1 612	1 117	69	20 776	14 459	70
Kwango	728	588	81	16 689	11 778	71
Kwilu	1 248	949	76	46 020	33 012	72
Lomami	832	496	60	18 223	9 882	54
Lualaba	728	626	86	12 064	9 160	76
Mai-Ndombe	728	448	62	33 076	15 494	47
Maniema	936	396	42	15 652	5 097	33
Mongala	624	495	79	15 340	10 207	67
Nord-Kivu	1 768	1 384	78	35 835	23 666	66
Nord-Ubangi	572	374	65	9 040	4 835	53
Sankuru	832	649	78	12 896	9 011	70
Sud-Kivu	1 768	1 333	75	36 608	24 259	66
Sud-Ubangi	832	585	70	13 624	6 919	51
Tanganyika	572	513	90	13 326	7 300	55
Tshopo	1 196	630	53	22 068	9 113	41
Tshuapa	624	536	86	13 410	8 888	66
TOTAL	26 988	20 591	76	521 103	342 500	66

Sur base de la définition de cas, il n’y a que 6 provinces sur 26 qui ont notifié des cas de **chikungunya** avec un nombre élevé de cas dans les provinces de Kwango et de Maniema. La province de l’Equateur était en troisième position. Un constat commun : aucun cas de décès n’a été enregistré.

Au cours de l’année 2021 (de la semaine 1 à la semaine 52), la RDC a notifié 9948 cas de **choléra** dont 162 décès (soit une létalité globale de 1.6%) dans quinze provinces sur les vingt-six que compte le pays.

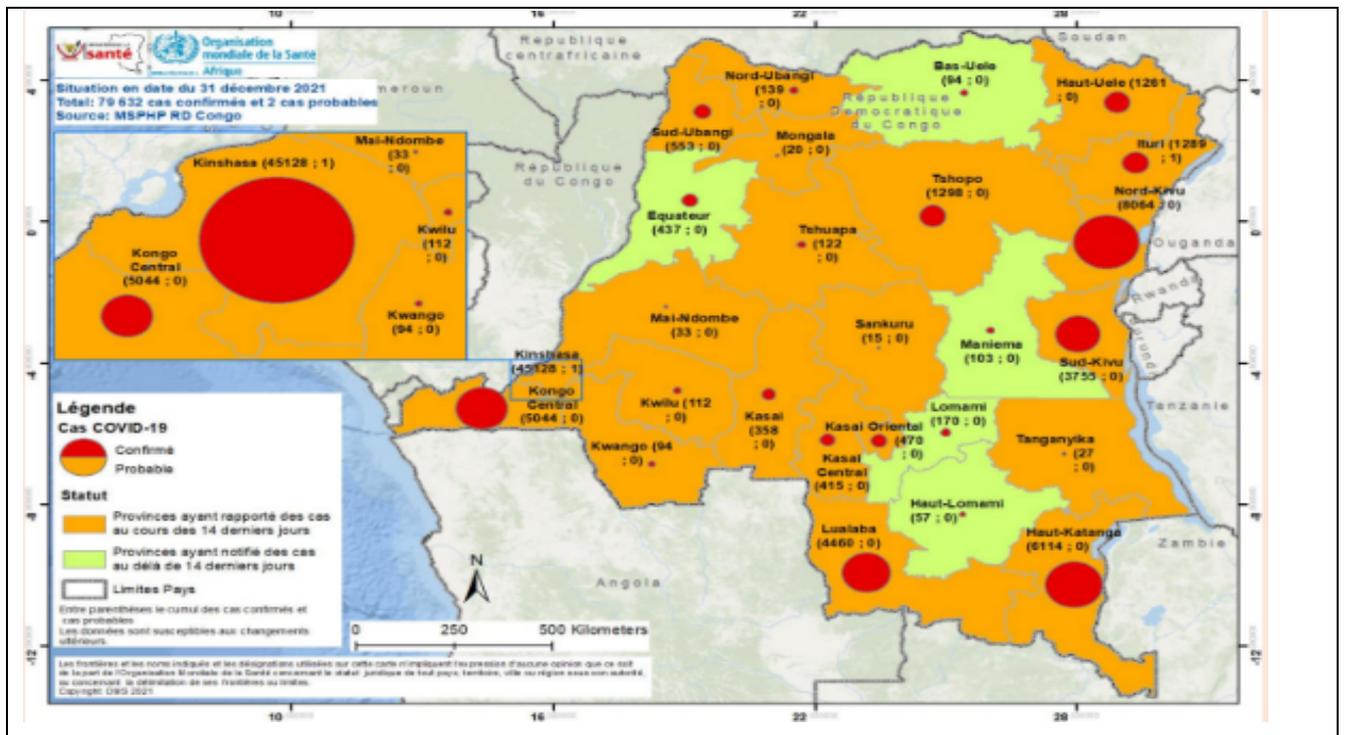
Au cours de l’année 2021, toutes les 26 DPS ont notifié des cas de **coqueluche** avec un total de 1 027 cas. Le taux d’incidence globale est 0,91 pour 100 000 habitants.

Le pays a notifié des cas suspects de fièvre jaune tout au long de l’année 2021 c’est-à-dire de la S1-S52 ; l’évolution de ces cas s’est faite en dents de scie.

En 2021, les cas suspects de fièvre typhoïde ont été notifiés sur toute l’étendue du pays avec quatre (4) provinces en tête des listes à savoir Kinshasa, le Haut-Katanga, et le Kasaï Oriental et à la queue la province de la Tshuapa. Durant cette période, pas moins de 20 000 cas suspects

ont été notifiés sur l'ensemble du pays. La létalité a varié entre 0 et 0.1%. Deux pics ont été enregistrés aux semaines 26 et 31 de 2021.

Seule la province du Nord-Kivu sur les 26 que compte le pays a connu deux épidémies de la maladie à virus Ebola au cours de l'année 2021. Le premier épisode a été déclaré au mois de février et le second au mois d'octobre avec respectivement 12 et 11 cas enregistrés. Il est à noter que ces deux épidémies seraient parties des survivants de la 10^{ème} épidémie. Globalement, 23 cas de MVE ont été enregistrés sur l'ensemble du pays.



pour 100 000 hab.) et du Kasai (1,18 pour 100 000 hab.). Par contre 9 DPS n'ont pas notifiées des cas de Monkeypox.

Un total de 2366 cas de PFA a été détecté et prélevé en 2021. Les provinces de l'Equateur, Ituri et Tanganyika sont celles ayant notifié le plus de cas en 2021. Durant l'année 2021, 28 cas cVDPV2 (issus des PFA) et 3 cVDPV2 (issus d'échantillons environnementaux) ont été confirmés dans 4 provinces, à savoir le Sud Ubangi, Mongala, Nord Ubangi et Maniema. Il y a eu 4 nouvelles émergences épidémiques distinctes de PFA dans la province du Maniema, actuel épicode.

Des cas de peste et de rage ont été signalés en 2021.

En 2021, 35,8% des cas de rougeole sur **55 771** sont dans les provinces de l'Ex Equateur (18,5% au Sud-Ubangi ; 15,9% au Nord-Ubangi ; 4,1% à l'Equateur ; 0,6% à Tshuapa et 0,4% à Mongala) ; 12,4% au Maniema ; 10,0% Haut-Katanga ; 9,4% au Lualaba ; 8,4% au Kwango ; 7,5% au Tanganyika ; 5,0% au Kasai-Central ; 2,4% à Tshopo ; 2,9% au Sankuru ; 2,3% au Bas Uélé

La RDC a enregistré pour cette année 454 cas de TNN avec une incidence de 0,10 pour 1000 habitants.

3.1.1.6. De la rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires

La rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires a été assurée grâce au renforcement du leadership de l'équipe cadre qui, à son tour a assuré la coordination effective de toute la planification sanitaire dans la zone de santé en impliquant toutes les structures de santé intégrées de la zone de santé. Cependant pour certaines zones de santé, l'instabilité des membres de l'équipe cadre n'a pas permis le développement d'un leadership adéquat dans la zone de santé. Il s'agit particulièrement des zones de santé en contexte de crise, ou des zones de santé avec des permutation récurrente des agents.

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

3.1.2.1. Renforcement de la participation communautaire

Toutes les zones de santé ont travaillé avec la communauté pour garantir la participation communautaire dans la gestion et l'organisation des centres de santé, des HGR et les BCZ.

Les délégués des communautés ont participé au Conseil de gestion et aux conseils d'administration des ZS. Dans la plupart des cas les leaders communautaires ont été associés de manière satisfaisante à la mise en œuvre des activités de masses comme les campagnes de vaccination, l'administration de certains traitements comme l'administration du mebendazole, de la vitamine A, etc...

Cependant l'épidémie Ebola survenue dans les provinces à l'Est de la RDC a été associée à des rumeurs allant dans tous les sens, mettant en opposition la communauté et le personnel de santé dans les différentes stratégies de prise en charge de la maladie à virus Ebola. Cette situation constitue une preuve de l'insuffisance de communication entre les gestionnaires du système de santé et la communauté particulièrement dans la gestion des crises et des catastrophes.

3.1.2.2. Promotion de l'utilisation des services de santé

La promotion de l'utilisation des services a été assurée au niveau des ZS à travers les réunions avec les membres des comités de santé sans que cela ne change de façon significative le taux d'utilisation. La plupart d'acteurs interrogés ont mis en évidence le fait que l'utilisation des services était fortement liée au contexte socio-économique de chaque zone de santé et au tarif mis en place. Ce dernier était lié au volume des subventions en médicaments et autres intrants dans la zone de santé.

3.1.2.3. Extension des sites de soins communautaires

Plusieurs initiatives sont en cours pour améliorer la participation communautaire par les PTF (UNICEF, SANRU, IMA, CHAI, etc...). Cependant, aucune information n'a été collectée pour permettre de confirmer de manière objective une progression significative du nombre des sites de soins communautaires car les données DHIS2 (avec leur limite dans la complétude) montrent que le nombre des sites fonctionnels de soins est passé de 7743 en 2019 à 7256 en 2021. Le nombre de nouveaux cas reçus dans les sites communautaires pour l'ensemble du pays a diminué légèrement passant de 2775903 à 2759456 entre 2019 et 2021 (fig.13). La plupart des MCZ interrogés ont assuré que le fonctionnement des sites de soins communautaires était encore limité aux projets spécifiques appuyés par certains partenaires.

De manière particulière, certains sites ont même été associés au développement des activités innovantes comme le rétablissement de la paix et la cohésion sociale dans les zones de conflit. Il y a lieu de citer, à titre indicatif, le cas de la zone de Nyunzu dans la province de Tanganyika qui a été considéré comme zone Nexus permettant ainsi la mise en œuvre des activités de paix et de reconstruction de la confiance entre les communautés à travers les sites de soins communautaires grâce à un partenariat avec l'UNICEF, le PAM, FAO et UNFPA.

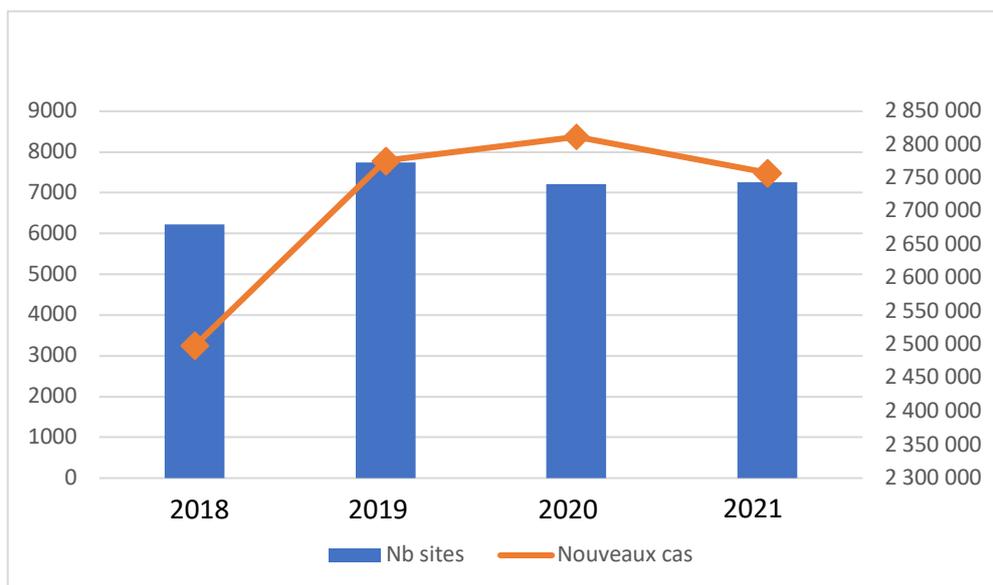


Figure 13 : Evolution du nombre des sites de soins communautaires et du nombre de cas de 2018 à 2021

3.2. Axe stratégique 2 : Appui aux différents piliers du système de santé

3.2.1. Du développement des ressources humaines pour la santé

Le PNDS avait prévu de doter le secteur de la santé en prestataires de qualité en quantité suffisante, et qui soient équitablement répartis entre les différentes provinces et dans les différentes structures de santé à travers le pays. Pour ce faire, trois objectifs étaient fixés : i) l'amélioration de la disponibilité et de la fidélisation ; ii) l'amélioration de la formation de base ; et iii) le développement des compétences des prestataires.

3.2.1.1. De l'amélioration de la disponibilité et de la fidélisation de RHS compétentes.

Cette amélioration a été amorcée par la rationalisation du personnel avec une évaluation des besoins basée sur l'approche WISN qui tient compte de la charge du travail. Il faut d'emblée affirmer que la répartition des effectifs des RHS ne présente pas un profil de répartition équitable à travers les différentes provinces du pays et même à travers les listes déclaratives des structures de santé. Le déséquilibre est aussi manifeste lorsqu'il s'agit de comparer les effectifs dans les différentes catégories des RHS.

Il est important de souligner la variabilité des chiffres issus des listes déclaratives, selon les périodes dont les extraits sont tirés par la DRHS. Cependant, même si les différents tirages présentent des chiffres différents, les ordres de grandeurs demeurent quasiment les mêmes et traduisent les mêmes réalités.

Ainsi, la répartition des effectifs renseignés par la DRHS pour l'année 2022 donne un total de 256.409 dont 154.235 (60%) professionnels de santé et 102.174 (40%) du personnel administratif et de soutien. Pour les professionnels de santé, les infirmiers sont les plus nombreux avec 46 %, suivi des médecins avec 7%. La carence est très prononcée dans d'autres catégories, parmi les plus en vue, comme chez les assistants en pharmacie, les techniciens de

radiologie, les techniciens d'assainissement, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, et même les pharmaciens, parmi les plus en vue.

La répartition des effectifs sur le plan géographique n'est pas plus équilibrée, dans la mesure où il y a concentration dans les milieux urbains au détriment des milieux ruraux. En province, on assiste même à la prolifération d'un phénomène de double résidence où des professionnels de santé ont une résidence effective en milieu urbain tout en travaillant en milieu rural où ils s'y rendent par intermittence.

Les chiffres des effectifs totaux par province renseignent que Kinshasa concentre le plus grand nombre avec 19%, suivi du Kwilu (8%) et du Nord Kivu (7%). Les provinces les plus dégarnies sont entre autres le Bas Uélé et le Tanganyika.

Les détails de cette répartition sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Répartition des effectifs par catégorie professionnelle d'une part et par province d'autre part en 2022

CATEGORIE	EFFECTIFS	%	PROVINCE	EFFECTIFS	%
Accoucheuse/Sagefemme	2529	0,99%	BAS-UELE	2 350	0,92%
Administrateur Gestionnaire	4 451	1,74%	EQUATEUR	12 319	4,80%
Administratif	102 174	39,85%	HAUT KATANGA	6153	2,40%
Assistant en Pharmacie	378	0,15%	HAUT UELE	4 654	1,82%
Autres Professionnels de santé	1 619	0,63%	HAUT.LOMAMI	3452	1,35%
Chirurgien-dentiste	392	0,15%	ITURI	8240	3,21%
Infirmier	116 698	45,51%	KASA	5 451	2,13%
Kinésithérapeute	793	0,31%	KASA CENTRAL	7319	2,85%
Médecin	16 761	6,54%	KASA ORIENTAL	8 222	3,21%
Médecin Vétérinaire	22	0,01%	KINSHASA	48 797	19,03%
Médecine physique	84	0,03%	KONGO CENTRAL	16 078	6,27%
Nutritionniste	1 583	0,62%	KWANGO	12678	4,94%
Orthopédiste	1	0,00%	KWILU	21 177	8,26%
Pharmacien	807	0,31%	LOMAMI	5683	2,22%
Santé communautaire	20	0,01%	LUALABA	3696	1,44%
Santé publique	54	0,02%	MAI.NDOMBE	10 035	3,91%
Technicien d'Assainissement	718	0,28%	MANIEMA	11 431	4,46%
Technicien de laboratoire	6794	2,65%	MONGALA	4812	1,88%
Technicien de Radiologie	528	0,21%	NORD KIVU	18045	7,04%
Technicien odontologiste	1	0,00%	NORD UBANGI	2997	1,17%
Technicien psychologue clinicien	2	0,00%	SANKURU	9869	3,85%
Total général	256 409	100,00 %	SUD KIVU	12 808	5,00%
			SUD UBANGI	5 859	2,29%
			TANGANYIKA	2915	1,14%
			TSHOPO	7 481	2,92%
			TSHUAPA	3888	1,52%
			TOTAL GÉNÉRAL	256 409	100,00%

Source : DSGRH, Rapport T3, 2022

L'évolution des effectifs de 2009 à 2022 est restée constante, à croire que les besoins sont de plus en plus importants, même si les structures d'accueil sont restées quasiment les mêmes et que les budgets alloués n'ont pas suivi la même évolution. Cette situation explique

plusieurs phénomènes qui se passent sur le terrain, notamment la fragmentation des postes de travail, la médicalisation des CS, le travail par rotation ou roulement, les présences épisodiques sur le lieu de travail entre autres pratiques pour contenter tout le monde au détriment de la qualité des services et soins de santé.

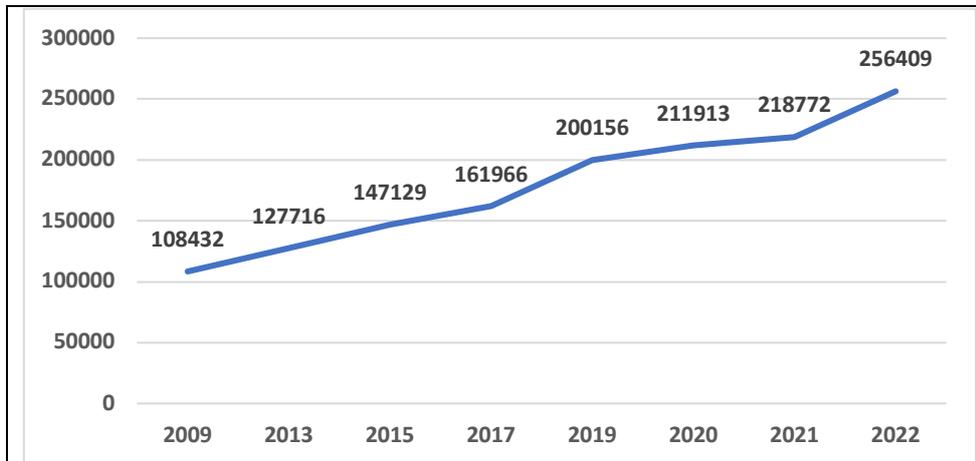
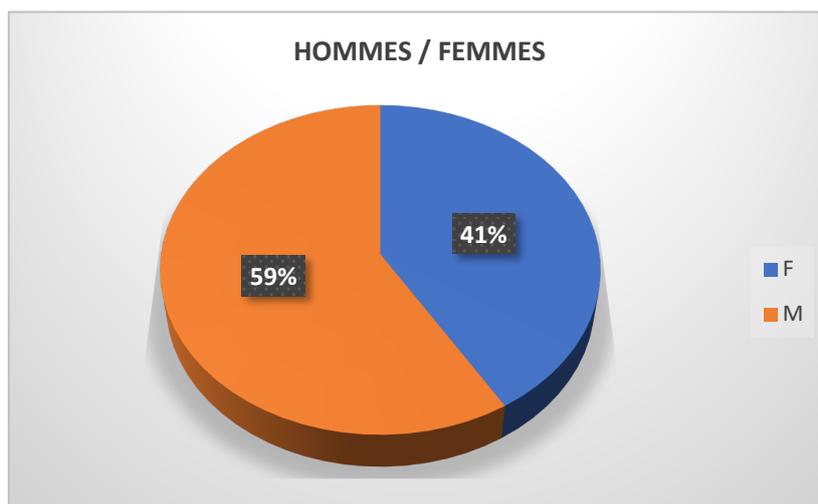


Figure 14 : Evolution des effectifs des RHS par catégorie et année (2009 à 2022)

Pour l'effectif de 218772 agents en 2021, la distribution selon le genre nous donne une proportion de 41% de femmes pour 59% d'hommes.



La rationalisation de la répartition du personnel passe également par la conformité aux normes établies qui se définissent en tenant compte de la charge de travail, selon l'approche WISN (Workload Indicators of Staffing Needs), introduite depuis 2014 au MSHP, pour déterminer les normes de dotation des ressources humaines basée sur les évidences.

Selon le rapport d'une étude WISN²³ qui a concerné 27 HGR dans 4 provinces (Kasaï, Kasai Central, Maniema et Nord Ubangi) et qui s'est focalisée sur 4 catégories de professionnels de la santé, les écarts entre la situation des RHS et les besoins estimés montrent qu'il y a pléthore dans 2 catégories, une forte pénurie dans une autre catégorie et un équilibre dans la quatrième catégorie, comme montré dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Résultats de l'étude WISN dans 27 HGR de 4 provinces du pays

Type de prestataire	Effectif Disponible	Effectif Nécessaire	Ecart	WISN Ratio
Médecin	295	198	+97	1.48
Infirmier	860	620	+240	1.38
Sage-femme	92	194	-102	0.47
Technicien de laboratoire	64	63	+1	1.01
TOTAL	1311	1086	+225	

En effet, les médecins et infirmiers sont en surnombre respectivement de 97 et 240 unités tandis que les sage-femmes/accoucheuses sont en manque pour au moins 102 unités. Seuls les techniciens de laboratoires sont en équilibre, selon les ratios WISN. Le déficit des accoucheuses/sage-femmes est préoccupant en rapport avec la réduction de la mortalité maternelle qui est un objectif majeur dans les priorités nationales du pays.

Les chiffres rapportés pour 7 hôpitaux dans 5 provinces du pays illustrent également le déséquilibre notoire dans la répartition des effectifs. Comme le montre la figure ci-dessous, le paradoxe des affectations a conduit à avoir 2487 agents au Centre mère et enfants de Barumbu à Kinshasa, loin devant l'hôpital provincial Sendwe de Lubumbashi dans la province du Haut Katanga ou même l'hôpital provincial de Kinkanda à Matadi dans la province du Kongo central.

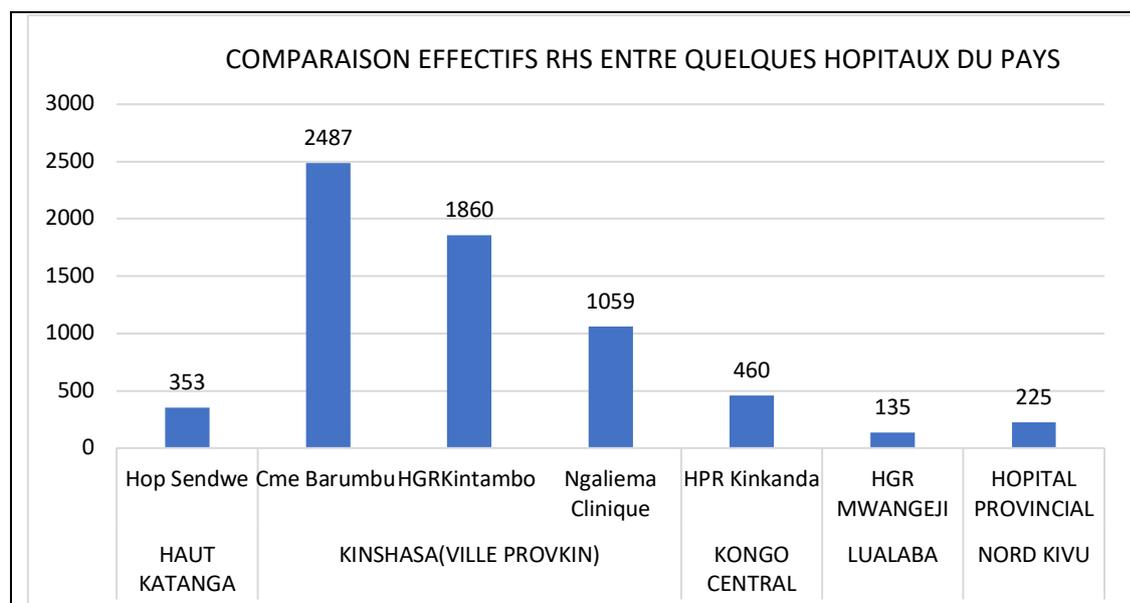


Figure 15 : Comparaison effectifs RHS entre quelques hôpitaux du pays

Source : DSGRH, 2021

²³ MSHP, Situation des RHS selon les ratios WISN (DSGRH, Rapport de l'étude WISN, 2021)

Par ailleurs, les autres actions visant l'amélioration de la disponibilité et la fidélisation de RHS compétentes n'ont pas connu des avancées significatives. C'est le cas de : (i) redéploiement équitable des agents par la suspension des affectations dans les structures dites « pléthoriques » pour ne les affecter que dans des structures présentant une insuffisance des effectifs ; (ii) moratoire permettant de rééquilibrer les effectifs ; (iii) le paiement des frais de mutation de la capitale vers les provinces ou à l'intérieur des provinces elles-mêmes ; (iv) l'octroi de primes de brousse et d'éloignement en faveur des agents œuvrant en milieu éloigné et d'accès difficile ; (v) l'amélioration des conditions sociales des agents, telles que la construction des logements destinés au personnel au niveau des CS et des HGR les plus reculés.

Cependant, les actions en faveur de la maîtrise des effectifs, le processus de mise à la retraite, la mécanisation progressive des agents, leur alignement pour le paiement des différentes primes et du salaire sont des processus qui connaissent un début d'exécution depuis 2021 et 2022, sous le pilotage du Ministère de la fonction publique.

Quant à la fidélisation qui peut être garantie par le paiement des salaires et des primes, il faut noter qu'en 2021, un total de 8292 agents a été aligné à la prime de risque professionnelle dont 3200 médecins, 3000 professionnels de santé, 2000 administratifs, 62 pharmaciens et 30 chirurgiens-dentistes. De même en 2020, 15580 agents du secteur santé ont été alignés sur la prime de risque (3910 médecins, 22 chirurgiens-dentistes, 169 Pharmaciens, 5077 infirmiers, 2188 Professionnels de Santé ayant le grade académique de licencié, 2367 administratifs, 1847 autres Professionnels de Santé)

La mise à la retraite devrait conduire aussi à fidéliser les agents les plus jeunes qui aspirent à une promotion professionnelle par l'avancement en grade ou par l'occupation des postes de responsabilités toujours occupés par des agents éligibles à la retraite. Un effectif de 880 agents ont été mis à la retraite lors de la première vague et 4767 lors de la deuxième vague, soit un total de 5647.

En définitive, les éléments qui vont à l'encontre de la motivation et de la fidélisation des agents de l'Etat restent les mêmes depuis plusieurs années : les mauvaises conditions de travail ; l'insuffisance des mesures d'encouragement (non valorisation des acquis d'expériences, absence des opportunités de professionnalisation, absence des primes de brousse, absence d'avancement en grade, ...) ; le non-paiement des salaires pour certains et modicité pour ceux qui en sont bénéficiaires; le manque de logement et de la prime de brousse pour les agents affectés dans les milieux ruraux difficiles d'accès, entre autres. Les raisons qui expliquent ces défaillances sont entre autres la mauvaise interprétation de la politique de la décentralisation qui transfère la gestion des SSP aux provinces, mais sans ressources nécessaires, ce qui a conduit aux affectations intempestives et sans planification des RHS dans les structures de santé dans toutes les provinces. L'inachèvement de la réforme de la fonction publique au niveau national constitue aussi une raison qui explique le désordre dans la gestion des RHS, sans compter toutes les influences politiques que subissent les responsables de la gestion des RHS au niveau central et provincial. Toutes ces insuffisances ont un impact sur la carrière des agents de l'Etat. Dans ces conditions, les conséquences comme la fuite des cerveaux des structures étatiques vers les structures non étatiques et privées, ou vers les organisations des PTFs ou même vers l'extérieur du pays pour le compte de la diaspora étrangère.

Devant la multitude des problèmes des RHS, les défis à révéler à court et moyen terme concernent notamment : l'identification physique des agents pour l'actualisation et le passage à l'échelle de la base de données avec le logiciel IRHIS ; la mise à la retraite des agents éligibles ; le redéploiement des agents dans les structures et service de santé sur base de normes de dotation basée sur la charge de travail (WISN) ; la mécanisation progressive des agents NU (Salaire et Prime) ; et la production des comptes nationaux du personnel de Santé.

De façon globale, une des pistes de solution souvent évoquée lors de nos entretiens est la poursuite du processus de la décentralisation avec le transfert des compétences de la gestion des ressources humaines de l'Etat aux provinces. Le PNDS 2023-2027 devrait prévoir des activités de plaidoyer pour y parvenir. Ceci signifie la création de la fonction publique provinciale impliquant le transfert du budget des rémunérations, des primes et de la gestion des carrières des agents des services publics de l'Etat. Ainsi, placé devant leurs responsabilités, les autorités provinciales qui sont actuellement à la base des affectations non planifiées des agents dans les structures étatiques, seront contraintes de se baser sur les besoins réels, contenus dans un plan de déploiement des RHS, avant d'initier toute affectation.

3.2.1.2. De l'amélioration de la formation de base

En RDC, la production des RHS est multisectorielle avec une grande partie produite par le MSHP à travers les ITM/IEM pour tout le cycle de l'enseignement secondaire professionnel, et l'autre partie produite par le Ministère de l'ESU à travers les Instituts Supérieurs (ISTM, ISDR, ...) et les Facultés de Médecine et de Pharmacie, ainsi que les Ecoles de Santé Publique.

En plus du déséquilibre dans l'organisation des filières de formation, la production des RHS est caractérisée par une prolifération des structures de formation au point où les conditions de viabilité de beaucoup de ces structures ne sont pas remplies.

Pour prendre l'exemple de la formation des médecins, 16 facultés de médecine sont autorisées sur l'étendue du pays, et ces facultés sont réparties dans 11 provinces, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : La répartition par province des facultés de médecine autorisées en 2021

No	Province	Nbre de Faculté de Médecine
1	Equateur	1
2	Haut Katanga	1
3	Kasaï Oriental	1
4	Kinshasa	2
5	Kongo Central	1
6	Kwilu	1
7	Maniema	1
8	Nord Kivu	3
9	Sankuru	1
10	Sud Kivu	3
11	Tshopo	1
	Total général	16

Il faut dire qu'après l'Arrêté du Ministre en 2021, concernant les facultés autorisées à fonctionner, les pressions politiques qui s'en sont suivies ont fait que cette liste a évolué vers un plus grand nombre, sans compter les facultés à initiative politique ou communautaire qui ne remplissent pas les conditions de viabilité et qui n'ont donc pas l'agrément du Ministère de l'ESU.

La situation est plus prononcée pour la formation des infirmiers et autres professionnels de santé du niveau secondaire professionnel. Ainsi la formation des infirmiers a été assurée par 607 ITM/IEM pour 49748 élèves répartis à travers les 26 provinces du pays. Kinshasa compte le plus grand nombre d'ITM et d'élèves. Les provinces du Bas Uélé, du Nord Ubangi, du Maniema et de la Tshuapa sont les moins nanties (voir le tableau ci-dessous).

Tableau 8 : Répartition des ITM/IEM et des effectifs d'élèves par province en 2021

CODE	PROVINCE	ITM / IEM Réseau officiel	Nbre total d'ITM / IEM		Effectifs			
		Nbre	Nbre	%	F	M	T	%
10	KINSHASA	6	78	13%	5391	1782	7173	14%
20	KONGO CENTRAL	8	46	8%	1928	1303	3231	6%
31	KWANGO	7	20	3%	439	440	879	2%
32	KWILU	8	36	6%	1463	1296	2759	6%
33	MAI NDOMBE	12	16	3%	640	481	1121	2%
41	EQUATEUR	6	13	2%	301	401	702	1%
42	MONGALA	7	35	6%	943	1272	2215	4%
43	TSHUAPA	3	9	1%	174	259	433	1%
44	NORD UBANGI	2	7	1%	206	321	527	1%
45	SUD UBANGI	4	14	2%	668	1156	1824	4%
51	TSHOPO	12	24	4%	524	583	1107	2%
52	BAS UELE	4	6	1%	172	140	312	1%
53	HAUT UELE	9	14	2%	464	322	786	2%
54	ITURI	8	22	4%	1013	725	1738	3%
61	NORD KIVU	8	28	5%	2003	952	2955	6%
62	SUD KIVU	17	52	9%	1682	1176	2858	6%
63	MANIEMA	5	7	1%	256	255	511	1%
71	HAUT KATANGA	2	28	5%	2698	1008	3706	7%
72	HAUT LOMAMI	5	11	2%	711	878	1589	3%
73	LUALABA	2	15	2%	880	393	1273	3%
74	TANGANYIKA	5	10	2%	682	851	1533	3%
81	KASAI ORIENTAL	4	15	2%	943	1406	2349	5%
82	LOMAMI	6	26	4%	1131	1884	3015	6%
83	SANKURU	5	18	3%	423	976	1399	3%
91	KASAI CENTRAL	5	28	5%	1017	1178	2195	4%
92	KASAI	8	29	5%	714	844	1558	3%
	TOTAL	168	607	100%	27466	22282	49748	100%

Source : Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé, Rapport annuel 2021

Les chiffres de ce tableau traduisent la prolifération des ITM/IEM dans la formation des professionnels de santé du niveau secondaire en comparaison aux chiffres de ITM/IEM du réseau officiel pour la même période qui ne totalisent que 168 soit 28% de l'ensemble. Dans cette répartition, on note que ce sont les provinces du Sud-Kivu, de la Tshopo et de Mai-Ndombe qui occupent les premières positions et qui surclassent ainsi la ville de Kinshasa. Dans ce réseau officiel, les provinces les moins nanties sont le Nord-Ubangi, le Haut-Katanga et le Lualaba. En général, l'allure des effectifs suit également cette distribution.

Les données de 2022, quoiqu'encore partielles présentent une augmentation du nombre des ITM / IEM qui passe de 607 à 618. La désagrégation de ces chiffres selon les filières d'appartenance de ces écoles témoigne de la prédominance des écoles privées (41%) sur les écoles du réseau officiel (30%) et du réseau confessionnel (29%). Il faut noter que même le réseau officiel a connu une augmentation de 20 écoles passant de 168 en 2021 à 188 en 2022. Le tableau ci-dessous présente la situation de 2022.

Tableau 9 : Répartition des ITM/IEM par province en 2022

CODE	PROVINCE	OFFICIEL	PRIVE	CONFESSIONNEL	TOTAL
10	KINSHASA	5	70	5	80
20	KONGO CENTRAL	8	19	20	47
31	KWANGO	8	6	6	20
32	KWILU	10	14	13	37
33	MAI-NDOMBE	12	2	2	16
41	EQUATEUR	6	4	3	13
42	MONGALA	6	10	8	24
43	TSHUAPA	3	2	4	9
44	NORD UBANGI	4	1	2	7
45	SUD UBANGI	4	5	5	14
51	TSHOPO	12	8	4	24
52	BAS - UELE	4	0	2	6
53	HAUT UELE	7	1	7	15
54	ITURI	8	2	12	22
61	NORD KIVU	8	3	17	28
62	SUD KIVU	17	24	12	53
63	MANIEMA	8	0	2	10
71	HAUT KATANGA	2	23	7	32
72	HAUT LOMAMI	5	0	6	11
73	LUALABA	2	12	2	16
74	TANGANYIKA	5	3	3	11
81	KASAI ORIENTAL	4	9	2	15
82	LOMAMI	19	7	0	26
83	SANKURU	5	2	12	19
91	KASAI CENTRAL	5	14	14	33
92	KASAÏ	11	9	10	30
	TOTAL	188	250	180	618
	Pourcentage	30%	41%	29%	100%

Source : Direction de l'Enseignement des Sciences de la santé, 2022

Dans le processus de l'amélioration des programmes de formation, il est à noter que les universités et instituts supérieurs ont adopté le programme Licence Maitrise et Doctorat (LMD) qui est basé sur le développement des compétences et qui sera d'application obligatoire dès l'année académique 2023 selon les recommandations des états généraux de l'ESU de septembre 2021. De même pour la Direction de l'Enseignement des Sciences de la Santé qui a introduit depuis 2020 l'approche par compétence dans les programmes de formation en sciences de la santé.

Globalement, des entretiens réalisés, il s'est dégagé qu'il manque une politique concertée de formation entre le ministère de l'ESU et celui de la Santé, Hygiène et Prévention. Ce qui débouche sur des programmes d'enseignement inadaptés aux besoins de terrain. En plus, le sous équipement de laboratoires, de salles de pratiques professionnelles et des lieux de stages. Tout ceci est aggravé par une prolifération des établissements du niveau secondaire, supérieur et universitaire ne répondant pas aux normes éducationnelles édictées pour un fonctionnement adéquat et une formation diplômante.

Dans ces conditions les efforts pour rééquilibrer les filières de formation ne sont pas encore visibles et le processus d'accréditation des institutions de formation des professionnels de santé de niveau secondaire n'est pas encore effectif

3.2.1.3. Du développement des compétences des prestataires

Il s'agit essentiellement de l'application de la politique de la formation continue des prestataires des services et soins de santé, tel que prévue dans le PNDRHS. Avec l'Arrêté n°15/ME/MIN.FP du 04/08/2017 portant agrément provisoire du cadre et des structures organiques du Secrétariat Général à la Santé Publique, l'ancienne Direction de la formation continue (D11) a été intégrée dans la grande Direction standard des RHS (DRH). Cette intégration n'est pas encore effective car l'ex-Direction continue à fonctionner comme dans l'ancien temps.

Néanmoins, les Programmes spécialisés du ministère ont continué à organiser la formation en cours d'emploi des prestataires dans les différents domaines de leurs spécialités, avec une difficulté notoire pour la centralisation des données sur ces formations, même dans les programmes prioritaires du ministère. Par exemple, des nombreux prestataires ont été formés dans le cadre du mentorat clinique et périnatalité, mais les 7 DPS concernées ne disposent pas de base des données des personnes formées²⁴. De même les formations sur les supervisions intégrées pour l'amélioration de la qualité des soins ont été réalisées en faveur de 201 ZS, dans les 8 DPS appuyées par le FM, en commençant par une formation de 39 formateurs centraux, puis des formations en cascade de plus 800 prestataires en 2020 et 2021.

Pour la formation des ECZS, il y a lieu de signaler que la session de formation de 49 formateurs du niveau central qui été recyclés en septembre 2021 dans la perspective de redynamiser les formations en cascades pour le renforcement des compétences des ECZS au niveau opérationnel. Cependant, pour la période allant de 2018 à 2022, ces formations ont couvert 13 DPS, à savoir : Kongo Central, Nord Kivu, Tanganyika, Lualaba, Sud Kivu, Lomami, Haut Lomami, Haut Katanga, Sud Ubangi, Kasai Oriental, Sankuru, Kasai Central et Maniema. Les chiffres cumulés de ces formations sont de 205 formateurs provinciaux formés et de 678 membres des ECZ formés dans 130 ZS²⁵.

Les autres activités déclinées dans le PNDS recadré 2019-2022 n'ont pas connu des avancées significatives. C'est le cas de l'appui aux programmes de formation des spécialistes cliniciens dans les domaines prioritaires liés à la santé de la mère et de l'enfant, la reconversion du personnel pléthorique vers des catégories déficitaires comme celle de sage-femmes et l'appui à la création des nouvelles filières de formation telles que le secrétariat médical pour la conversion des jeunes administratifs du secteur. Parmi les

²⁴ le rapport des missions de suivi et supervision du niveau central dans 10 DPS appuyées par UNICEF - 20 aout au 25 Septembre 2022.

²⁵ Direction de Formation Continue, Rapport synthèse des sessions de formation des ECZS de 2018-2022 en management des soins de santé primaires (MSSP)

raisons qui expliquent cette situation, la Direction de la formation continue a souligné le manque de ressources, notamment parce que les PTF du ministère sont restés très focalisés sur l'appui aux programmes spécialisés, entre autres. Il faut aussi reconnaître qu'avec une application insuffisante de la réforme de l'administration publique et le nouveau cadre organique du Secrétariat général du MSPHP (2017), le leadership de l'ancienne Direction de la formation continue (D11) a été fortement affaibli, ce qui ne permet pas de canaliser les ressources disponibles vers les priorités identifiées dans le domaine de la formation continue.

3.2.2. De l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et intrants

3.2.2.1. De la maîtrise des besoins et de la gestion des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans les formations sanitaires

Le gouvernement a procédé à la formation des cadres d'une cinquantaine des ZS, environ 10% , sur la maîtrise des besoins et de la gestion des médicaments, vaccins, contraceptifs et autres intrants spécifiques utilisés dans les formations sanitaires.

3.2.2.2. De l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des médicaments essentiels et intrants spécifiques est tributaire du renforcement du SNAME

L'amélioration de la chaîne d'approvisionnement passe nécessairement par la capacité des ZS à maîtriser les besoins. A ce jour, seules 10% des ZS sont capables en cette matière.

Quant au renforcement des capacités de stockage en médicament des structures qui forment le SNAME, les travaux d'agrandissement de la capacité de stockage de l'entrepôt de FEDECAM pour 1 000 m³ sont en cours. Trois CDR d'une capacité d'au moins 12 000 M³ ont été construits respectivement à Bukavu, Aru et Kwilu.

Par contre les circuits parallèles ne sont que partiellement intégrés au SNAME. Il s'agit notamment des importations faites par le Fonds Mondial et l'USAID. Par ailleurs, les appuis de la Banque Mondiale en faveur des formations médicales des ZS n'ont pas un caractère contraignant pour les amener à s'approvisionner dans les CDR.

3.2.2.3. De l'amélioration de la qualité des médicaments, vaccins et intrants spécifiques essentiels dans un secteur pharmaceutique mieux régulé

La loi sur l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP) a été publiée et les animateurs de cette organisation déjà installés. Il reste l'effectivité des activités de cette organisation sur le terrain. L'arrêté portant transformation du Laboratoire Pharmaceutique de

Kinshasa en un laboratoire de contrôle qualité a été pris et la structure a été réhabilitée et équipée. Il en est de même de l'arrêté portant surveillance du marché des médicaments.

En plus de LAPHAKI pour contrôle qualité qui jusque-là est assez limité, l'informatisation des importations via un guichet unique d'importation concourt partiellement à l'amélioration de la qualité.

3.2.2.4. De la promotion de la production locale des médicaments

Le gouvernement a poursuivi au cours de ces quatre dernières années sa politique de soutien aux usines pharmaceutiques locales qui consiste à ne pas appliquer une taxe sur les matières premières qui servent à la production locale. A titre indicatif, au nombre de ces industries figurent Arophar qui produit les solutés massifs, Phatkin , Cesamex, Pharmagros pour ne citer que ces quelques-unes ; la production locale demeure toujours insignifiante.

3.2.3. Du développement des infrastructures et équipements

3.2.3.1. De la modernisation des infrastructures et équipements.

En plus des infrastructures citées dans la partie médicaments ci-dessus, au cours des quatre dernières années, le secteur de la santé a entamé un certain nombre des travaux de construction et de réhabilitation mentionnés dans le PNDS et dont quelques-uns ont été achevés. Les travaux achevés au niveau national sont ceux de construction et d'équipement du laboratoire P3 de l'INRB. Le laboratoire est déjà fonctionnel. Il convient de mentionner aussi la réhabilitation d'un pavillon pour prise en charge des cas de covid-19 aux cliniques universitaires de Kinshasa.

La plupart de grands travaux sont en cours, notamment ceux relatifs à la construction de nouveaux pavillons de l'Hôpital Général de Kinshasa avec le financement du gouvernement.

Dans les provinces, plusieurs hôpitaux ont bénéficié soit d'une réhabilitation partielle soit d'un renforcement par les nouvelles constructions grâce au financement apporté par PTF et aux petites réserves des hôpitaux consacrées à l'investissement. A titre d'exemple nous citons la province du Sud Kivu où l'Hôpital Provincial General de Bukavu, l'HGR de Panzi, l'HGR d'Uvira, l'HPGR Monvu à Idjwi et l'HGR Katana ont bénéficié des travaux de construction et/ou réhabilitation.

De manière générale, les hôpitaux consacrent 30% des recettes aux investissements et à l'épargne au bénéfice de la structure. Cette clé de répartition est à la base des initiatives locales pour la construction, la réhabilitation et l'équipement des hôpitaux même si la majorité d'hôpitaux du pays ont des comptes déficitaires car les recettes sont absorbées dans le fonctionnement de routine et le paiement des primes.

D'autres travaux planifiés n'ont pas été réalisés par manque d'harmonisation entre les PTF et la partie gouvernementale. C'est le cas du bâtiment administratif du PNLP reste dans un état de délabrement depuis plusieurs décennies.

3.2.3.2. Du renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements acquis

Les rapports des DPS visitées ainsi que ceux des programmes renseignent sur les défis énormes relatifs à l'entretien et à la maintenance des équipements dont ils disposent. Ils sont entièrement dépendants de l'appui des PTFs.

3.2.4. Du renforcement du système d'information sanitaire

Le DHIS2 constitue à ce jour la base de données utilisée dans le secteur. Il intègre les données sanitaires de routine et celles des programmes spécialisés dont le PNL, le PNLT, le PNSR, le PNLP, le PRONANUT etc,...

La DSNIS dispose actuellement de 6 portails DHIS2 :

- <https://www.snisrdc.com> (SNIS National)
- <https://v2.snisrdc.com> (SNIS Enseignement)
- <https://dev.snisrdc.com> (SNIS Archive)
- <https://dev2.snisrdc.com> (Instance de développement et de test)
- <https://tracker.snisrdc.com> (Instance de production dédiée aux données individuelles)
- <https://trackerdev.snisrdc.com> (Instance de développement dédiée aux données individuelles)

Dans le cadre de l'amélioration de la disponibilité et de la circulation de l'information sanitaire, plusieurs activités ont été réalisées en 2021. Il s'agit notamment de :

- ❖ Paramétrage des dash boards des outils de supervision intégrée et ceux de la démarche qualité intégrée ;
- ❖ Paramétrage des outils de SI des activités des Soins de SSP général et de la lutte contre le Palu, le VIH et la TB en particulier
- ❖ Suivi du cadre normatif SNIS et fonctionnalité du DHIS2 dans les DPS appuyées par FM et PROSANI USAID ;
- ❖ Missions d'audit de la qualité des données du niveau central vers les DPS et les ZS ;
- ❖ Opérationnalisation du module DQI/SI dans le DHIS 2 pour la remontée des données sur la qualité des soins et des supervisions menées dans toutes les 9 DPS et 516 ZS
- ❖ Paramétrage des données des autres composantes du SNIS dans la DHIS2 et/ou leur interopérabilité : SNIS CNS financement de la santé

- ❖ Validation et de paramétrage des pyramides sanitaires actualisées de chacune des DPS dans DHIS2 et des assignations des ensembles de données (3 DPS)

Audit interne du paramétrage du DHIS2 et de correction des erreurs de paramétrage par les experts SP et IT

3.2.4.1. De l'amélioration de la complétude, promptitude et exactitude des données collectées

Tableau 10. Complétude globale 2021 pour les 12 modules au 31 janvier 2022

organisationunitname	A- Services de Base Reporting rate	B- Services Secondaires Reporting rate	Canevas UNIQUE PNLS- Edition 2019 Reporting rate	C. SIGL BCZ_CDR_BCAF Reporting rate	C- SIGL FOSA Reporting rate	D- Service Hôpital Reporting rate	E- Banque de Sang et Transfusion Reporting rate	F- Activites BCZ Reporting rate	PNLP CS Site Sentinelle Reporting rate	PNLP HGR Site Sentinelle Reporting rate	PNLT - Rapport Trimestriel Tuberculose-Edition 2019 Reporting rate	Surveillance Hebdomadaire- Edition 2020 Reporting rate	COMPLETUDE GLOBALE DES DPS EN 2021 AU 31 JANVIER 2022
bu Bas Uele Province	99	99	98	90	99	89	53	89	89	100	98	84	91
eq Equateur Province	100	99	100	93	99	82	46	56	50	50	100	34	62
hk Haut Katanga Province	99	97	98	67	93	85	61	82	89	100	82	56	73
hl Haut Lomami Province	90	90	95	84	89	78	61	61	75	58	96	38	61
hu Haut Uele Province	95	93	93	94	91	89	79	79	100	100	100	60	75
it Ituri Province	97	96	91	91	91	74	64	78	72	92	95	52	71
kc Kongo Central Province	100	96	95	96	98	86	80	91	100	100	97	75	85
ke Kasai Oriental Province	99	99	100	90	100	93	79	87	94	100	100	84	92
kg Kwango Province	99	98	99	100	98	94	79	98	92	75	98	42	67
kl Kwilu Province	99	99	94	94	98	90	80	84	83	92	100	85	90
kn Kinshasa Province	98	95	95	91	93	97	86	94	100	100	97	72	83
kr Kasai Central Province	99	97	99	87	98	91	87	92	100	100	100	77	86
ks Kasai Province	99	97	96	89	96	96	87	94	51	92	100	68	80
ll Lualaba Province	86	82	94	64	78	75	54	70	69	83	86	30	53
lm Lomami Province	100	100	100	95	100	97	88	94	100	100	99	98	100
md Maindombe Province	94	92	91	84	90	71	50	64	61	75	91	35	59
mg Mongala Province	99	98	91	89	97	91	82	78	86	67	94	32	60
mn Maniema Province	100	99	94	96	98	93	77	98	100	100	97	55	74
nk Nord Kivu Province	97	94	95	93	91	89	69	88	100	100	100	38	63
nu Nord Ubangi Province	98	98	96	97	96	92	63	67	100	83	100	22	57
sk Sud Kivu Province	93	91	93	90	91	86	77	81	81	100	100	57	72
sn Sankuru Province	93	93	99	82	90	89	68	75	100	83	100	45	67
su Sud Ubangi Province	100	100	99	93	97	99	97	98	97	67	97	92	96
tn Tanganyika Province	67	65	91	68	68	59	61	57	100	100	96	45	57
tp Tshopo Province	100	98	93	99	97	69	41	92	78	67	95	26	58
tu Tshuapa Province	100	99	98	99	97	86	86	88	94	83	100	70	82
République Démocratique du Congo	97	95	95	89	94	86	73	84	87	88	97	59	75

légende	
	Taux entre 0 et 49.9%
	Taux entre 50% et 79.9%
	Taux entre 80% et 100%

Commentaires :

Sur les 12 modules retenus, on note que :

- 7 modules sur 12 ont globalement une bonne complétude, il s'agit de : (1) A- Services de Base, (2) B- Services, (3) Canevas UNIQUE PNLS-Edition 2019, (4) C. SIGL BCZ_CDR_BCAF, (5) C- SIGL FOSA, (6) D- Service Hôpital et (7) PNLT - Rapport Trimestriel Tuberculose-Edition 2019 ;
- Un module a une complétude moyenne, il s'agit du module Banque de Sang et Transfusion, tandis que le module Surveillance Hebdomadaire-Edition 2020 a une complétude faible ;

En rapport avec la complétude globale, on note que cinq DPS sont dans la catégorie faible (Lualaba 53%, Nord-Ubangi et Tanganyika 57%, Tshopo 58% et Maindombe 50%), Onze DPS dans la catégorie moyenne, Cinq dans la catégorie performante et cinq autres dans la catégorie très performante. La complétude globale pays est moyenne, soit 75% mais il sied de dire qu'il y a une bonne évolution par rapport à 2020 où la complétude globale pays était de 44%.

Tableau 11 : Promptitude globale 2021 pour les 12 modules au 31 janvier 2022

organisationunitname	A- Services de Base Reporting rate on time	B- Services Secondaires Reporting rate on time	Canevas UNIQUE PNLS-Edition 2019 Reporting rate on time	C. SIGL BCZ_CDR_BCAF Reporting rate on time	C- SIGL FOSA Reporting rate on time	D- Service Hôpital Reporting rate on time	E- Banque de Sang et Transfusion Reporting rate on time	F- Activites BCZ Reporting rate on time	PNLP CS Site Sentinelle Reporting rate on time	PNLP HGR Site Sentinelle Reporting rate on time	PNLT - Rapport Trimestriel Tuberculose-Edition 2019 Reporting rate on time	Surveillance Hebdomadaire-Edition 2020 Reporting rate on time	PROMPTITUDE GLOBALE DES DPS EN 2021 AU 31 JANVIER 2022
bu Bas Uele Province	56	58	45	33	50	51	32	37	75	83	77	28	40
eq Equateur Province	63	61	40	33	54	46	26	23	14	8	48	17	34
hk Haut Katanga Province	74	70	78	29	61	65	40	28	81	100	74	25	44
hl Haut Lomami Province	79	80	58	58	52	70	50	17	39	33	29	14	38
hu Haut Uele Province	52	50	50	25	45	48	46	25	78	67	51	30	38
it Ituri Province	74	72	63	48	61	55	49	29	14	42	69	22	43
kc Kongo Central Province	85	81	82	60	80	71	71	68	100	100	77	68	74
ke Kasai Oriental Province	78	81	78	38	73	71	47	38	39	33	88	47	60
kg Kwango Province	88	85	78	63	77	74	56	69	31	17	83	21	48
kl Kwilu Province	82	82	79	63	80	74	68	67	83	92	82	76	78
kn Kinshasa Province	88	83	82	56	78	83	70	70	94	100	64	44	62
kr Kasai Central Province	90	88	88	57	85	73	70	61	81	100	89	40	61
ks Kasai Province	92	89	86	62	82	87	76	77	43	83	89	45	63
ll Lualaba Province	73	70	69	41	58	65	48	48	22	33	63	25	43
lm Lomami Province	81	79	77	54	68	81	70	60	69	75	86	67	71
md Maitombe Province	55	55	53	27	49	39	28	23	33	17	47	15	31
mg Mongala Province	75	75	57	30	66	63	65	32	75	33	54	23	43
mn Maniema Province	82	80	59	36	68	64	50	48	75	75	66	14	41
nk Nord Kivu Province	63	61	51	40	50	62	54	46	89	83	64	16	35
nu Nord Ubangi Province	69	76	55	19	38	69	46	39	50	83	70	14	35
sk Sud Kivu Province	60	59	47	48	50	54	47	28	69	67	97	23	37
sn Sankuru Province	63	65	56	36	57	53	32	26	39	25	64	17	36
su Sud Ubangi Province	78	77	67	43	74	66	60	54	61	58	60	33	52
tn Tanganyika Province	38	40	41	24	18	31	35	24	69	67	34	16	24
tp Tshopo Province	53	51	33	32	44	31	19	26	33	25	41	6	24
tu Tshuapa Province	90	87	70	59	78	73	72	60	67	67	89	57	69
République Démocratique du Congo	75	73	66	45	65	64	55	44	58	61	70	35	51

légende	
	taux entre 0 et 49.9%
	taux entre 50% et 79.9%
	taux entre 80% et 100%

Commentaires :

La promptitude demeure encore un problème au pays. En effet, dix-sept DPS sont dans la catégorie très faible, une DPS dans la catégorie faible et huit dans la catégorie moyenne. La promptitude globale pays est faible, soit **51 %** mais se révèle mieux que le taux enregistré en 2020, taux qui était de **33%**.

La grève de personnel de santé autre que les médecins sur toute l'étendue du pays et pendant deux trimestres de l'année (T3 & T4 2021) ont eu un impact très négatif sur la transmission et l'encodage des données. A cela s'ajoute la pandémie à COVID-19.

3.2.4.2. De l'amélioration de l'analyse et de la production de l'information sanitaire

Une formation permanente des RHS devrait être assurée et renforcée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et chaque année pour améliorer tous les aspects contribuant à la qualité de l'information sanitaire.

3.2.4.3. De l'amélioration de la diffusion de l'information sanitaire

Le ministère devrait diversifier et améliorer les canaux et la fréquence de diffusion de l'information sanitaire. La direction DANTIC devrait être rendue opérationnelle pour aider davantage

3.2.5. De l'amélioration du financement et réduction des barrières d'accès aux soins

3.2.5.1. De l'accroissement des ressources financières disponibles pour le secteur de la santé : financement disponible par axe stratégique et actions prioritaires

3.2.5.1.1. Améliorer le système de collecte et d'administration des recettes existantes.

Si le PNDS avait recommandé que le Ministère de la santé puisse engager des discussions avec le COREF pour parvenir à des augmentations des recettes, il faut dire que les résultats escomptés ont été obtenus dans le cadre général de l'amélioration des recettes et partant du budget de l'Etat. Le COREF s'est engagé à poursuivre ses efforts pour renforcer cette tendance avec la mise en œuvre de son nouveau « Plan stratégique de la réforme des finances publiques en RDC 2022-2028 », adopté le 26 novembre 2021 par le Conseil des Ministres. Le tableau ci-dessous présente la tendance à l'amélioration du budget de l'Etat et la proportion réservée à la santé.

Tableau 12 : Proportion du budget de la Santé par rapport au budget de l'Etat (en CDF)

Catégorie du Budget	2 018	2019	2020	2021	2022
Budget Global - Etat	8 927 875 827 540	9 604 890 657 737	17 225 248 047 289	15 337 490 924 616	20 408 330 686 833
Budget Fonction Santé	761 581 187 181	1 056 322 758 843	1 682 370 938 949	1 709 859 560 269	1 766 121 142 350
Budget Adm. Santé	681 714 620 461	1 026 733 945 622	1 637 950 689 788	1 649 609 309 682	1 727 510 922 175
% Budget Fonction Santé	8,5%	11,0%	9,8%	11,1%	8,7%
% Budget Adm Santé	7,6%	10,7%	9,5%	10,8%	8,5%

Source : CII, Chaîne de la dépense, 2022

Selon les chiffres du tableau ci-dessus, le budget de l'Etat a connu une évolution d'année en année, sauf en 2021 où il a y eu une légère diminution suivie d'une augmentation significative en 2022. Cette variation est contraire à l'évolution de la proportion allouée à la santé qui a connu une tendance inverse avec une légère augmentation (11.1%) quand le budget a diminué

en 2021, et avec une diminution en 2022 (8.7%) alors que le budget global a connu une augmentation significative en 2022.

Dans une perspective de la continuité de l'amélioration des recettes de l'Etat, le Plan stratégique de la réforme des Finances publiques a reçu le soutien du Groupe inter-bailleurs (GIBs) en charge des Finances publiques qui a identifié cinq axes stratégiques qui valorisent une meilleure mobilisation des recettes. C'est ainsi qu'avec l'appui de l'UE, le gouvernement travaille notamment pour l'interconnexion des régies financières : La Direction Générale des Impôts (DGI), la Direction Générale des Douanes et Accises (DGDA) et la Direction Générale des Recettes Administratives, Domaniales, Judiciaires et des Participations (DGRAD). C'est aussi avec ces partenaires que des propositions sur les nouvelles taxes éventuelles en faveur de la santé et de la CSU pourraient être discutées.

Tous les efforts du gouvernement en faveur de l'amélioration des recettes sont accompagnés entre autres par le travail de l'IGF, notamment sur la prévention des détournements des fonds et par les rapports de la Cours des comptes, sans oublier l'IGS avec ses contrôles sur la gestion des structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.2.5.1.2. Réviser l'exercice d'établissement des priorités dans le budget du gouvernement et viser à augmenter l'enveloppe de la santé

La Loi 11/011 du 13 juillet 2011 relative aux finances publiques (LOFIP) fixe le nouveau cadre normatif qui énonce les motivations de la révision des modalités de la gestion budgétaire, au moyen du budget programme qui met l'accent sur des allocations budgétaires orientée vers les actions à mener dans le cadre des politiques publiques, et sur les règles de la budgétisation fondée sur une logique de performance.

Le secteur de la santé est déjà engagé dans cette l'approche de l'établissement des priorités avec l'élaboration du PNDS qui est l'outil par lequel les priorités du secteur sont définies avec des cibles bien précises à atteindre par programme prioritaire. Le PNDS constitue le document de programmation où les indicateurs de résultats sont fixés et les moyens pour y parvenir sont aussi estimés. Ainsi, les estimations des coûts des interventions et actions du PNDS sont alignées sur la structure du budget-programme du ministère de la Santé. C'est donc le PNDS qui devrait inspirer les prévisions budgétaires pour les intégrer dans la loi de finance, par le canal du cadre de dépense à moyen terme (CDMT). Le défi reste à rapporter les dépenses de la santé selon le CDMT, pour ainsi refléter la réalité de la prise en compte des priorités dans la loi des Finances.

Cependant, il s'avère que le gouvernement sollicite un nouveau moratoire pour la mise en œuvre du Budget-Programme, car il y a eu beaucoup de retards dans le calendrier y relatif (Communication du Ministre du Budget, le 6 octobre 2022) et dans la production des outils d'accompagnement et directives d'exécution.

Quant à l'approche visant l'augmentation de l'enveloppe de la santé, les estimations faites pour le PNDS ont pris en compte des augmentations d'une année à une autre sur les 4 ans de la

période du PNDS, même si cette tendance n'était pas totalement reflétée dans les estimations des financements disponibles. Ce pendant cette évolution n'est pas reflétée dans le budget de l'Etat où le budget de la fonction santé a diminué entre 2019 et 2020, contrairement au coût du PNDS pour ces deux années.

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

Dans le cadre de la CSU, des études ont été initiées portant sur les financements innovants, la tarification forfaitaire et même les prépaiements des services et soins de santé. Ces études devraient être complétées par des études de faisabilité, notamment concernant la mise à contribution des instruments fiscaux et parafiscaux existant pour le financement de la CSU : la quotité FONER en faveur de la CSU, la quotité TPI en faveur de la CSU, la Taxe sur la pollution (DGRAD), la redevance sur les billets d'avions, les Accises sur les produits néfastes à la santé, et même la TVA ajustée en faveur de la CSU. En plus de ces instruments, les suggestions concernent aussi la révision des textes législatifs et réglementaires pour l'introduction des mécanismes de financement innovants, comme les quotités sanitaires pour dégager des fonds pour la CSU : la quote-part provinciale et des ETD de la redevance minière, le Fonds Forestier, la vignette automobile, les cotisations sociales à la CNSS, les frais d'obtention du passeport, la taxe sur le permis de construire (autorisation de bâtir) d'un immeuble, les transferts des fonds « mobile money », et les Fonds pour le service universel des télécommunications et TIC, entre autres et toutes en faveur de la CSU²⁶.

Ces mécanismes font partie des possibilités à explorer et pour lesquelles des études de faisabilités devraient être initiées progressivement. A ce jour, les financements innovants ne sont pas encore introduits. En attendant, les efforts à court terme devraient être orientés vers les possibilités de capture des flux financiers provenant des paiements directs par les ménages pour mieux les organiser et les affecter aux achats stratégiques des services et soins en faveur de la population. Néanmoins, si au niveau central le montage structurel est identifiable, il reste qu'en milieu rural, dans les structures sanitaires difficile d'accès, la réflexion devrait continuer pour la mise en place des mécanismes efficaces d'achat des services en faveur des FOSA et pour le bénéfice des utilisateurs des services de santé.

3.2.5.2. De l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles pour le PNDS : ressources effectivement mobilisées pour le secteur de la santé et pour la CSU

²⁶ Conseil National de la Couverture Santé Universelle (CNCSU). Etude sur les mécanismes innovants de financement de la santé en faveur de la couverture santé universelle en RDC, Rapport, Septembre 2022.

Dans une analyse rétrospective, le budget de l'Etat alloué à la « Fonction Santé » n'a pas montré de croissance significative, même si pour les années couvertes par le PNDS, ce budget a représenté respectivement 11%, 10%, 11% et 8%, sans jamais atteindre le niveau d'un taux de 15% tel que recommandé par la Déclaration d'Abuja des Chefs d'État et de Gouvernement.

Par rapport aux taux d'exécution, ce budget a connu une évolution en dents de scie avec deux pics situés en 2007-2008 puis en 2016. Cependant, pour les années 2019, 2020 et 2021, les taux d'exécution ont été respectivement de 57,1%, 67,1% et de 59,6%, présentant des variations allant jusqu'à 10 points de pourcentage entre 2018 et 2021, alors que la tendance est inverse pour la part du budget de la santé par rapport au budget global de l'Etat, même si dans ce cas, les variations sont seulement autour d'un point de pourcentage pour la même période (voir figure ci-dessous).

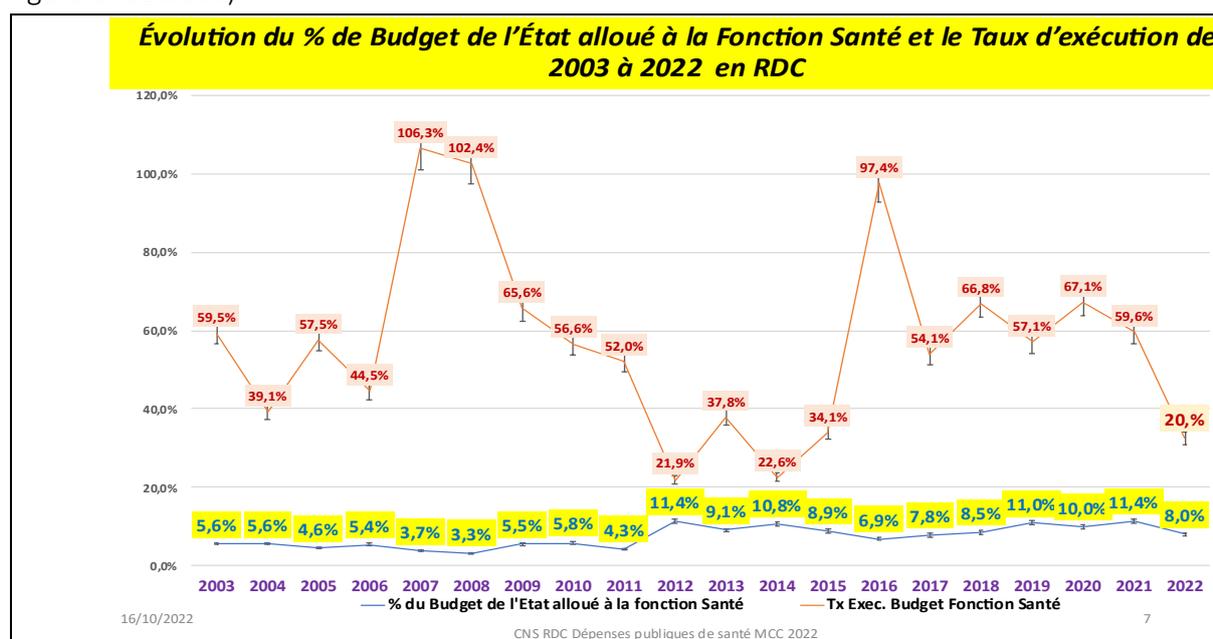


Figure 16 : Evolution du % de Budget alloué à la fonction Santé et le Taux d'exécution 2003 à 2022 en RDC

Source : PN-CNS, Dépenses publiques de la santé, MCC 2022

Les chiffres repris sur cette figure ne présentent pas la même allure lorsqu'il s'agit de l'exécution du budget de la fonction santé à partir des ressources propres de l'Etat. Selon les chiffres obtenus de la chaîne de dépenses en 2022 (voir tableau ci-dessous), les taux d'exécution y relatifs sont respectivement de 60% en 2019, 40% en 2020 et de 59% en 2021.

Tableau 13 : Exécution du budget de la Fonction santé en ressources propres selon la chaîne des dépenses 2019 – 2022

RESSOURCES PROPRES (en US \$)	2019		2020		2021		2022	
	MONTANT DOTATION	MONTANT PAIEMENT						
Contrepartie des Projets	7 437 922	234	13 439 414	3 336 574	27 501 074	13 196 002	27 263 353	
Fonctionnement des Ministères	16 536 500	961 928	36 045 356	8 201 169	25 848 063	4 806 492	25 027 113	
Fonctionnement sur Ressources Propres des Budgets Annexes	22 045 579	-	28 788 718	-	28 964 535	-	-	-
Interventions Économiques, Sociales, Culturelles et Scientifiques	13 433 580	367 627	10 461 767	350 994	5 011 566	12 455 478	7 125 660	-

Investissement sur Ressources Propres des Budgets Annexes	-	-	51 385 994	-	51 699 816	-	-	-
Investissements sur Ressources Extérieures	-	-	3 683 061	-	-	-	-	-
Investissements sur Ressources Propres	30 507 931	538 162	22 761 523	-	46 647 910	1 904 907	33 958 658	-
Investissements sur Transfert aux Provinces et ETD	85 777 541	195 857	179 984 595	472 940	109 794 465	28 938 986	43 108 261	-
Rémunérations	219 644 086	239 538 035	283 063 439	240 441 672	241 933 895	259 898 019	311 194 255	-
Subventions aux Organismes Auxiliaires	3 662 503	-	3 573 243	-	2 317 168	21 927	3 255 989	-
Subventions aux Services Ex-BPO	980 614	286 094	978 570	250 823	818 013	117 925	810 942	-
Total général	400 026 258	241 887 936	634 165 681	253 054 173	540 536 504	321 339 736	451 744 231	-
Taux d'exécution en %		60%		40%		59%		-

Si les ressources propres du gouvernement ne sont déjà pas suffisantes pour assurer le financement de la santé, il est déplorable qu'elles ne soient même pas en mesure d'être dépensées en totalité. En effet, les faibles taux de décaissement traduiraient un engagement mitigé du gouvernement pour le social, en général, et pour la cause de la santé et donc de la CSU, en particulier, surtout lorsque l'on sait que dans les décaissements réalisés, le paiement des salaires compte pour plus de 92% des budgets alloués, au moins en 2021. Néanmoins, il faut aussi savoir que certaines dépenses passent par les décaissements d'urgence qui ne sont pas comptabilisées au niveau de la chaîne des dépenses.

Au regard des chiffres présentés, il apparaît que la question du plaidoyer auprès du ministère du Budget pour l'amélioration de l'exécution budgétaire demeure entière, avec des taux d'exécution de moins de 60% du budget de la santé. En plus, les affectations au niveau des provinces souffrent d'un manque de traçabilité, les DPS n'étant pas en mesure de renseigner correctement sur les éventuelles allocations reçues du budget de l'Etat.

3.2.5.3. De l'amélioration l'efficience des ressources au niveau national

3.2.5.3.1. Evolution des dépenses courantes de la santé

(1) Engagements budgétaires du Gouvernement et des bailleurs

La difficulté de la maîtrise des dépenses de la santé est exprimée par la DAF dans son « Rapport de la cartographie du financement de la santé 2021-2024 », publié en juillet 2022 où la DAF parle des engagements budgétaires du Gouvernement et des bailleurs qui se présenteraient comme dans le tableau ci-dessous par axe stratégique :

Tableau 14 : Engagement budgétaire du Gouvernement et bailleurs en USD par axe stratégique du PNDS, 2020 – 2022

Axe	Programme	2020	2021	2022
Axe 1	Prestations de services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé	404 955 808	400 581 651	415 000 378
Axe 2	Appui aux différents piliers du système de santé	418 5601 629	418 903 628	433 981 845
Axe 3	Renforcement de la gouvernance, leadership et pilotage du système de santé	602 165 511	827 358 335	857 138 665
	TOTAL	1 425 722 947	1 646 843 615	1 706 120 888

Source : MSPHP, Rapport cartographie T4 2021, Direction Administrative et Financière, octobre 2021

Ces chiffres qui se présentent comme des estimations posent plusieurs interrogations pour leur triangulation avec les autres sources au niveau national. En plus, le même rapport présente des concepts différents qui se rapportent à la disponibilité du financement, à l'exécution de dépenses, l'engagement des dépenses, au financement sur les dépenses qui sont tous des concepts qui devraient être mieux explicités et standardisés pour un meilleur suivi de l'exécution du budget de la santé. La DAF elle-même évoque des limitations dans l'élaboration de la cartographie du financement de la santé en termes de l'utilisation d'un logiciel efficace, des mécanismes de collecte des données et à l'accès aux données des PTF.

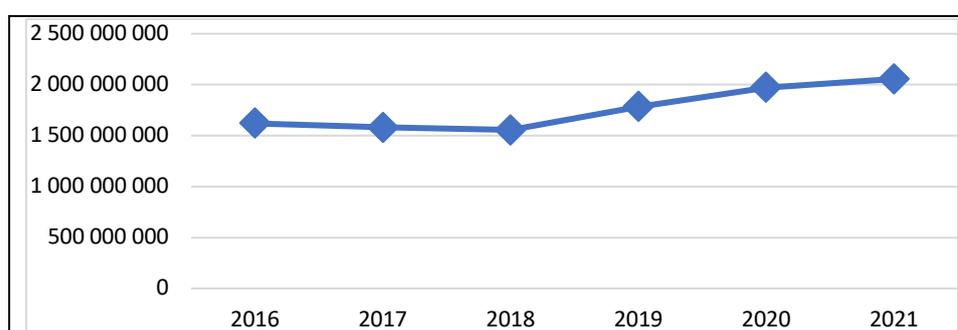
(2) Dépenses courantes de la santé

Par ailleurs, en prenant comme source de données le rapport annuel 2021 des Comptes Nationaux de la Santé, l'évolution des dépenses courantes de la santé entre 2016 et 2021 est renseignée par principale catégorie, à savoir l'Administration publique, Les Entreprise, les Ménages, les ONG Nationales et le Reste du monde (voir tableau ci-dessous). La courbe des dépenses courantes montre une évolution constante à partir de 2018

Tableau 15 : Evolution de dépenses courantes de santé de 2016 – 2021 (en CDF)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Administration publique	197 333 272,6	151 592 282,6	229 104 863,5	277 002 167,4	312 434 279,5	315 156 256,4
Entreprises	62 862 421,4	63 868 220,2	64 890 111,7	66 187 913,9	67 511 672,2	68 861 905,7
Ménages	658 980 708,5	692 243 688,9	705 921 833,7	748 996 411,9	852 343 618,0	905 893 082,9
ONGS Nationales	1 455 157,6	1 528 359,1	8 222 418,4	178 505,7	1 527 080,5	4 588 079,9
Reste du monde	701 010 121,8	671 337 346,8	548 035 877,2	693 320 426,9	739 671 290,2	761 861 428,9
DCS	1 621 641 681,9	1 580 569 897,6	1 556 175 104,6	1 785 685 425,9	1 973 487 940,4	2 056 360 753,7

Figure 17 : Evolution des dépenses courantes de santé de 2016 – 2021



La même évolution des dépenses courantes a été présentée en pourcentage par source de financement et il s'avère que les ménages en sont les plus grands contributeurs avec 44%, suivi des financements extérieurs avec 37%. La contribution de l'Administration publique ne vient qu'en troisième position avec 15%.

Cette répartition pose le problème de la responsabilité de l'Etat (Administration publique) en ce qui concerne le financement des services et soins de santé. En effet, dans une perspective de la CSU, une inversion des tendances devrait pouvoir s'effectuer pour que l'Etat prenne sa place de principal agent et donc de principale source de financement des dépenses courantes de la santé. Pour ce faire, la tendance devrait désormais être celle où les dépenses des ménages soient de plus en plus réduites pour une augmentation progressive des dépenses de l'Etat qui en définitive devrait prendre la relève pour la part la plus importante dans les dépenses courantes de la santé. Les mécanismes de la mise en œuvre de la CSU devraient conduire vers cette inversion d'échelle pour alléger la charge des ménages qui font déjà face à des dépenses catastrophiques conduisant à leur appauvrissement.

Tableau 16 : Evolution des dépenses courantes de santé par source de financement (2016 – 2021)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ménages	41%	44%	45%	42%	43%	44%
Reste du monde	43%	42%	35%	39%	37%	37%
Administration publique	12%	10%	15%	16%	16%	15%
Entreprises	4%	4%	4%	4%	3%	3%
ONGS Nationales	0%	0%	1%	0%	0%	0%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : MSPHP/PNCNS, rapport annuel 2021

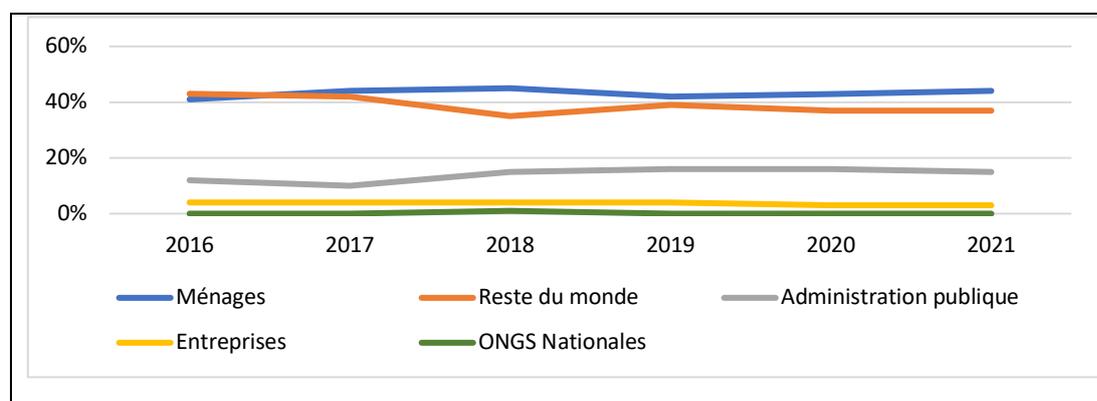


Figure 18 : Evolution du pourcentage des Dépenses courantes de santé par source de financement (2016 - 2021)

Quelle que soit leur évolution, les dépenses courantes de la santé posent le problème de leur efficacité quant à leur répartition par source de financement, quand on sait qu'au fil du temps les dépenses effectuées par le Gouvernement ne sont toujours pas les plus importantes.

(3) Dépenses courantes de la santé par principaux agents de financement

La répartition des dépenses courantes de la santé par les principaux agents financiers est présentée avec une moyenne calculée sur les années 2016 – 2020. Selon les chiffres présentés par le PNCNS, cette moyenne est de USD 1 700 812 505 par an. De ce montant, la part qui est gérée par le gouvernement ne représente que 14%. Par rapport aux dépenses des fonds provenant de l'extérieure, la part des dépenses gérées par le gouvernement s'élève à 51%, y compris les financements des PTF comme GAVI, PDSS/BM et le FM.

Par rapport à la dépense courante du financement extérieur, elle représente en moyenne 39% de la dépense courante totale de santé sur les années 2016 à 2020. Spécifiquement, ce pourcentage est de 37% pour l'année 2020. Ces chiffres montrent que les dépenses courantes de santé sont effectuées en utilisant dans une large mesure les financements qui proviennent de l'extérieure c'est-à-dire des bailleurs de fonds bi et multilatéraux. Cette situation qui est quasi constante pour la période considérée témoigne de la dépendance du secteur de la santé vis-à-vis de l'assistance extérieure.

Sur les fonds propres du gouvernement, le Ministère de la santé en tant que principal agent a géré pas moins de 91%, le reste étant réparti entre les autres ministères au niveau central, les administrations provinciales et locales ainsi que la mutuelle de santé des enseignants et autres organismes d'assurance sans but lucratif.

Tableau 17 : Evolution de la DCS gérée par les principaux Agents de financement (2016-2020) en USD

	2016	2017	2018	2019	2020	Moyenne	
1	Dépenses du Ministère de la santé	168 537 183	128 276 447	221 508 615	267 756 418	285 913 821	214 398 497
2	Dépenses des Autres ministères et unités des services publics (appartenant à l'administration centrale)	17 885 493	12 466 742	2 055 161	3 787 466	21 975 123	11 633 997
3	Dépenses de l'Administration provinciale/régionale/locale	3 506 784	5 190 363	-	-	-	4 348 573,5
4	Dépenses des Mutuelles et autres organismes d'assurance sans but lucratif	7 403 812	5 658 730	5 541 088	5 458 284	4 545 336	5 721 450
5	Dépenses du Financement extérieur géré par le Gouvernement	365 078 166	334 576 928	245 985 299	372 179 122	404 234 700	344 410 843
6	Dépenses du Financement extérieur	701 010 122	671 316 578	548 035 877	693 320 427	739 671 290	670 670 859
7	DCS par le Gouvernement	197 333 273	151 592 283	229 104 864	277 002 167	312 434 280	233 493 373
8	Dépenses courantes totales de santé	1 608 067 026	1 580 569 898	1 556 175 105	1 785 685 426	1 973 565 070	1 700 812 505
	<i>% de la DCS gérée par le GVT (7/8)</i>	12%	10%	15%	16%	16%	14%
	<i>% de la DCS du financement extérieur géré par le GVT sur la DCS du financement extérieur (5/6)</i>	52%	50%	45%	54%	55%	51%
	% de la dépense du financement extérieur sur la dépense courante totale de santé (6/8)	44%	42%	35%	39%	37%	39%
	<i>% de la DCS du GVT géré par le Ministère de la Santé (1/7)</i>	85%	85%	97%	97%	92%	91%
	<i>% de DCS du GVT géré par les Autres Ministères et unités des services publics (appartenant à l'administration centrale)</i>	9%	8%	1%	1%	7%	5%
	<i>% de DCS du GVT géré par l'Administration provinciale/régionale/locale</i>	2%	3%	0%	0%	0%	1%
	<i>% de DCS du GVT géré par les Mutuelles et autres organismes d'assurance sans but lucratif</i>	4%	4%	2%	2%	1%	3%

Source : PNCNS, Rapport sur les comptes de la santé 2020, décembre 2021

3.2.5.3.2. L'Analyse de l'efficacité des dépenses courantes de santé des fonds du Gouvernement par priorités selon les chiffres de 2020.

L'année 2020 a été retenue en fonction de la disponibilité des données rapportées par les CNS. Les tableaux ci-après présentent la répartition des dépenses courantes de santé selon les affectations par Prestataire des soins de santé et par prestations.

Tableau 18 : L'affectation des dépenses du Gouvernement par prestataire selon les activités en 2020 (USD)

Prestataire (HP)	Fonctions (HC)	2020	% HC	% HP
HP.1 Hôpitaux	HC.1.1 Soins curatifs hospitaliers	151 177 520	48,39%	52,25%
	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	11 909 212	3,81%	
	HC.6 Soins préventifs	152 451	0,05%	
HP.3 Prestataires de soins de santé ambulatoire	HC.1.3 Soins curatifs ambulatoires	63 455 827	20,31%	25,63%
	HC.6 Soins préventifs	16 614 227	5,32%	
HP.4 Prestataires de services auxiliaires	HC.4 Services auxiliaires	3 422	0,00%	0,17%
	HC.6 Soins préventifs	530 533	0,17%	
HP.6 Prestataires de soins préventifs	HC.6 Soins préventifs	16 479 163	5,27%	5,27%
HP.7 Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	HC.7 Gouvernance, administration du système de santé et des financements	49 237 206	15,76%	15,76%
HP.9. Reste du Monde	HC.1.1 Soins curatifs hospitaliers	2 874 719	0,92%	0,92%
DCS GVT		312 434 280	100,00%	100,00%

Source : PNCNS, Rapport sur les comptes de la santé 2020, décembre 2021

Par importance, ces chiffres montrent que les dépenses du gouvernement ont été principalement consacrées aux prestations dans les hôpitaux, aux prestations des soins ambulatoires, ainsi qu'à la gouvernance du système de santé et à son financement, avec respectivement 52%, 26% et 16%.

Tableau 19 : Répartition de la DCS du Gouvernement par facteurs de prestations par prestataire

<i>Facteurs de prestations</i>	Prestataires	2020	% HP	% FP
FP.1 Rémunération des employés	HP.1 Hôpitaux	146 507 016	47%	78%
	HP.3 Prestataires de soins de santé ambulatoire	59 657 249	19%	
	HP.6 Prestataires de soins préventifs	6 389	0%	
	HP.7 Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	36 541 456	12%	
Sous total1		242 712 110		
FP.3 Equipements et services utilisés	HP.1 Hôpitaux	9 442 303	3%	14%
	HP.3 Prestataires de soins de santé ambulatoire	20 406 896	7%	
	HP.4 Prestataires de services auxiliaires	533 954	0%	
	HP.6 Prestataires de soins préventifs	3 109	0%	
	HP.7 Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	10 186 552	3%	
	HP.9 Reste du monde	2 874 719	1%	
Sous total2		43447533		
FP.nec Facteurs de prestation de soins de santé non spécifiés (n.c.a.)	HP.1 Hôpitaux	7 289 864	2%	8%
	HP.3 Prestataires de soins de santé ambulatoire	5 909	0%	
	HP.6 Prestataires de soins préventifs	16 469 665	5%	
	HP.7 Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	2 509 199	1%	
Total Général		312 434 280		

Source : PNCNS, Rapport sur les comptes de la santé 2020, décembre 2021

Selon cette répartition, les dépenses courantes de santé du gouvernement sont affectées d'abord aux paiements des salaires- (78%), aux services utilisés avec les équipements (14%) et un peu moins aux prestations des soins non spécifiées (8%).

Par rapport au prochain PNDS et au financement de la CSU, les analyses du CNS devraient orienter les affectations des ressources selon les types de prestations et selon les facteurs de prestations. Cependant, un plaidoyer devrait être organisé pour une augmentation de la proportion en faveur des prestations des soins de santé ambulatoires notamment dans les CS (tab.17), de même que pour les équipements et services utilisés par rapport aux salaires (tab.18).

3.2.5.3.3. L'exemple des coûts liés aux « évacuations sanitaires »

L'amélioration de l'efficacité dans la gestion des ressources au niveau national passe aussi par une rationalisation des dépenses de santé affectées aux évacuations sanitaires, même si ces dépenses ne relèvent pas du MSPHP. En effet, les dépenses relatives aux évacuations sanitaires relèvent de la nature économique de la dépense sous le code 66444 libellé « *Frais médicaux et pharmaceutiques* ». Elles sont très importantes et presque toujours en dépassement budgétaire. Selon les exercices, ces dépenses sont prévues dans certaines administrations dont : Présidence de la République ; Primature ; Sénat ; Assemblée Nationale ; Pouvoir

Judiciaire ; CENI ; Conseil Economique et Social ; Commission Nationale des Droits de l’Homme ; Ministère de l’Intérieur et Sécurité ; Ministère de la Défense et des Anciens combattants ; Ministère de l’Enseignement Primaire et Secondaire ; Ministère du Budget (pour une plus grande part).

L’analyse des exécutions budgétaires permet de dégager la nature des dépenses que couvre cette rubrique des frais médicaux et pharmaceutiques. Il s’agit des dépenses suivantes : les soins médicaux, les paiements des factures des hôpitaux, les évacuations sanitaires proprement dites, les achats des lunettes et les remboursements des soins médicaux à l’intérieur et/ou à l’extérieur du pays. Ces dépenses se présentent par année comme suit :

Tableau 20 : Dépenses liées aux « évacuations sanitaires » de 2019 – 2022 (en CDF)

ANNEE	DOTATIONS	PAIEMENTS	ECARTS
2019	11 617 105 440	32 104 093 416	-20 486 987 976
2020	17 634 200 917	16 154 399 806	1 479 801 111
2021	15 201 842 298	38 444 990 233	-23 243 147 935
2022	13 785 323 181	44 664 138 913	-30 878 815 732
TOTAL	58 238 471 836	131 367 622 368	-73 129 150 532

Il faut noter que sur les 4 années du PNDS, seules les allocations des ministères du Budget et la Défense Nationale ont effectivement consommé leurs crédits avec des dépassements dont les montants étaient souvent supérieurs aux budgets alloués, sauf en 2020 pour cause des restrictions liées à la pandémie du COVID-19 probablement. En 2022, à quelques jours de la clôture des engagements, le dépassement est de plus de deux fois comparés aux allocations budgétaires. En plus, les constats suivants peuvent être relevés : (i) Malgré l’inflation, le montant voté de cette nature reste en décroissance depuis 2020 ; (ii) les taux d’exécutions restent toujours élevés et dépassent très fortement les prévisions ; (iii) Une plus grande rigueur est requise pour cette nature de dépense.

L’efficacité dans la gestion des ressources nationales ne pourra pas être réalisée tant que ce genre de dépenses de la santé, effectuées en mode de décaissement d’urgence, ne seront toujours pas régulées, comme le prévoit le Manuel de Procédures et du Circuit de la dépense publique de 2010.

3.2.5.4. De l’amélioration de la gestion des finances publiques et de l’aide extérieure au niveau des provinces :

3.2.5.4.1. Gestion des financements extérieurs pour la santé

Les financements extérieurs destinés au secteur de la santé en RDC prennent plusieurs formes. Il peut s’agir notamment de dons, de prêts, d’aides publiques, d’aides humanitaires, d’appuis budgétaires ou d’assistances techniques. En général les appuis budgétaires passent par le budget de l’Etat, tandis que les autres formes passent par des mécanismes plus complexes qui impliquent des structures intermédiaires difficiles à coordonner comme les agences

d'exécutions, les unités de gestion des projets, les structures intermédiaires non gouvernementales, les agences du système des Nations Unies et même les structures spécifiques selon les accords de coopération.

Ces mécanismes sont mis en place pour l'acheminement et le décaissement des fonds mis à la disposition de différents programmes de santé. Ils sont généralement chapeautés par des comités de pilotage qui décident de la mise en œuvre des activités prioritaires. Cependant, la multiplicité de ces comités de pilotage accentue les difficultés de coordination des intervenants et des interventions, y compris pour l'obtention des informations concernant les flux financiers qui passent par leurs orientations et décisions.

Il existe une quinzaine de comités de pilotage ou organes apparentés au sein du MSPHP. Parmi les plus en vue on peut citer : le Comité National de Pilotage (CNP) de la SRSS, le Groupe Thématique santé (GT), Le Mécanisme de financement mondial (GFF), le Groupe Thématique VIH/SIDA, le Country Coordinating Mechanism (CCM), le Comité de Pilotage du Programme Santé du 9^{ième} Fonds Européen de Développement, le Comité de Suivi du Projet d'Appui au Plan Directeur de Développement Sanitaire dans la Province Orientale, le Forum Santé du Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé (PARSS), le Comité de Coordination Inter Agence (CCIA) du Programme Elargi de vaccination (PEV), la Cellule d'Appui et de Gestion Financière (CAGF) et son agence de gestion financière (Agefin), etc.

Ces structures de pilotage gravitent tous autour du financement. Dans la plupart des cas, elles ont comme membres les mêmes personnes ou les mêmes organisations, mais surtout, elles travaillent en vase clos, au point où même le PNCNS et la DAF ont du mal à collecter les informations auprès de leurs représentants.

Au niveau opérationnel, la coexistence de ces structures entretient la fragmentation, le chevauchement dans la programmation des appuis et rend difficile la complémentarité des interventions. Le manque d'une coordination rigoureuse de la part des DPS conduit inévitablement à l'inefficacité dans la gestion des dotations accordées aux ZS. Il n'est pas rare d'avoir des ZS avec une forte concentration des appuis extérieurs pendant que d'autres ZS voisines ne bénéficient d'aucun appui.

Néanmoins, comme démontré par les services de la DAF, toutes les DPS du pays bénéficient d'appuis des PTF (voir figure ci-dessous), même si ces appuis ne sont pas distribués de façon équitable à travers le pays. Cette présence massive des bailleurs de fonds dans le secteur de la santé accentue de défi de la coordination des interventions et par conséquent de l'efficacité dans la gestion des appuis extérieurs accordés au pays.

Appliquer les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement pour tous les financements extérieurs afin d'assurer leur alignement sur les priorités nationales et pour se conformer aux procédures établies. Ces principes devraient également aider à la suppression des doubles emplois dans les efforts des PTF et à la rationalisation de leurs activités sur le terrain pour éviter d'une part les chevauchements et d'autre part l'iniquité dans les

interventions. Parmi les solutions proposées, la généralisation des appuis budgétaires qui passeraient par le budget de l'Etat pourrait être une des solutions à expérimenter, si le pouvoir central est renforcé. Ceci ne peut s'appliquer qu'avec la mise en œuvre du budget programme qui pour le secteur de la santé devrait s'appuyer sur le PNDS et qui devrait constituer un budget commun sur base des priorités fixées conjointement par toutes les parties prenantes, gouvernement et PTF.

La question qui se pose est celle de savoir si les nombreux Comités de pilotage, les Mécanisme de financement, les Agences de gestion financière, ainsi que les structures de l'Etat commises à la gestion des fonds publics seraient prêts à accélérer les réformes en cours vers la rationalisation de la gestion des financements dans le secteur de la santé.

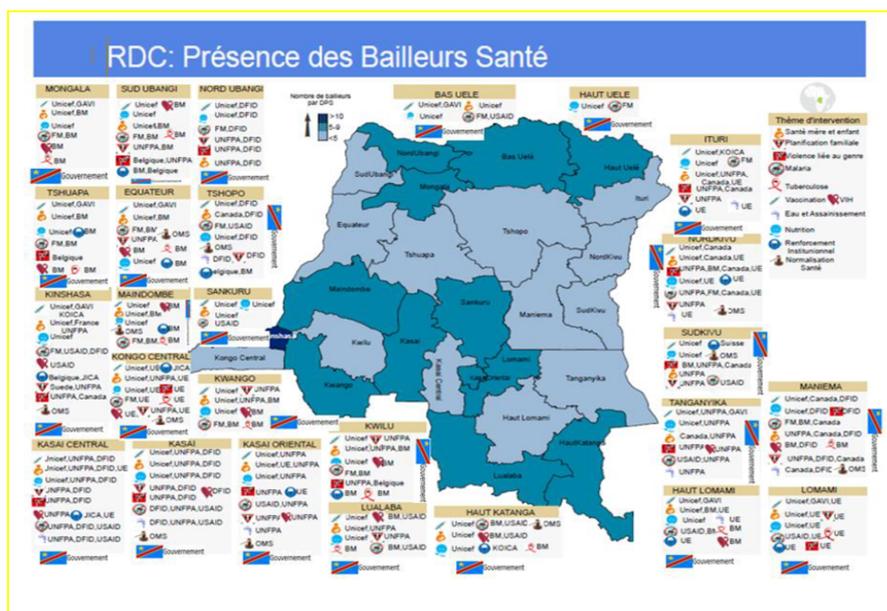


Figure 19 : Présence des bailleurs de fonds dans toutes les DPS du pays

Source : DAF / MSPHP, Rapport de la cartographie du financement de la santé 2021-2024, juillet 2022

3.2.5.4.2. Financement de la santé par province

Pour le PNCNS, le niveau central et les provinces se sont réparties 1.78 milliard et 1.97 milliard de dollars respectivement en 2019 et 2020 comme présenté dans le tableau ci-dessous. La ville province de Kinshasa qui vient devant toutes les autres provinces avec une moyenne de 13%. La province du Bas-Uélé vient en dernière position parce qu'elle n'atteint même pas une moyenne de 1% pour la même période. Toutefois, la tendance générale est la même pour toutes les provinces, sans des grandes disparités.

Tableau 21 : Répartition des Dépenses Courantes de Santé en % moyen par province de 2019-2020 (USD)

Province	2019		2020		X%2ans
Niveau Central	100 010 908	6%	129 838 119	7%	7%
Multi-Provinces	568 312 028	32%	562 569 957	29%	31%
Kinshasa	213 873 783	12%	246 696 855	13%	13%
Kasai Oriental1	43 267 976	2%	38 030 075	2%	2%
Lomami	40 721 268	2%	46 511 329	2%	2%
Sankuru	15 959 283	1%	18 897 305	1%	1%
Kasai	23 749 341	1%	27 791 106	1%	1%
Kasai Central	42 880 162	2%	32 488 903	2%	2%
Kongo Central	90 851 512	5%	74 133 605	4%	5%
Kwilu	58 564 295	3%	73 358 663	4%	4%
Kwango	28 145 895	2%	38 123 943	2%	2%
Mai Ndombe	21 695 509	1%	25 641 052	1%	1%
Equateur	30 312 262	2%	30 145 681	2%	2%
Mongala	10 453 808	1%	11 015 328	1%	1%
Nord Ubangi	18 533 724	1%	19 193 330	1%	1%
Sud Ubangi	31 265 539	2%	30 872 236	2%	2%
Tshuapa	8 453 817	0%	14 247 216	1%	1%
Tshopo	43 292 543	2%	52 266 643	3%	3%
Ituri	36 771 420	2%	38 635 617	2%	2%
Bas Uele	7 664 008	0%	8 627 216	0%	0%
Haut Uele	25 634 038	1%	29 259 623	1%	1%
Sud Kivu	74 617 284	4%	75 680 496	4%	4%
Maniema	21 895 992	1%	25 941 489	1%	1%
Nord Kivu	78 815 402	4%	147 224 154	7%	6%
Haut Katanga	66 219 933	4%	77 952 497	4%	4%
Lualaba	31 239 211	2%	32 776 709	2%	2%
Tanganyika	19 594 136	1%	21 630 855	1%	1%
Haut Lomami	32 890 349	2%	43 937 939	2%	2%
DCS	1 785 685 426	100%	1 973 487 940	100%	100%

La revue des rapports annuels des DPS pour l'année 2021 a permis de renseigner sur les fonds mobilisés de façon globale qui se sont élevés à 142.8 millions de dollars alors que les mêmes sources mentionnent un total de 106.3 millions de dollars de dépenses enregistrées au niveau des DPS. Ces chiffres suggèrent que tous les fonds disponibles n'ont pas été dépensés, traduisant ainsi des problèmes d'absorption des fonds connus dans la mise en œuvre des activités sur terrain. Ces chiffres ne comprennent pas non plus des coûts de l'assistance technique dont les allocations sont gérées en dehors du pays selon des procédures particulières.

Même si ces chiffres posent un problème de fiabilité, ils donnent au moins des ordres de grandeur, et bien plus ils témoignent de la possibilité de capter les flux financiers qui vont vers les DPS. Les mécanismes utilisés par la DAF et le PNCNS devraient être améliorés avec l'appui des autorités du Ministère, afin d'assurer la traçabilité de ces fonds qui pour l'essentiel proviennent des ressources extérieures.

Depuis la mise en œuvre du PNDS recadré 2016 –2020, le secteur de la santé a procédé à la mise en place du Contrat unique dans les DPS, dans le cadre de la réforme du financement du système de santé. Le niveau de couverture des DPS par ce mécanisme de financement est actuellement de 14/26.

3.2.5.4.3. Financement de la santé par niveau de la pyramide sanitaire

Les financements dont il est question dans cette section comprennent les fonds destinés aux projets financés par les PTF et exécutés sur le terrain, notamment dans les ZS et dont une comptabilité précise est difficile à établir. Néanmoins, en considérant les financements de la santé en 2020, il apparaît que l’affectation des ressources mobilisées par niveau de la pyramide sanitaire n’a pas totalement suivi les attentes suggérées par le PNDS. Si le niveau central a reçu les allocations attendues, le financement du niveau opérationnel a dépassé les attentes au détriment du niveau provincial qui a été sous-financé, de l’ordre de 1 à 10 points de pourcentage, comme illustré dans la figure ci-dessous.

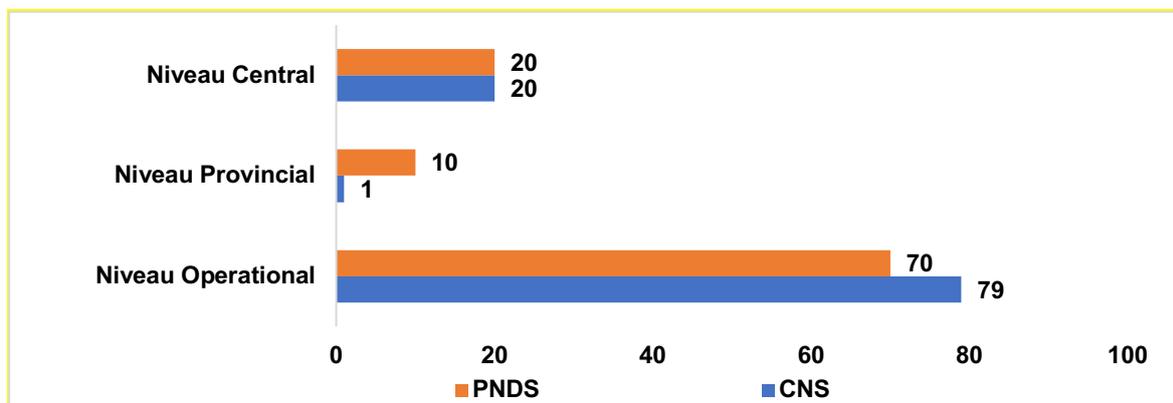


Figure 20 : Financement de la santé par niveau de la pyramide sanitaire

Source : CNS Rapport annuel 2021

La répartition des dépenses au niveau opérationnel pour les BCZS, les HGR et les CS ont aussi été proposées par dans le rapport sur les Comptes Nationaux de la Santé 2021, avec une évolution de 5 ans de 2016 à 2020 (voir tableau ci-dessous). Pour ne considérer que les données de 2020, il apparaît que les 79% des financements reçus au niveau opérationnel ont été répartis comme dépenses engagées à raison de 46% pour les HGR, 32% pour les CS et seulement 1% pour les BCZS. Cette analyse, réalisée sur 5 années, devrait inspirer l’allocation des ressources pour le prochain cycle de planification, sur la base des moyennes obtenues pour la période considérée.

Tableau 22 : Répartition des dépenses de santé par niveau de la pyramide sanitaire de 2019-2020 et en moyenne de % de 2016 à 2020 en USD

Niveau	2016		2017		2018		2019		2020		X % 5 ans
1. Niveau central	556 220 696	33%	455 831 383	28%	412 166 295	26%	441 322 235	24%	408 301 580	20%	26%
2. Niveau Provincial	33 233 676	2%	24 999 793	2%	47 557 649	3%	36 776 853	2%	28 935 563	1%	2%
3. Niveau opérationnel	1 081 005 087	65%	1 141 788 231	70%	1 125 531 037	71%	1 379 131 984	75%	1 602 354 057	79%	72%
- BCZS	8 562 118	1%	14 290 829	1%	31 705 100	2%	18 388 426	1%	13 804 856	1%	1%
- HGR	549 778 875	33%	588 952 417	36%	570 691 793	36%	827 479 190	45%	937 479 995	46%	39%
- CS	522 664 093	31%	538 544 984	33%	538 986 694	34%	533 264 367	29%	651 069 206	32%	32%
DTS	1 670 459 459		1 622 619 406		1 585 254 981		1 838 842 645		2 039 591 200		

3.2.5.5. De la réduction de la fragmentation des systèmes de mutualisation des risques et réduction des barrières financières à l'accès à des services de santé de qualité

3.2.5.5.1. Les régimes de financement du système de santé en RDC

(1) Les Mécanismes de financements

Le système de santé de la RDC est financé à travers plusieurs mécanismes²⁷ :

- Le régime de paiement direct qui est le principal régime de financement de la santé alimenté à travers les revenus venant des ménages (42%).
- Le régime d'administration publique géré par le Gouvernement est alimenté à travers deux mécanismes : Les transferts issus des revenus nationaux (taxes, impôts etc.) et les transferts d'origine étrangère distribués par l'Administration publique (30%). (appui budgétaire 16%)
- Le régime d'assurance maladie facultative est alimenté à travers le prépaiement volontaire et les transferts directs étrangers (4%).
- Le régime de financement des entreprises publiques et privées (4%) (selon le code du travail)
- Le régime contributif obligatoire de financement de la santé est financé à travers les institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) cotisations d'assurance sociale gérées par les mutuelles de santé (20%).

Les ménages accèdent aux services et soins de santé principalement en mode de paiement direct (Out of Pocket paiement) qui représente 42% en 2019. Le prépaiement volontaire venant des ménages représente 7% de la DCS des ménages tandis que l'assurance sociale venant des employés 1%. L'insuffisance des mécanismes de partage des risques accentue la prépondérance des paiements directs en santé des ménages. Ces paiements directs punissent

²⁷ Source : MSPHP/CNS-RDC, Rapport sur les comptes nationaux de la santé 2020 Kinshasa, décembre 2021

les pauvres et ont comme conséquences : (i) l'exclusion de 20% à 39% de la population aux services et soins de santé par manque d'argent ; (ii) le renoncement ou le retard dans la recherche des services et soins de santé ; (iii) appauvrissement des ménages (endettement et la mise en gage ou la vente des biens), (iv) la séquestration des malades et cadavres, (v) la forte utilisation du secteur informel (automédication, médecine traditionnelle). Cette situation en elle-même justifie pleinement l'opérationnalisation de la CSU avec ses mécanismes de prise en charge des paiements des prestations qui pourraient réduire les risques évoqués.

(2) La Mutualisation des risques financiers de santé

La Stratégie de Financement de la Santé (2018) prévoyait deux scénarios pour la mutualisation des risques financiers de santé : une vision à long-terme pour fédérer les systèmes de mutualisation des risques en un fonds unique, couvrant à la fois les individus du secteur formel et non-formel ainsi que les indigents ; et une vision à moyen terme pour rendre fonctionnels les systèmes existants (CNSSAPE, 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.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU, les premières mesures sont prises pour orienter les efforts vers une canalisation des financements destinés à une meilleure prise en charge de la santé de la population, avec des services de qualité. Ainsi, 5 établissements publics ont été créés à cette fin, par les Décrets du Premier Ministre signés le 9 avril 2022 et publiés au Journal Officiel du 29 avril 2022. Il s'agit des Décrets suivants :

1. Décret No 22/13 du 9 avril 2022 portant organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Fonds de Solidarité de Santé (FSS) ;
2. Décret No 22/14 du 9 avril 2022 portant création, organisation et fonctionnement de l'Autorité de Régulation et de Contrôle de la Couverture Santé Universelle (ARC-CSU) ;
3. Décret No 22/15 du 9 avril 2022 portant organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Fonds de Promotion de la Santé (FPS) ;
4. Décret No 22/16 du 9 avril 2022 portant création, organisation et fonctionnement d'un établissement public dénommé Institut National de Santé Publique (INSP) ;
5. Décret No 22/17 du 9 avril 2022 portant transformation d'un service public dénommé Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et d'Informatique de Santé, (ANICIIS) en un établissement public dénommé Agence Nationale d'Ingénierie Clinique et du Numérique de la Santé (ANICNS).

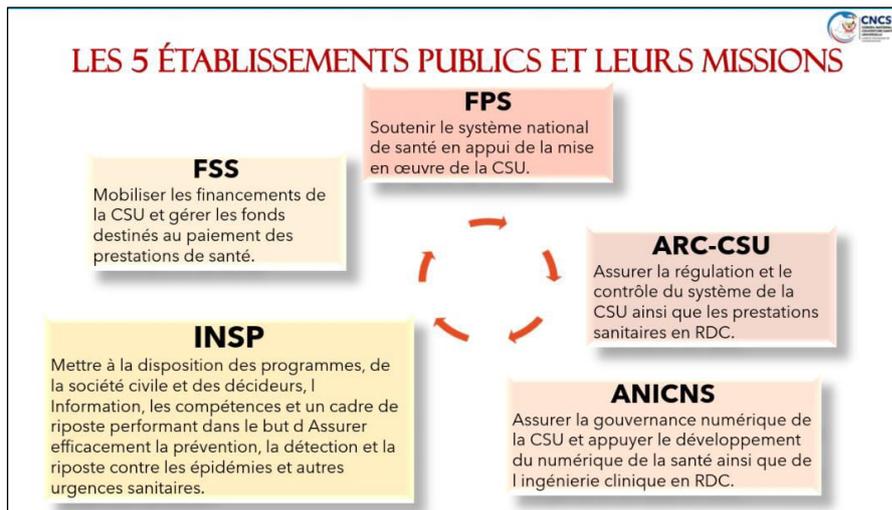


Figure 21 : Les 5 établissements publics et leurs missions

Source : Conseil National de la CSU

Selon l'esprit de l'ordonnance présidentielle portant création du Conseil National de la CSU, soutenue par le Plan stratégique et de la feuille de route de la CSU, la conjugaison des missions et activités de ce 5 établissements publics devrait conduire à l'opérationnalisation de la CSU et par conséquent à la réduction de la fragmentation des systèmes de mutualisation des risques et des barrières financières et à l'accès à des services de santé de qualité. Cependant, l'évaluation de cette efficacité ne pourra se démontrer qu'avec le nouveau cycle de planification du PNDS 2023-2027. En attendant, les réflexions devraient se poursuivre pour clarifier les différents points d'ancrage sur le plan opérationnel, en plus de la coordination qui est déjà située à la Présidence de la République avec le CN-CSU.

Les premières orientations stratégiques suggèrent que le premier et le troisième pilier de la CSU concernent respectivement l'offre des services et des soins de santé avec le FPS d'une part et d'autre part, la prévention, la détection et la riposte contre les épidémies et autres urgences sanitaires avec INSP qui devraient avoir comme point d'ancrage le Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention. Ainsi si du côté de l'offre des services et soins de santé les différentes structures de la pyramide sanitaire sont prêtes à remplir leurs rôles dans le cadre de l'opérationnalisation de la CSU, le problème reste entier pour soutenir la demande des services et soins de santé par la population à travers l'achat des prestations de santé par le FSS. En effet, il apparaît assez clairement que les structures devant assurer la protection financière auraient plusieurs structures et points d'ancrage, notamment :

- L'assurance maladie obligatoire pour les agents de carrière des services publics de l'Etat, actifs et retraités (CNSSAP), avec une référence au Ministère de la Fonction Publique,
- L'assurance maladie obligatoire des travailleurs régis par le Code de travail, retraités et actifs, avec une référence au Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale
- L'assurance maladie obligatoire scolaire et étudiante, avec référence aux Ministères de l'EPSP et de l'ESU

- L'assurance maladie du secteur informel, avec référence à plusieurs Ministères possibles
- L'assistance médicale de l'Etat aux personnes vulnérables, avec référence au Ministère des Affaires Sociales (la CEF pour les indigents).

Si ces mécanismes sont définis au niveau national, leur mise en œuvre au niveau local de la consommation des soins de santé mérite encore d'être examinée aussi bien dans les milieux urbains qu'en milieu rural surtout d'accès difficile, en considérant que le Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention ne doit plus être juge et parti, après une période de transition.

La problématique du pilier quatre de la CSU chargé de la certification des prestations, l'accréditation des FOSA, se pose aussi en termes de faisabilité sur le terrain. Cependant, il faut croire que les ETD et les APA pourraient jouer un rôle dans le cadre de la politique de développement des 145 Territoires du Pays.

(3) Les mécanismes de réduction des risques financiers liés à la maladie

En attendant que les deux fonds mis en place pour l'opérationnalisation de la CSU à savoir le FSS et le FPS soient fonctionnels, les mécanismes de réduction des risques financiers liés à la maladie qui existent devraient continuer à fonctionner et donc à offrir la couverture qu'ils procurent déjà aux populations couvertes. La lenteur de la mise en place des réformes structurelles étant connue, il serait préférable de mieux encadrer les expériences qui ont fait leur preuve, même à échelle réduite sur l'étendue du pays.

(4) Les mutuelles de santé

Parmi ces mécanismes, il faut relever entre autres les expériences des mutuelles de santé, de la tarification forfaitaire, des achats stratégiques des services et plus récemment de la subvention totale des soins en maternité sous forme de gratuité de l'accouchement et des soins pré et post natus.

Les expériences des mutuelles de santé qui se sont étendues dans tout le pays sont à renforcer. En dehors des mutuelles de l'Est du pays, nous pouvons citer les cas des mutuelles encadrées par les plates formes comme la POMUCO, CGAT et autres. Ainsi nous pouvons mettre en exergue les expériences suivantes :

- La Mutuelle de santé Bondeko (MUSABO) de Bwamanda, une des plus anciennes du pays qui fonctionne depuis les années 1990 et qui a réalisé des très bons résultats, lesquels ont inspirés plusieurs autres expériences au niveau national et même africain
- La Mutuelle de santé de Kisantu (MUSAKIS) créée en 2006 avec l'appui technique et financier de MEMISA, sous financement du 11^{ème} FED par PRODS, en synergie avec l'achat des Services de Santé, ce qui a donné le Fonds MUSAKIS-FASS
- Depuis 2010, la mise en place d'un processus d'appui au développement et à la professionnalisation de certaines mutuelles de santé communautaires par le centre de gestion des risques et d'accompagnement technique des mutuelles de santé (CGAT)

- L'expérience de la Mutuelle de Santé des enseignants de l'Enseignement Primaire et Secondaire (MESP) qui est un projet pilote soutenu par le Gouvernement et qui fonctionne dans la ville-province de Kinshasa depuis 2011, puis étendue à Lubumbashi en 2014 et à Mbandaka en 2016

Des nombreuses autres expériences peuvent être citées pour affirmer la dynamique des mutuelles de santé surtout à vocation communautaire qui allègent un tant soit peu les risques financiers liés à la maladie par la mutualisation des maigres ressources financières des demandeurs des soins de santé.

Le Plan stratégique du Programme National de la Promotion des Mutuelles de Santé rapporte qu'en 2021, la part des prépaiements des services et soins de santé, notamment à travers les mutuelles de santé était à 7% et dans le cadre de la CSU l'ambition est de passer à 30% en 2027²⁸.

(5) La tarification forfaitaire

Elle facilite la mise en place et le développement des autres mécanismes de financement tels que l'assurance maladie, les mutuelles de santé, financement basé sur la performance ou les autres mécanismes d'achat des services. Néanmoins les expériences de la tarification forfaitaire présentent certaines caractéristiques, notamment celles relatives à :

- La non standardisation des normes et directives utilisées
- L'amélioration de l'utilisation et de la qualité des services et des soins
- La nécessité de subventionner cette tarification
- L'obligation d'améliorer la gestion financière des structures de santé concernées.

Pour consolider ce mécanisme de financement, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention vient de concrétiser sa politique de la mise en œuvre de la tarification forfaitaire dans les formations sanitaires de toutes les ZS du pays par la mise à disposition d'un document sur les directives relatives à la mise en œuvre de la tarification forfaitaire. Ce document constitue un outil de travail important pour standardiser les procédures y relatives et harmoniser les expériences en cours dans le pays.

(6) Les achats stratégiques des services et des soins

Même si les expériences de la mise en place de l'approche d'achat stratégique des services et soins de santé se développent encore, la mise à l'échelle de son application sous le mode de Financement Basé sur la Performance (FBP) dans les zones de santé appuyées par certains PTF reste faible et concerne quelques zones de santé isolées dans certaines provinces comme le Kongo-Central, Tshopo, Sud Ubangi, Nord Kivu. Malgré les difficultés rencontrées par les structures de santé dans la maîtrise des procédures de gestion financière des PTF, il est établi

²⁸ PNPMS /MSPHP, Plan stratégique national de protection contre les risques financiers en sante : Pour la progression vers la Couverture Santé Universelle, 2023 – 2027, Août 2022

que ce mode de financement constitue un levier pour booster l'offre des services et les soins de santé de qualité mais aussi pour amoindrir la barrière financière à l'accès aux services et soins de santé de qualité. Le processus de documentation de cette approche encourus dans certaines provinces avec Enabel pourra être mis en contribution pour préparer le PNDS prochain.

(7) La gratuité de la maternité

Pour la première fois, cette politique de la gratuité des soins avait été évoquée en janvier 2016 par le Premier Ministre lors de la présentation du Programme d'Action du Gouvernement au Parlement. Elle prévoyait un paquet d'interventions en faveur de la gratuité de l'accouchement et des soins de santé des enfants de moins de cinq ans, dans le cadre de la CSU. La même politique a été relancée en faveur de la CSU par le Président de la République lors de son discours à la nation, le 30 juin 2022, où il a levé l'option de la gratuité de l'accouchement et des soins pré et post natales. C'est donc pour mettre en œuvre cette politique que le gouvernement congolais a enclenché l'effectivité de la gratuité de la maternité, grâce à un paquet négocié comprenant les consultations prénatales, l'accouchement et les consultations post natales. Sur les 35 millions USD prévus venant de l'appui de la Banque Mondiale, une enveloppe de 10 millions USD a été décaissée pour lancer l'initiative dans 9 zones de santé du district administratif de la Tshangu dans la ville province de Kinshasa comme zones pilotes d'expérimentation.

3.2. Axe stratégique 3 : Renforcement de la gouvernance et du système de santé

3.2.1. Du renforcement du pilotage du secteur dans le cadre de la décentralisation

Le renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur de la santé s'évalue par deux résultats qui sont : (i) le pilotage du secteur de la santé est assuré dans le contexte de la décentralisation pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité, (ii) le MSPHP a joué pleinement son rôle dans le développement et la mise en œuvre des politiques et stratégies des secteurs connexes et a contribué dans l'atteinte des objectifs globaux de développement.

Les actions liées à l'atteinte de ces résultats sont mises en œuvre à travers les programmes suivants (i) le renforcement des capacités institutionnelles du MSPHP, (ii) le renforcement des mécanismes d'inspection contrôle pour un meilleur suivi de l'application des normes et directives du secteur, (iii) l'accélération de la mise en œuvre des réformes structurelles et (iv) le renforcement de la coordination du secteur de la santé.

3.2.2. Du renforcement des capacités institutionnelles du MSP pour la mise en œuvre du PNDS

Plusieurs projets des textes juridiques ont été initiés conjointement ou par les seules Directions du Ministère de la santé Publique Hygiène et Prévention. Au nombre de ces textes ceux qui ont abouti pendant la mise en œuvre de ce PNDS sont :

- La loi sur les principes fondamentaux et les règles d'organisation de santé Publique et de la sécurité alimentaire (décembre 2018, PNDS passé)
- La création du Conseil National de la Couverture Santé Universelle
- La création de 6 Établissements publics (ARCCSU, FSS, FPS, INPS, ANICNS et ACOREP) pour la mise en œuvre de la couverture santé Universelle. Les animateurs de ces structures ont été désignés. Cependant, ces structures ne produisent pas encore les services pour lesquels ils ont été créés.

Il faut aussi relever que le plan stratégique portant couverture santé universelle a été validé et adopté par le gouvernement.

Il sied de relever que le processus de la réforme du niveau central entamé n'est pas encore achevé. Il connaît des retards notamment par rapport à l'effectivité de deux Directions standards que sont la DAF et DANTIC.

3.2.3. Du renforcement des mécanismes d'inspection-contrôle pour un meilleur suivi de l'application des normes et directives du secteur

L'IGS au niveau national ainsi que les IPS en provinces, ont été mise en place mais quelques-unes de ces structures ont reçu sporadiquement quelques appuis financiers, essentiellement des PTF ou des gouvernements provinciaux de leurs aires géographiques. Ces appuis les ont emmenés à réaliser quelques missions d'inspection-contrôle sur demande. Les résultats de leurs missions sur terrain ont permis de persuader, de l'avis de plusieurs gestionnaires interviewés, sur la nécessité du respect d'orthodoxie financière dans la gestion des finances publiques.

3.2.4. Du renforcement de la coordination du secteur de la santé

De l'avis de plusieurs acteurs interviewés, les décisions issues du CNP ou du CPP sont plus rationnelles que celles prises de façon individuelle par les autorités de la santé. Elles sont de nature à renforcer le système de santé et à déterminer clairement les rôles et les responsabilités des acteurs pour leur mise en œuvre. Cependant, la tenue des réunions par ces organes de concertation du niveau national et provincial est souvent butée à un problème de financement et le rapportage n'est pas systématique.

Par ailleurs, tout comme la tenue de ces réunions, la mise en œuvre des résolutions issues de ces réunions sont butées au même problème, de sorte que le taux d'exécution des décisions prises est généralement faible. Le tableau ci-dessous donne le nombre de réunions tenues au

niveau national. En province, sur les 15 DPS pour lesquelles nous avons eu des informations, le nombre de DPS qui avaient organisé au moins deux réunions du CPP était respectivement de 8 en 2021 soit 53,3% et 3 en 2022 soit 20,0%.

Tableau 23 : Réunions du Comité national de pilotage du système de santé en RDC (2019-2022)

N	Organes	Nb réunions	2019	2020	2021	2022	Observation
1	CNP-SS	2	2	0	1	1	50%
1	CCT-SS	4	5	6	5	6	Réunion extra ++ Covid
6 Commissions techniques	Lutte contre la Maladie	12	10	7	4	8	> 50 %
	RHS	12	1	4	5	8	
	Prestations	12	8	4	1	4	< 50%
	Médicaments	12	4	2	3	2	< 50%
	Financement	12	8	8	10	8	> 75%
	Gouvernance	12	11	10	11	10	> 75%

Données recueillies à la DEP-Santé

3.2.5. De la déclinaison du PNDS en PPDS et PDZS et en PAO à différents niveaux

La déclinaison du PNDS a été rendue possible grâce d’une part à l’élaboration d’un format du PAO par la DEP en faveur des toutes les structures de santé du niveau central, provincial et périphérique, et d’autre part par une série d’accompagnement des cadres du niveau provincial par ceux du niveau central, et ceux du niveau périphérique par ceux du niveau provincial. Les activités insérées dans les PAO des structures gouvernementales sont réparties par axe stratégique tel que repris dans le PNDS.

Cependant, bien que ce processus ait permis l’élaboration des PAO à différents niveaux, le PNDS n’est que très rarement disponible particulièrement dans les Zones de santé. Par ailleurs, les objectifs et les axes stratégiques du PNDS ne sont pas suffisamment connus aussi bien au niveau provincial que des ZS. Les provinces ainsi que les ZS n’ont pas procédé à la déclinaison du PNDS en des plans stratégiques provinciaux ou des Zones de santé.

3.2.6. Responsabilités et rôle des parties prenantes dans la mise en œuvre du PNDS

Aussi bien au niveau central, provincial que périphérique, les rôles des parties prenantes sont connus dans la mise en œuvre du PNDS. Cependant, la responsabilité des acteurs dans l’effectivité de leurs rôles est limitée ou tout simplement contraignant. Les structures gouvernementales sont confrontées au faible décaissement des fonds par le gouvernement et cela ne leur permet pas de prendre le lead dans la mise en œuvre des activités contenues dans leurs PAO respectifs. Elles sont, à quelques exceptions près, essentiellement dépendantes de l’appui des PTFs au point que certaines ont basculé à l’élaboration des PAO plutôt provisionnels c’est-à-dire, seules les activités pour lesquelles le financement est disponible ou garantie par les PTF sont inscrites. Par ailleurs, les structures des ZS et quelques fois celles du niveau

provincial élaborent très souvent leurs PAO sans la participation des PTF lesquels apportent leurs financements lors de la mise en œuvre des PAO parfois avec des activités à implémenter non répertoriées dans leurs PAO respectifs.

Par ailleurs, il convient de relever que les structures du Ministère de la Santé élaborent leurs PAO fin décembre et début janvier, alors que le Parlement a déjà voté le budget de l'Etat. Ceci rend difficile la prise en compte des priorités contenues dans les PAO de la santé quand bien même, le Ministère peut se relayer sur le Cadre des Dépenses à moyen terme et sur l'ébauche indicative du budget-programme.

3.2.6.1. Des responsabilités gouvernementales

Les textes sur les responsabilités gouvernementales n'établissent pas clairement les responsabilités du niveau central et celles du niveau provincial quant aux conséquences liées aux décisions prises à chaque niveau. Il en est ainsi par exemple le cas pour le recrutement des agents et dans une certaine mesure la prise des sanctions en l'endroit des agents fautifs depuis que la décentralisation de la santé est effective. La responsabilité du gouvernement au regard de l'exécution insatisfaisante des prévisions budgétaires de la santé, a été décriée par plusieurs acteurs.

3.2.6.2. Du rôle des partenaires techniques et financiers

Tels que le renseignent les comptes nationaux de la santé, les PTFs ont apporté un appui financier et technique substantiel dans la mise en œuvre du PNDS au travers les structures gouvernementales et celles de la société civile.

Ils apportent également un appui financier à la redynamisation des organisations de participation communautaire telles que les CODESA et les CAC.

Cependant, ils restent préoccupés par le peu d'engagement de la partie gouvernementale dans le financement de la santé et dans l'accélération des réformes annoncées notamment l'effectivité de la Fonction publique provinciale et des autres directions standards au niveau central, ainsi que l'opérationnalisation du budget-programme.

3.2.6.3. Du rôle de la société civile et du secteur privé

Les organisations de la société civile bien structurées telles que les ONGs locales à assise nationale ou provinciale, les églises sont celles qui prennent une part active dans les grandes messes telles que les réunions du CNP et du CPP.

L'appui du secteur privé a été remarquable dans l'amélioration de la gestion continue et parfois la réhabilitation des structures hospitalières intégrées dans le système de santé contribuant ainsi à l'amélioration de l'accessibilité aux soins de la population. En milieu rural comme en milieu urbain, les confessions religieuses ont contribué au renforcement des hôpitaux et autres formations sanitaires. Nous pouvons citer le cas de la Province du Sud Kivu où l'Archidiocèse de Bukavu a renforcé de manière considérable l'Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu l'amenant à jouer de manière effective le rôle d'hôpital tertiaire pour la région avec un staff composé de plus de cinquante spécialistes dans différents domaines de la médecine (médecine interne, Pédiatrie, Gynécologie, Chirurgie, ophtalmologie, ORL, anesthésiologie, Radio-diagnostic, anatomo-pathologie, etc...). Cet Hôpital a également été équipé progressivement (Appareil scanner, IRM,...) grâce aux initiatives locales et le staff médical fidélisé grâce à un partenariat entre l'Hôpital et l'Université Catholique de Bukavu sous le leadership de l'Archidiocèse de Bukavu.

Dans les grandes villes et en dans les milieux ruraux, la majorité des hôpitaux qui fonctionnent de manière adéquate bénéficient d'un encadrement organisationnel d'un partenaire privé, généralement les confessions religieuses comme l'Eglise catholique, l'Eglise protestante et parfois d'autres associations non rattachées aux églises. Ce qui a permis d'améliorer considérablement l'accessibilité géographique.

Au niveau des ZS et particulièrement des Aires de santé, les organisations à assise communautaire participent timidement faute des moyens pour organiser ou renouveler régulièrement les CODESA ou CAC. Là où les membres des CODESA ont été régulièrement sélectionnés et installés et si en plus ils ont été formés sur leurs rôles, leurs apports dans l'amélioration de la santé semblent effectifs.

3.2.7. Des conditions de succès et gestion des risques

La disponibilité des ressources aussi bien de la part du gouvernement que des PTF, une planification cohérente, un cadre macroéconomique stable et un accompagnement structuré ainsi que la paix comptent au nombre des préalables retenus pour le succès du PNDS.

Le cadre macro-économique est resté stable durant la période. Cependant, il s'est avéré que le financement de la partie gouvernementale, a, à quelques exceptions près, était focalisé sur la rémunération et non sur les activités programmatiques dans les ZS.

Par ailleurs, au regard du caractère peu prévisible de financement de la part de certains bailleurs, les ZS ont privilégié l'élaboration des plans provisionnels plutôt que prévisionnels, lesquels reposent plus sur l'apport disponible des PTF. Elles ont aussi mise en œuvre les activités non prévues dans leurs PAO, sur demande et financement apporté par les PTF.

3.2.7.1. *De l'effectivité du plan de communication pour la mise en œuvre du PNDS*

Les interviews ont relevé que près de la moitié des acteurs interviewés, surtout ceux des ZS et d'autres acteurs du niveau provincial ne connaissent pas les objectifs et les axes stratégiques du PNDS et encore moins les principaux indicateurs qui permettent de juger de l'efficacité du PNDS. Ils n'ont pas été briefés mais affirment que leurs PAO sont élaborés au regard du canevas et des directives données par la DEP. En effet, dans ce canevas, les activités sont réparties par axes stratégiques et principales actions du PNDS.

4. SYNTHÈSE DE LA PERFORMANCE DES INDICATEURS DE S&E

4.1. De la qualité des données pour les principaux indicateurs

Certains indicateurs d'impact, dont la collecte est prévue à la fin des 5 ans de la durée du PNDS, attendent la réalisation des enquêtes ad hoc, genre EDS ou MICS. En l'absence d'une base de données vérifiées et validées, plusieurs indicateurs possédaient des valeurs différentes selon la source. Enfin, 19 indicateurs manquent soit une cible dans le PNDS, soit les données à ce stade de l'évaluation.

4.2. De l'évolution des indicateurs des programmes prioritaires au niveau national

Sur les 37 indicateurs du cadre de suivi évaluation du PNDS 2019-2022, voici la synthèse de leur type de performance par rapport à la cible prévue en 2021 :

Tableau 24 : synthèse du type de performance des indicateurs du cadre de suivi évaluation du PNDS par rapport à la cible prévue en 2021

Type de performance de l'indicateur	Nombre	Indicateurs	
Atteint ou dépasse cible 2021	7	<ul style="list-style-type: none"> ● Prévalence contraceptive moderne des femmes en âge de procréer, ● Taux d'incidence de la tuberculose, ● Taux de détection de la tuberculose par rapport aux cas estimés, ● Taux de succès thérapeutique pour la tuberculose, ● Nombre de malades VIH mis sous ARV PNLS, ● Nombre de malades VIH mis sous ARV avec charge virale supprimée, ● % du budget national alloué à la santé 	
En progrès sans atteindre la cible 2021	5	<ul style="list-style-type: none"> ● Taux d'incidence du paludisme, ● 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, ● Complétude des rapports SNIS , ● Taux d'utilisation des services (consultation externes), ● Proportion/Nombre des DPS appliquant le contrat unique 	
Stagne par rapport à la cible 2021	0		
En recul par rapport à la cible 20220	6	<ul style="list-style-type: none"> ● Proportion des enfants de moins de 1 an complètement vaccinés, ● Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé la CPN 4 , ● Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié, ● Pourcentage de femmes enceintes VIH+ mises sous TAR pour réduire le risque de transmission, ● Taux d'exécution du budget de l'Etat alloué à la santé, ● Paiements directs des ménages et si possible dépenses catastrophiques de santé 	
Le reste	19	<ul style="list-style-type: none"> ● Indicateur manque soit une cible dans le PNDS, soit les données à ce stade de l'évaluation 	
TOTAL	37		

Tableau 25 : Cadre de performance du système de santé à l'aide des indicateurs prévus par le PNDS 2019-2022

Nr	Domaine	Nom de l'indicateur	Valeur de base (source, année)	Cible 2019	Cible 2021	atteints 2021	Performance en 2021*	Cible 2022	Fréquence de	OD D3
Axe 1. Amélioration des prestations et continuité des soins de qualité										
1	SRMNEA	Ratio de mortalité maternelle	846 / 100 000 NV, EDS 2013	827	790			773	Quinquennale	70
2	SRMNEA	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	104 ‰ (70 ‰ MICS 2018, Rapport 2021 Ministère de Santé)	101	95			92	Quinquennale	25
3	SRMNEA	Taux de mortalité néonatale	28 ‰ (14 ‰ MICS 2018, Rapport 2021 Ministère de Santé)	27	25			24	Quinquennale	12
4	SRMNEA	Proportion des enfants de moins de 1 an complètement vaccinés	45% EDS 2013	53%	57%	42%		59%	Biannuelle	Ok
5	SRMNEA	Disponibilité adéquate du vaccin	33 % Rapport PEV	33%	85%	faible		90%	Annuelle	
6	SRMNEA	Taux de fécondité des adolescents	138 ‰	135%	125%			120%	Quinquennale	Ok
7	SRMNEA	Prévalence de l'utilisation du préservatif chez les adolescents	26%	30%	40%			45%	Quinquennale Enquête	Ok
8	SRMNEA	Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé la CPN 4	52 %, RA PNSR 2014	55%	59%	55%		61%	Annuel	
9	SRMNEA	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	80 %, RA PNSR 2014	82%	86%	77%		88%	Annuel	Ok
10	SRMNEA	Nombre d'enfants de moins de 5 ans malnutris chronique	6 627 498 (42,7 %, EDS 2013-2014)	7 913 579	6 881 570	42%		6 682 988	Annuelle	

Nr	Domaine	Nom de l'indicateur	Valeur de base (source, année)	Cible 2019	Cible 2021	atteints 2021	Performance en 2021*	Cible 2022	Fréquence de	OD D3
11	SRMNEA	Nombre des enfants de 6-59 mois qui ont reçu les suppléments en vitamine A	15 284 426, Rapport PRONANUT 2017	17 938 397	19 030 845			19 601 770	Annuelle	
12	SRMNEA	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	1 156 811			1 489 394	Annuel	
13	SRMNEA	Prévalence contraceptive moderne des femmes en âge de procréer	8 %, EDS 2014	10%	12%	13%		13%	Bi-annuelle	Ok
14	TB	Taux d'incidence de la tuberculose	322 pour 100 000 habitants Global Report TB 2018	320 pour 100 000	318 pour 100 000	219		317 pour 100 000	Annuelle	Ok
15	TB	Taux de détection de la tuberculose par rapport aux cas estimés	57 %, Global report TB 2018	57%	61%	69%		63%	Annuelle	
16	TB	Taux de succès thérapeutique pour la tuberculose	89 %, Global report TB 2018	91%	93%	94%		94%	Annuelle	
17	PALU	Taux d'incidence du paludisme	134 ‰ habitants, RA PNLP, 2014 (307 ‰ cas en 2017, RA Minisanté 2021)	123 ‰	80 ‰	185		24	Annuelle	Ok
			123 ‰ en 2018 (Ministère santé RA 2021)			172				
18	VIH	Nombre de malades VIH mis sous ARV PNLs	256486 en 2018	257932	260827	444499				
19	VIH	Nombre de malades VIH mis sous ARV avec charge virale supprimée	ND (15% en 2018, Ministère de Santé RA 2021)	20%	60%	89,1%			Annuelle	Ok

Nr	Domaine	Nom de l'indicateur	Valeur de base (source, année)	Cible 2019	Cible 2021	atteints 2021	Performance en 2021*	Cible 2022	Fréquence de	OD D3
20	VIH	Pourcentage de femmes enceintes VIH+ mises sous TAR pour réduire le risque de transmission	66 %, RA 2015 PNLs (44% réalisés RA Ministère santé 2021)	70%	74%	42%		76%	Annuelle	
21	MNT	Prévalence de l'hypertension artérielle								
22	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 %) (11% réalisés en 2018,"RA Ministère de la santé 2021")	26 -100%	26 (100 %)	13		26	Annuelle	Ok
23	URGENCES	Proportion des épidémies, urgences et catastrophes dont la riposte a été organisée dans les délais	0%	50%	80%			85%	Annuelle	OD D3
Axe 2. Appui aux piliers du système de santé du système										
24	FINANCEMENT	% du budget national alloué à la santé	(voir groupe de financement) 7,6 % (Mini Budget, 2018)	7,80 %	8,30 %	11.2		8,6 %	Annuelle	Ok
25	FINANCEMENT	Taux d'exécution du budget de l'Etat alloué à la santé	52,2 % (Mini Budget, 2017)	75%	85%	53.9%		90%	Annuelle	
26	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% (en 2018)	37%	43%		35%	Annuelle	Ok

Nr	Domaine	Nom de l'indicateur	Valeur de base (source, année)	Cible 2019	Cible 2021	atteints 2021	Performance en 2021*	Cible 2022	Fréquence de	OD D3
27	INFRAS	Proportion de la population vivant à moins de 5 km d'une formation sanitaire							Routine	
28	INFO SAN	Complétude des rapports SNIS	79 % (données SNIS, 2014)	80%	90%	75			Annuelle Routine	
		Promptitude et exactitude des rapports SNIS				51				
		Exactitude des rapports SNIS								
29	INFO SAN	Taux d'utilisation des services (consultation externes)	22 % (données fonctionnelles SNIS 2014)	30%	50%	49%			Annuelle	
30	MEDICAM	Proportion des formations sanitaires n'ayant pas connu des RS d'un panier de médicaments cibles	20% de fosa	30	50			60	Annuelle	
31	RESS HUM	Ratio personnel de santé / habitants	Médecin = 0,73 / 10 000, Infirmier = 4,20 / 5000, Accoucheuses = 0,24 / 10 000			Médecin 1,6 (+ chir dentiste= 1,7)/ 10 000, Infirmier = 5,0 / 5000, Accouche uses+sage femme =			Annuel	Ok

Nr	Domaine	Nom de l'indicateur	Valeur de base (source, année)	Cible 2019	Cible 2021	atteints 2021	Performance en 2021*	Cible 2022	Fréquence de	OD D3
						0,32 / 10 000				
32	RESS HUM	Proportion du personnel de santé bénéficiant d'un salaire de l'État	40 % (rapport de paie / DRH)	45%	65%			70%	Annuelle	
33	RESS HUM	Proportion des ITM ayant une filière pour les accoucheuses	5 %, RA D6	6%	25%			30%	Annuelle	
Axe 3. Appui à la gouvernance, au leadership et au pilotage du système de santé										
34	GOUV	Taux de mise en oeuvre des résolutions du CNP-SS)	33 % (7 / 21)	75%	85%			90%	Annuelle	
35	GOUV	Taux de réalisation des missions d'accompagnement des provinces	30 % (24 / 72)	75%	85%			90%	Annuelle	
36	GOUV	Proportion/Nombre des DPS appliquant le contrat unique	8	26	26	16		26	Annuelle	
37	GOUV	Taux de réalisation des actions intersectorielles	33 % (24 / 72)	75%	85%			90%	Annuelle	

Légende : *Performance de l'indicateur

V	Atteint ou dépasse cible 2021
J	En progrès sans atteindre la cible 2021
O	Stagne par rapport à la cible 2021
R	En recul par rapport à la cible 2022

4.2. De la performance au niveau des provinces et des zones de santé (désagrégation des données)

Une analyse Benchmarking de 2021 des onze indicateurs a révélé en RDC que deux indicateurs ont été très performants. « Il s'agit de « Proportion des décès maternels hospitaliers audités/Comptabilisation des décès maternels » (96%) et « Proportion CPN 4 à la 36eme semaine » (91%). Quatre (4) indicateurs ont été performants : Taux d'utilisation des services (83% *mais résultat discordant avec le tableau des indicateurs du rapport annuel du MSP*), Taux de mortalité intra hospitalière au-delà de 48 heures (81%), Taux de couverture vaccinale en VAR 2021 (82%) et Taux de couverture vaccinale en Pentavalent 3 2021 (83%). Un indicateur a été moyen : Complétude globale des rapports dans DHIS2 (76%) ; Deux indicateurs ont été faibles : Taux de couverture Vaccinale en BCG 2021 (54%) et score qualité des données DHIS2 (56%) ; Deux indicateurs ont été très faibles : proportion des références (49%) et promptitude globale des rapports SNIS (47%).

Aussi, sied-il de noter que la performance du pays en 2021 (75%) s'est améliorée par rapport aux années précédentes. Elle a évolué en croissant par rapport à l'année 2020 (63%) mais aussi 2018 (63%) et 2019 (66%). »

Tableau 26 : Performance au niveau des provinces

NOM DE L'UNITE D'ORGANISATION	Taux d'utilisation des services (consultation externes)	proportion des références	Taux de mortalité intra-hospitalière au-delà de 48 heures	Proportion des décès maternels hospitaliers audités/Comptabilisation des décès maternels	Proportion CPN 4 à la 36ème semaine	Taux de couverture Vaccinale en BCG 2021	Taux de couverture vaccinale en VAR 2021	Taux de couverture vaccinale en Pentavalent 3 2021	Complétude globale des rapports dans DHIS2	Promptitude globale des rapports SNIS	Score qualité des données DHIS2	Performance des DPS en 2021 au 30 Nov. 2021
Bas Uele	2.5	0	3.5	4	3	1.5	2.5	2.5	4	1.5	2.5	63%
Equateur	4	2	3	4	3.5	2	3	3	2.5	1.5	2	69%
Haut Katanga	2.5	0	3	4	3	3.5	4	4	3	1.5	2	69%
Haut Lomami	3	2	3.5	4	4	3.5	3.5	4	2.5	1.5	1.5	75%
Haut Uele	3	2	3	4	3	1.5	2.5	3	3	1.5	2	65%
Ituri	3	2	3.5	4	3.5	2	3.5	4	3	1.5	2	73%
Kongo Central	3.5	2	3	4	2.5	1.5	3.5	3.5	3.5	3	3	75%
Kasai Oriental	3	2.5	3	4	4	1.5	3.5	3.5	4	2.5	3.5	80%
Kwango	4	2	3.5	4	4	3	4	4	2.5	2	2	80%
Kwilu	3.5	2	3.5	4	4	2	3.5	3.5	4	3	3.5	83%
Kinshasa	2.5	0	2	0	2.5	3	3	3	3.5	2.5	3	57%
Kasai Central	4	4	3.5	4	4	3.5	4	4	3.5	2.5	3	91%
Kasai	4	0	3.5	4	4	2	4	4	3.5	2.5	2.5	77%
Lualaba	4	0	3	4	3.5	2.5	3.5	3.5	2	1.5	1.5	66%
Lomami	2.5	4	3	4	4	2.5	3.5	3.5	4	3	3.5	85%
Maindombe	3.5	2	3.5	4	4	2.5	3	3	2.5	1	1	68%
Mongala	4	2.5	3.5	4	4	2	3.5	3.5	2.5	1.5	2	75%
Maniema	3	2	3.5	4	4	2	3	3	3	1.5	2	70%
Nord Kivu	4	4	3.5	4	4	1.5	3.5	3.5	2.5	1.5	2	77%
Nord Ubangi	4	4	3	4	4	2	3	3	2.5	1.5	1	73%
Sud Kivu	4	4	3.5	4	3.5	2	3.5	3.5	3	1.5	2	78%

Sankuru	3	4	3.5	4	4	1.5	3.5	3.5	2.5	1.5	2	75%
Sud Ubangi	4	2	3	4	4	1	2.5	2.5	4	2	3	73%
Tanganyika	1.5	0	3	4	3.5	2	2.5	2.5	2.5	1	1	53%
Tshopo	2.5	0	3.5	4	3	1.5	2	2	2.5	1	1.5	53%
Tshuapa	4	2	3	4	4	3	3.5	3	3.5	3	3	82%
RDC-2021	3.5	2	3	4	3.5	2.5	3.5	3.5	3	2	2.5	75%
RDC Performance des indicateurs en 2021	83%	49%	81%	96%	91%	54%	82%	83%	76%	47%	56%	

Source : Rapport du secteur de la santé 2021

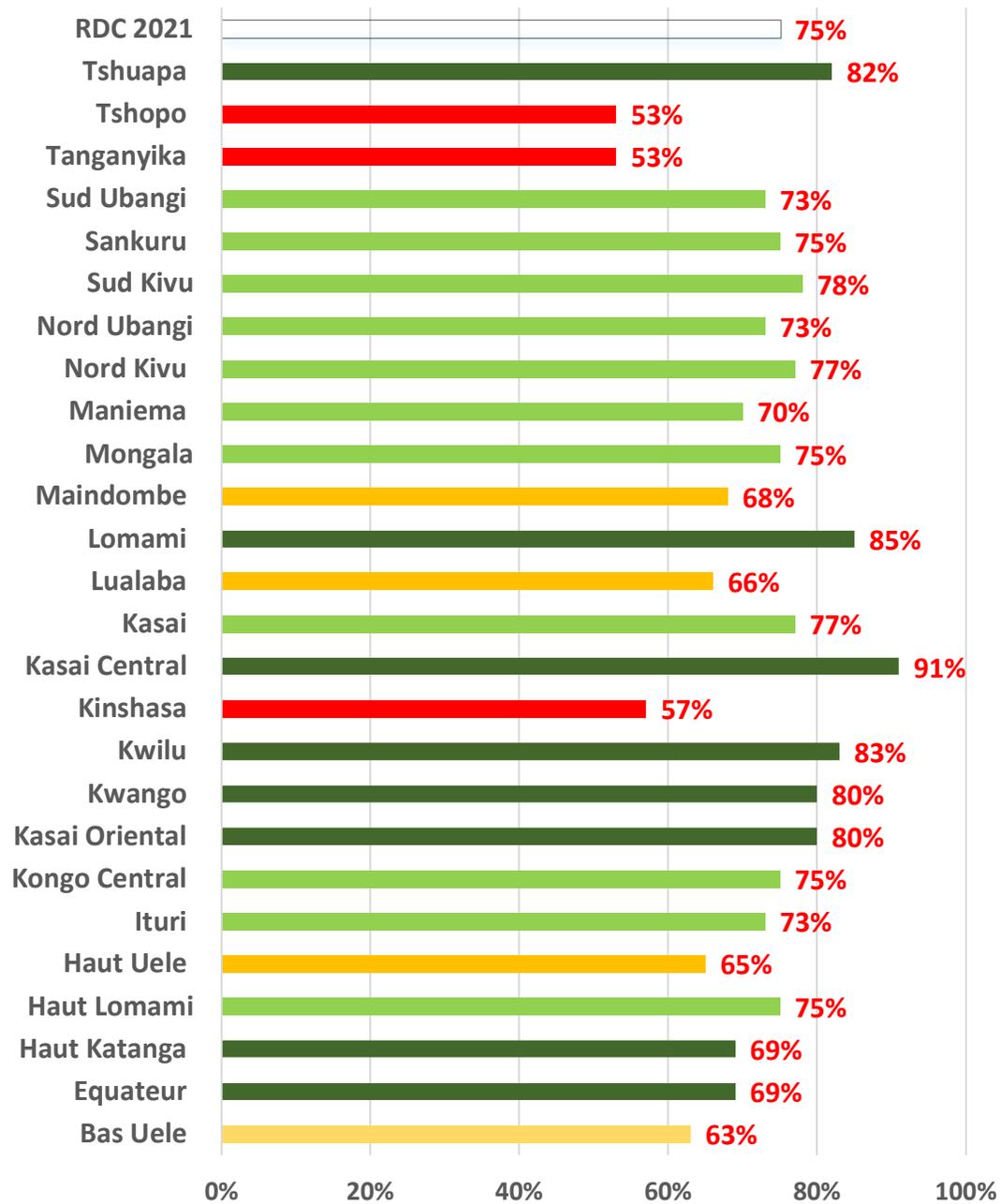


Figure 22 : Performance des DPS en 2021 au 30 Nov. 2021

La figure présente la classification de la performance des DPS en fonction des 11 indicateurs du PNDS en 2021.

En 2021, la performance de 11 indicateurs des 26 DPS se résume dans la figure ci-dessous Les indicateurs à performance faible sont:

- * 49 % Proportions des références
- * 54 % Taux de couverture du BCG
- * 51% Taux d'utilisation des services

(Rapport 2021 du Ministère Santé)

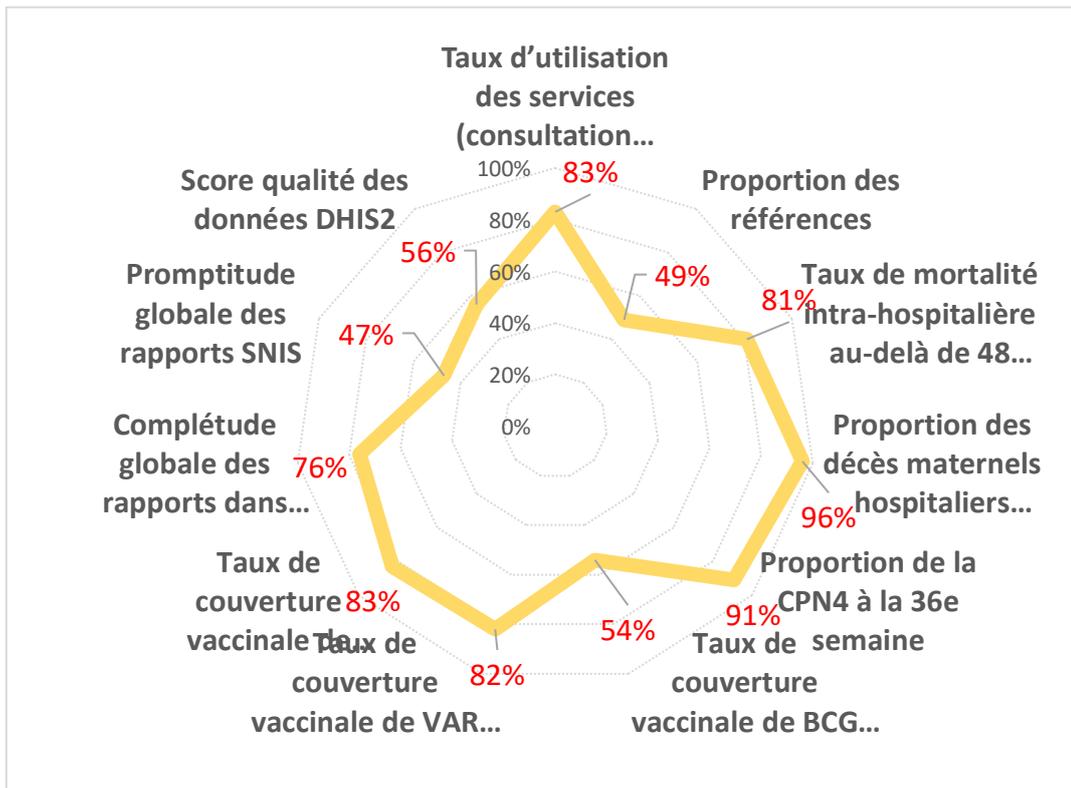


Figure 23 : La performance de 11 indicateurs des 26 DPS en 2021 (données du RA 2021 du Ministère de la Santé)

4.3. Des rôles et responsabilités dans le suivi des indicateurs de performance

A travers son rôle dans le CNP-SS et la commission de gouvernance, la DEP a assuré la responsabilité de suivi des indicateurs de performance du PNDS.

5. COÛTS ET FINANCEMENT DU PNDS 2019-2022

5.1. De l'estimation des coûts des axes et actions prioritaires par rapport au contexte de mise en œuvre du PNDS 2019-2022.

5.1.1. De l'estimations des dépenses des interventions prioritaires des axes stratégiques

Le Plan National de Développement Sanitaire recadré 2019-2022 est structuré autour de 3 axes, déclinés en programmes et actions. L'analyse de l'affectation des ressources financières par axe de 2019 à 2020 a été faite en tenant compte des données disponibles. Ainsi, les résultats des comptes nationaux de la santé ont montré que le financement de la santé est passé de 1 837 898 290 \$US à 2 039 591 200 \$US entre 2019 et 2020, soit un accroissement de 10%. En 2020, le premier axe du PNDS qui est l'Amélioration des prestations des services de

santé et continuité des soins a bénéficié de 50% de financement, suivi de l’Axe 2 de l’appui aux piliers du système de santé avec 48%. L’Axe 3 du Renforcement de la gouvernance et du système de santé n’a bénéficié que de 2% de ressources financières. Cette répartition n’est pas très différente de celle de 2019, comme présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 27 : Affectation des ressources financières par axe du PNDS de 2019 à 2020

N°	Axes de PNDS	2019	%	2020	%
I	Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins	955 829 775	52%	1 019 795 600	50%
II	Appui aux piliers du système de santé	872 095 501	47%	979 003 776	48%
III	Renforcement de gouvernance et du système de santé	9 973 014	1%	40 791 824	2%
Dépenses Totales		1 837 898 290	100%	2 039 591 200	100%

Source : Rapports CNS 2019 et 2020

Ces données du CNS sont comparées aux estimations de départ du PNDS par axe stratégique pour les années 2019 et 2020 (données CNS, 2021). En 2019, les coûts estimés du PNDS des trois axes étaient de 1784 millions de dollars contre des ressources financières d’un montant de 1 838 millions de dollars soit un dépassement de 54 millions de dollars équivalent à 103% des estimations de départ. En 2020, pour un coût estimé à 2124 millions, l’ensemble des financements engagés ont été couvert par près de 2040 millions de dollars, soit 96%. Le déficit de 4% représentant 84 millions de dollars (voir Tableau ci-dessous).

Tableau 28 : Coûts du PNDS comparés aux affectations des dépenses en 2019 et 2020 (millions de USD)

N°	Axes de PNDS	2019			2020		
		Estimations / PNDS	Affectations selon les CNS**	%	Estimations / PNDS	Affectations selon les CNS**	%
I	Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins	1175	956	81%	1499	1 020	68%
II	Appui aux piliers du système de santé	607	872	144%	622	979	157%
III	Renforcement de gouvernance et du système de santé	2	10	500%	2	41	2050%
Dépenses Totales		1784	1 838	103%	2124	2 040	96%

Source : *DAF/MSPHP, Rapport cartographie T4 2021, Octobre 2021

**PNCNS/MSPHP, Rapport annuel 2019 et 2020

Une autre analyse permet de comparer les coûts estimés du PNDS aux engagements budgétaires du gouvernement et des bailleurs (données GIBS) au titre de dépenses effectuées à la santé en 2020, 2021 et 2022 (données DAF, 2022). Selon cette source de données, les dépenses effectuées à la santé par le gouvernement et les bailleurs de fonds auraient respectivement couvert 67% (2020), 66% (2021) et 60% (au T3 2022).

Sous réserve de la fiabilité des données rapportées, les données de 2020 des affectations des dépenses rapportées par les CNS sont très divergentes des données rapportées par la DAF, en ce que les données de la DAF ne prennent en compte que deux sources des dépenses que sont le gouvernement et les bailleurs de fonds.

Selon cette dernière source des données, sur les trois années sous examen du tableau ci-dessous, il apparaît que l'axe 1 du PNDS a été très peu financé par le gouvernement et ses PTF à raison de 27%, 22% et 19% respectivement pour les années 2020, 2021 et 2022. Le contraste est très important lorsqu'il s'agit de financement de l'axe 3 sur la gouvernance du secteur de la santé où des chiffres sans aucune commune mesure avec les estimations de départ sont rapportés. Ainsi, le gouvernement et ses PTF auraient dépensés respectivement près de 602, 827 et 857 millions USD contre des estimations de 2.2, 2.1, 2.1 millions USD pour les années 2020, 2021 et 2022.

Ces chiffres que nous rapportons avec des réserves peuvent peut-être traduire des faiblesses dans la planification et les affectations budgétaires au moment de la planification du PNDS, malgré l'utilisation du logiciel OneHealth Tool (OHT). L'autre constat est de penser que les dépenses rapportées dans le Rapport de la Cartographie du financement de la santé seraient des projections qui de toute façon seraient difficiles à expliquer, comme dans le tableau ci-dessous).

Tableau 29 : Coûts du PNDS et estimations des dépenses de la santé du Gouvernement et des PTF de 2020 – 2022 (en millions USD)

		2020			2021			2022		
		Estimations / PNDS*	Engagements Gvt et PTF*	%	Estimations / PNDS*	Engagements Gvt et PTF*	%	Estimations / PNDS*	Engagements Gvt et PTF*	%
N°	Axes de PNDS									
I	Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins	1499	405	27%	1824	401	22%	2139	415	19%
II	Appui aux piliers du système de santé	622	419	67%	658	419	64%	702	434	62%
III	Renforcement de gouvernance et du système de santé	2	602	30100%	2	827	41350%	2	857	42850%
	Dépenses Totales	2124	1426	67%	2484	1647	66%	2843	1706	60%

Source : *PNDS 2019 -2022

**DAF, Rapport cartographie, 2022

5.1.2. De l'estimations des dépenses des interventions prioritaires de l'axe 1 du PNDS

Pour l'Axe 1, les trois programmes les plus financés sont par ordre d'importance : la lutte contre les épidémies et les urgences, l'offre de services de qualité en faveur de la SRMNEA et l'amélioration de la couverture sanitaire en Infrastructures. Les ordres de grandeur ont été maintenus tout au long des trois années renseignées sans beaucoup de variations en termes de pourcentage d'une année à l'autre, mais aussi par rapport aux autres programmes.

Tableau 30 : Estimations des dépenses par programmes de l'axe 1 du PNDS

Engagement budgétaire du Gouvernement et bailleurs en dollars USD	2020		2021		2022	
Programme/Action						
AXE 1 : prestations de services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système	404,955,808	100%	400,581,651	100%	415,000,378	100%
Action 0.1.: Amélioration de la couverture sanitaire (Infrastructures)	88,820,019	22%	94,242,230	24%	97,634,429	24%
Action 0.2.: Rationalisation du fonctionnement des structures de soins (PMA/PCA)	4,276,834	1%	4,578,661	1%	4,743,467	1%
Action 0.3.: Renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la (SRMNEA)	117,704,000	29%	103,143,062	26%	106,855,642	26%
Action 0.4.: Renforcement du contrôle des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles	12,459,564	3%	13,838,698	3%	14,336,815	3%
Action 0.5.: Développement des capacités des structures à prévenir et gérer les épidémies et urgence	181,695,392	45%	184,779,001	46%	191,430,024	46%

Source : DAF/MSPHP, Rapport cartographie T4 2021, octobre 2021

Selon les renseignements fournis par le Ministère du budget et cités dans le rapport de la cartographie du financement de la santé, les projections des dépenses pour couvrir le financement du coût du paquet de soins SRMNEA + maladies endémiques + maladies non-transmissibles + Ebola / épidémie ont été approchées sur le total des dépenses de l'axe 1 pour les trois années rapportées de 2020, 2021 et 2022. Ce paquet de soins a été retenu du fait de sa composition globalisante, et nous l'avons ainsi comparé aux coûts estimés de l'axe 1 du PNDS pour les mêmes années.

Sous réserve de l'exactitude des chiffres, il apparaît que le gouvernement et ses PTF n'ont financé respectivement que 27%, 22% et 19% du paquet SRMNEA et autres, comme déjà montré dans le tableau synthèse ci-dessus.

Par ailleurs, pour des programmes spécifiques comme le pilier de la vaccination uniquement, les financements disponibles et approuvés par le gouvernement et ses PTF ont atteint près de 779 millions USD en 2021.

Tableau 31 : Financement disponibles approuvés PNDV pilier vaccination par les Bailleurs en 2021 (USD)

	PARTENAIRES	MONTANTS	%
1	Gouvernement	6 500 000,00	0,83%
2	Banque Mondiale	193 840 928,10	24,90%
3	COVAX	337 271 668,20	43,32%
4	AVATT	223 543 929,90	28,71%
5	GAVI	12 889 189,20	1,66%
6	USAID- Momentum	307 550,00	0,04%
7	OMS / USAID	1 360 000,00	0,17%
8	UE/ECHO	2 880 242,40	0,37%
9	Total	778 593 507,80	100,00%

Source : Groupe Inter Bailleurs Santé (GIBS), Juin 2022 ;
Cité par DAF, rapport sur la cartographie du financement de la santé 2021-2024

Un autre exemple de la mobilisation des fonds à grande échelle a été donné avec la pandémie de COVID-19, où les PTF ont mobilisé des fonds importants pour la riposte. En fin juin 2021, les coûts de la riposte ont été estimés à 821 749 260,9 USD, alors que les financements ont été obtenus à la hauteur de 778 593 507,9 USD, laissant un gap de 43 155 753,0 USD, soit 5%²⁹.

5.1.3. De l'estimations des dépenses des interventions prioritaires de l'axe 2 du PNDS

Sur les 5 programmes prioritaires de l'axe 2 du PNDS, les dépenses dévolues aux différents piliers du système de santé l'ont été surtout pour l'amélioration du financement de la santé suivi par le développement des Infrastructures et équipements. Ces estimations restent assez constantes pour les trois années rapportées. Le programme le moins financé se trouve être le renforcement du système d'information sanitaire dont les dépenses ne sont pas à la hauteur des autres programmes. Le niveau de financement du SNIS est en contradiction avec les efforts du MSPHP dans la recherche de l'amélioration de la qualité des données pour la gestion des programmes prioritaires. Une part de la réflexion devrait être orientée vers l'intégration de certaines enquêtes nationales dans le SNIS. Par exemple les dernières enquêtes MICS qui ont été placées sous le financement du programme de lutte contre le Paludisme (MICS-PALU) auraient pu être financées sous le patronage du SNIS pour élargir son champ d'action. De toute façon, le financement du SNIS devrait constituer une préoccupation pour la planification du prochain cycle du PNDS.

Tableau 32 : Estimations des dépenses par programmes de l'axe 2 de 2020 à 2022 (en USD)

Engagement budgétaire du Gouvernement et bailleurs en dollars USD	2020		2021		2022	
Programme/Action						
AXE 2 : Appui aux différents piliers du système de santé	418,601,629	100%	418,903,628	100%	433,981,845	100%
Action 01 : développement des ressources humaines pour la santé	95,912,558	23%	87,422,230	21%	90,568,947	21%
Action 02: Approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et intrants	44,276,834	11%	47,578,661	11%	49,291,230	11%
Action 03: Développement des Infrastructures et équipements	117,704,000	28%	124,143,062	30%	128,611,526	30%
Action 04: Renforcement du système d'information sanitaire	41,159,564	10%	30,338,698	7%	31,430,724	7%
Action 05: Amélioration du financement de la santé	119,548,673	29%	129,420,978	31%	134,079,418	31%

Source : DAF/MSPHP, Rapport cartographie T4 2021, octobre 2021

5.1.4. De l'estimation des dépenses des interventions prioritaires de l'axe 3 du PNDS

Dans les analyses précédentes, il a été démontré que l'axe 3 du PNDS a bénéficié des ressources financières bien au-delà des prévisions qui avaient été établies au moment de l'écriture du PNDS recadré 2019 – 2022. Dans les détails des programmes prioritaires de cet axe stratégique, il apparait que le programme le moins financé est le renforcement de la coordination du secteur de la santé, loin dernière les trois autres. Dans la perspective du nouveau cycle de planification, une attention particulière devrait être portée sur les estimations des besoins en financement

²⁹ Groupe Inter Bailleurs (GIBS), Kinshasa, Juin 2022

de la gouvernance du système de santé dont les financements actuels sont réellement en déphasage (5% à 6%) comparé aux autres programmes de l'axe 3, comme montré dans le tableau ci-dessous.

Tableau 33 : Estimations des dépenses par programmes de l'axe 3 en 2020 à 2022 (en USD)

Engagement budgétaire du Gouvernement et bailleurs en dollars USD	2020		2021		2022	
Programme/Action						
AXE 3 : Administration Générale (Renforcement de la Gouvernance, leadership et pilotage du système de santé)	602,165,511	100%	827,358,335	100%	857,138,665	100%
Action 01 : renforcement des capacités institutionnelles du MSP	278,607,744	46%	310,520,007	38%	321,697,013	38%
Action 02: Renforcement des mécanismes d'inspection contrôle	292,349,141	49%	249,290,408	30%	258,263,486	30%
Action 03: renforcement de la coordination du secteur de la santé.	31,208,626	5%	48,091,206	6%	49,822,224	6%
Action 04: Renforcement des mécanismes de suivi-évaluation et de redevabilité	234,928,636	39%	219,456,713	27%	227,355,943	27%

Source : DAF/MSPHP, Rapport cartographie T4 2021, octobre 2021

5.2. De la mobilisation des ressources pour le PNDS 2019-2022

Au départ, le PNDS recadré 2019-22 a **projeté un déficit de financement moyen de 1,8 milliard USD par an de 2019 à 2030**. A propos, l'analyse des informations sanitaires montre un déficit de financement du secteur santé estimé à 20% du budget et à 2,4% du PIB projeté sur la période du PNDS recadré 2019-2022.

Par contre, pour l'exécution, le rapport de la cartographie du financement de la santé de la DAF (2021) donnait les engagements des bailleurs de fonds et du Gouvernement comme résultats de la mobilisation des ressources externes et interne, sans inclure les 42% (2019) des dépenses provenant des ménages, mais aussi les autres sources complémentaires. Selon ce rapport, les engagements et des dépenses réels de ces deux sources de financement par axe stratégique sont repris dans le tableau ci-dessous pour 2019 et 2020.

Tableau 34 : Engagements et dépenses réels de 2019 et 2020 du financement des bailleurs par programme du PNDS (USD)

No	Financement par programme de PNDS	2019			2020		
		Engagements	Dépenses	Taux Exéc.	Engagements	Dépenses	Taux Exéc.
1	Prestation de services de santé et continuité des soins de qualité	528 630 796	552 987 407	105%	1 216 535 363	991 457 595	81%
2	Appui aux différents piliers du système de santé	502 173 176	90 488 848	18%	317 036 489	258 912 287	82%
3	Renforcement de la gouvernance et du système de la santé	558 366 278	1 032 243 160	185%	309 663 547	202 470 891	65%
	TOTAL	1 589 170 250	1 675 719 415	105%	1 843 235 398	1 452 840 773	79%

Source : - DEP-Santé, Engagements et Dépenses des PTF 2019, octobre 2021

Les chiffres du tableau ci-dessus qui traduisent la mobilisation des fonds des bailleurs nous semble être très optimistes, parce qu'ils dépassent le milliard des fonds mobilisés ou engagés et même des dépenses exécutées pour les trois axes stratégiques du PNDS. De même, les taux d'exécution sont relativement élevés, contrairement aux allégations de faible taux d'absorption généralement répandues concernant le décaissement des fonds des PTF.

5.2.1. Du Cadrage Macroéconomique pour le financement du PNDS recadré 2019-2022

Le cadrage macroéconomique donne l'environnement économique et financier de notre pays, environnement sur-lequel est basé le financement du PNDS recadré 2019-2022. Il est exprimé au travers des indicateurs macroéconomiques qui reflètent l'état de l'économie du pays.

Tableau 35 : Evolution des indicateurs macroéconomiques de 2019 - 2022 (prévisions & réalisations)

RUBRIQUES	2019		2020			2021		2022
	Initial	Réalisé	Initial	Actualisé (LFR)	Réal.	Initial	Actualisé (LFR)	Initial
Taux de croissance en %	5,6%	4,4%	5,4%	-1,9%	1,7%	3,2%	4,9%	5,6%
Déflateur du PIB	7,20	6,70	7,27	7,27	7,00	8,70	6,90	7,43
Taux d'inflation moyen en %	12,40%	5,91%	6,82%	9,38%	10,18%	15,10%	10,88%	6,17%
Taux d'inflation fin période en %	11,20%	4,59%	6,50%	14,18%	15,76%	8,80%	6,00%	6,33%
Taux de change moyen (FC/USD)	1 747,80	1 654,29	1 687,41	1 751,45	1 851,54	2 067,80	2 006,70	2 085,83
Taux de change fin période (FC/USD)	1 790,30	1 672,95	1 687,90	1 829,95	1 971,81	2 013,40	2 041,60	2 130,07
PIB nominal (en milliards de FC)	96 687,76	84 781,99	97 683,67	90 968,40	90 181,05	111 904,00	106 311,04	119 540,82
Pression fiscale en %	8,6%	8,3%	14,0%	8,8%	6,7%	8,4%	10,1%	12,3%

5.2.2. De l'espace budgétaire pour la Couverture Santé Universelle durant la période 2019-2022

L'engagement au plus haut sommet de l'Etat en faveur de la CSU, l'adoption d'un plan stratégique et d'une feuille de route, la mise en place du Conseil National de la CSU attaché à la Présidence de la République, la création de cinq établissements publics pour opérationnaliser la CSU constituent autant de mécanismes qui nécessitent des financements.

Comme la politique sanitaire du pays est orientée vers la CSU, il serait donc possible de considérer que le financement du ministère de la Santé est destiné à répondre aux besoins de cette politique sanitaire. D'où le rapprochement effectué entre le budget de la santé et le budget de la CSU, dans une hypothèse pragmatique de doter le pays de ressources nécessaires pour atteindre la CSU, avant que les autres secteurs concernés soient pris en compte.

5.3. De l'évolution de l'Écart /Gap du financement prévisionnel du PNDS 2019-2022

Par rapport aux ressources disponibles estimées, le PNDS recadré 2019-2022 présentait un déficit de financement de 648 millions USD pour les quatre années de sa période de mise en œuvre, avec un niveau accentué en 2022 (645 millions USD).

S'il faut considérer que le coût du PNDS reflète les besoins ou les priorités en matière de santé, il faut aussi souligner que ses besoins sont loin d'être couverts par le budget de l'Etat. En effet, les écarts entre les coûts estimés du PNDS et le budget de l'Etat accordé à la fonction santé sont tellement importants qu'ils reflètent la réalité selon laquelle les priorités de la santé ne sont que très partiellement couvertes par le budget de l'Etat (36% en 2019 et 25% en 2000). Ainsi, pour leur grande partie, ces coûts sont couverts par les autres sources de financement de la santé, comme les ménages et le financement extérieur.

Dans son exécution, si les dépenses de la santé ont couvert les prévisions du PNDS avec un écart positif de 54 millions USD en 2019, le déficit estimé apparaît dès 2020 avec un écart négatif de 84 millions USD. La tendance des dépenses totales de santé suggère que le déficit peut se maintenir en 2021 et 2022, années dont les comptes ne sont pas encore certifiés au moment de la rédaction de ce rapport, comme présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 36 : Synthèse des écarts entre les dépenses de la santé de diverses sources et les Coûts estimés du PNDS 2019-2022 (en millions de dollars)

No	Coûts, disponibilité et écarts de financement	2019	2020	2021	2022	TOTAL
1	Coût du PNDS *	1784	2124	2484	2843	9235
2	Financement disponible estimé au départ pour le PNDS	2174	2082	2134	2198	8588
3	Écart du financement disponible au départ (2 - 1)	+390	-42	-350	-645	-648
4	Dépenses de l'Etat - Fonction Santé** (% = 4 / 1)	641 (36%)	527 (25%)			
5	Écart du financement du Gvt - Fonction Santé (4 - 1)	-1143	-1597			
6	Dépenses de l'Etat (Gvt) + Financement Bailleurs (%=6/1)***		1426 (67%)	1647 (66%)	1706 (60%)	
7	Écart du financement du Gvt + bailleurs (6 - 1)		-698	-837	-1137	
8	Dépenses réelles des Bailleurs (%=8/1)****	1676 (94%)	1453 (68%)			
9	Écart du financement des Bailleurs (8 - 1)	-108	-671			
10	Dépenses Totales de Santé (toutes sources)**	1838 (103%)	2040 (96%)			
11	Écart du financement aux Dépenses Totales (10 - 1)	54	-84			

Sources : *PNDS 2019 – 2022

**CNS, Rapport annuel 2020, 2021

***DAF, Rapport cartographie 2022

****DEP-Santé 2021 et DAF /MSHP 2021

Les chiffres présentés dans ce tableau démontrent la diversité et la discordance des données collectées par les différents services spécialisés du Ministère de la santé. La triangulation des sources et des données recueillies nous a permis de constater les divergences dans les données rapportées. Sans prendre partie pour l'une ou l'autre source, cette situation témoigne des efforts à fournir pour avoir une meilleure traçabilité des flux financiers pour consolider le système de rapportage avec des données consolidées et nettoyées venant d'une source unique et fiable qui a accès aux données financières des structures qui gèrent les financements de la santé, surtout les fonds des PTF, y compris les dépenses de l'assistance technique. Au stade

actuel, un compromis devrait être trouvé entre le PNCNS, la DAF et la DEP en matière de rapportage sur les financements de la santé.

6. LEÇONS TIREES DE LA MISE EN ŒUVRE DU PNDS RECADE 2019-2022

Ces leçons peuvent se regrouper par phases du management de la mise en œuvre du PNDS déclinée en planification, exécution et suivi-évaluation.

6.1. De la Planification

L'appropriation du PNDS par les acteurs de mise en œuvre a été presque parfaite. Dommage que, le processus de planification du PNDS n'a pas été ascendant et descendant. Néanmoins, le PNDS recadré 2019-2022 a bien été au centre du processus de planification stratégique et opérationnelle et aux trois niveaux de la pyramide.

Le PNDS recadré 2019-2022 a été aligné sur les orientations mondiales (ODD3, CSU) et nationales (PNSD). Cependant certains CD et MCZ ont affirmés que certains PTF imposent des interventions non planifiées dans le cadre du PNDS sans laisser aux MCZ (et leurs CD) une marge de manœuvre dans les négociations.

6.2. De la Mise en œuvre

Le format du rapportage est très variable et n'indique pas suffisamment le lien avec les résultats attendus définis par le PNDS.

En prenant appui sur le dispositif de communication (VSAT) ne faudrait-il pas gérer le PNDS (Activités et financement), le rapportage et le suivi-évaluation par un des logiciels adhoc aujourd'hui disponible ? Le dispositif de pilotage est bien défini et implanté aux 3 niveaux.

Au niveau central le dispositif a fonctionné d'une manière plutôt satisfaisante. Mais aux niveaux intermédiaire et opérationnel, et sous réserve des rapports d'enquêtes qui doivent encore arriver, le niveau de performance des organes de pilotage semble moins bon.

Les commissions techniques sont présidées par un des directeurs centraux concernés par la thématique. Au regard du principe du leadership qui doit être assuré par le gouvernement, c'est une bonne disposition mais qui peut poser un problème de conflit d'intérêt entre les deux fonctions.

D'autre part la production d'un rapport annuel, dans les délais, indiquant les progrès réalisés avec une analyse approfondie des performances seraient un élément intéressant à verser dans l'agenda de la revue annuelle.

Cependant il reste à parachever le processus avec la réorganisation des programmes et services, la mise en place des directions non encore créées (DANTIC) et l'organisation des nouvelles directions.

Des problèmes prévisibles méritent déjà l'attention comme la voie par laquelle le niveau central exerce ses prérogatives normatives, d'appui et d'évaluation de la stratégie nationale, le fonctionnement des IPS, seule entité déconcentrée dans un contexte de décentralisation de toutes les autres entités, les directions générales placées au même niveau que les directions centrales sur le schéma de l'organigramme, ...

La collaboration intersectorielle a permis d'exécuter plus de la moitié des actions intersectorielles planifiées mais la représentation des autres secteurs dans les organes de pilotage est irrégulière ou d'un niveau non décisionnel.

Certains cadres auront un rôle important pour la mise en œuvre de l'agenda du PNDS 2023-2030 et en particulier le cadre de concertation avec le Ministère ayant la protection sociale dans ses attributions pour discuter de l'intégration de la CSU dans le cadre des Filets de protection sociale et de la prise en charge des indigents.

6.3. Du Suivi-évaluation

L'évaluation du PNDS est inspiré du cadre de référence IHP+. Le Cadre de Suivi & Evaluation, assorti d'une liste d'indicateurs découlant des programmes et actions prioritaires, a été validé par le CCT et est encore dans le processus d'adoption par le CNP-SS.

Le suivi et évaluation conjoint se basent sur les modalités suivantes : le suivi de routine, le suivi stratégique et l'évaluation externe.

Les organes en charges du suivi-évaluation (CNP-SS, CPP-SS, ECZS) sont en place et au niveau national une revue sectorielle et d'une manière générale une revue annuelle provinciale ont été organisées en 2016 et 2017. Un certain nombre de parties prenantes trouvent que la revue sectorielle et les revues annuelles provinciales devraient aller encore plus loin sur le volet de redevabilité et d'analyses du cadre de performance pour identifier les goulots d'étranglement et situer la responsabilité.

L'évaluation finale a rencontré deux problèmes de disponibilité de données et partant d'une durée insuffisante pour faire à la fois la collecte active de données aux 3 niveaux et de faire les analyses. Les unités fonctionnelles de suivi-évaluation (USE) devraient être réactivées, équipées et dotées de termes de références précis. Le choix de la durée de l'évaluation finale devrait prendre en compte cette donnée. Un plan pour coordonner les études indispensables pour documenter la CSE est nécessaire pour fournir l'information lors des principaux exercices d'évaluation

6.4. Autres observations :

6.4.1. De l'innovation dans la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022.

Les innovations ont porté essentiellement sur les clés de répartition des recettes réalisées par les FOSA dans le cadre de l'appui PBF. Les clés de répartition du PDSS de l'ordre de 20% pour les médicaments, 40% pour le personnel, 30% pour les investissements et le fonctionnement, 5% pour l'épargne et 5% pour le marketing social sont à la base des initiatives qui ont permis aux gestionnaires de réaliser les travaux de construction/réhabilitation sur base de cette clé de répartition.

Par ailleurs, là où elle est appliquée, la tarification forfaitaire a permis d'accroître l'utilisation des services. Il en est de même des structures appuyées dans le cadre de l'achat de performance dans la mesure où la gratuité de la maternité pour accouchement par voie basse, les coûts réduits de la césarienne et de certains actes chirurgicaux ont considérablement fait accroître l'utilisation des services.

D'une manière générale, les patients interviewés sont satisfaits de la tarification forfaitaire. Les prestataires disposent des ordinogrammes et des protocoles qui leur permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge des malades.

Le renforcement des sites des soins communautaires et l'implication de ces derniers dans le développement des activités de pacification et de rétablissement de confiance entre communautés en conflits ont été observés dans certaines zones de santé. Cette option trouve sa place dans le contexte actuel de la RDC où on observe de plus en plus des conflits intercommunautaires.

6.4.2. De la redevabilité durant la mise en œuvre du PNDS recadré 2019-2022

Les revues organisées périodiquement suivant le calendrier des activités de suivi & évaluation à chaque niveau de la pyramide sanitaire sont une occasion de la redevabilité. Cette dernière doit commencer lors du processus de planification au cours duquel toutes les parties intéressées prennent part, notamment les représentants de la population.

La redevabilité doit consister aussi à répondre aux attentes et à réaliser des enquêtes de satisfaction des bénéficiaires y compris leurs perceptions quant à la pertinence et aux priorités retenues.

7. PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS POUR L'ELABORATION DU PNDS 2023-2030

7.1. Hypothèses sur le contexte à venir

Le prochain PNDS peut évoluer dans ce contexte où prévaudront les éléments suivants :

- Sécurité, conflits armés
- Problèmes de santé urgents (épidémies)
- Elections de 2023
- Bonne gouvernance et leadership
- Mobilisation et rationalisation des ressources, humaines, financières, médicaments et intrants, matériels, infrastructures, ressources domestiques, gestion des risques
- Budget programme mise en œuvre
- Coordination des bailleurs inchangée
- Achats groupés
- Mise en œuvre de la CSU et des structures d'appui

Tableau 37 : analyse FFOM pour le nouveau PNDS 2023-2030

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Expérience et qualification des ressources humaines.	Motivation et/ou formation des ressources humaines	Présence de partenaires techniques et financiers (PTF) en alignement et harmonisation	Conflits armés
Présence de DHIS2	Insuffisance des ressources financières	Programme du Gouvernement RDC. Programme des 145 territoires.	PTF non alignés et en fragmentation
Volonté politique pour lancer la CSU	Gouvernance, leadership, Impunité, clientélisme, management		Rétention ou exode des cerveaux
Expériences réussies de la gestion des urgences	Gestion du système d'information et des ressources matérielles et infrastructures		Collaboration intersectorielle faible.
Mobilisation des fonds	Exode des cerveaux		
	Mobilisation des fonds		

7.2. Recommandations pour le PNDS 2023-2030

7.2.1. Renforcer le mangement du PNDS 2023-2030

7.2.1.1. De la Planification

Elaboration d'une théorie de changement du PNDS 2023-2030

Elaboration, à la fois, descendante et ascendante du PNDS

Planifier une évaluation à mi-parcours, des études du cadre d'évaluation et une évaluation finale.

Les axes du nouveau PNDS peuvent regrouper les points suivants :

- 1) Amélioration de la Couverture Santé Universelle (CSU), l'assurance maladie universelle, la qualité et la globalité des soins, (SRMNEA-NUT)
- 2) Renforcement les piliers du système de santé
- 3) Promotion de la prise en charge des urgences ou catastrophes, des déterminants sociaux de la santé dans un cadre efficace de la collaboration intersectorielle.
- 4) Renforcement de la Gouvernance, du leadership du système de santé

7.2.1.2. De la Mise en œuvre du PNDS 2023-2030

L'accent mis sur la couverture universelle a plus concerné l'amélioration de l'offre des soins et d'une certaine manière la réduction des barrières financières aux soins grâce notamment à la facturation forfaitaire et à l'achat des performances à propos desquelles, le coût supporté par le malade est nettement plus bas. Il faudra, à cet effet, créer une équipe de suivi et monitoring de la mise en œuvre des actions de la CSU.

7.2.1.3. De l'évaluation du PNDS du PNDS 2023-2030

Réaliser une évaluation à mi-parcours, les études du cadre d'évaluation et une évaluation finale. Les évaluations indépendantes seront internes ou externes. Si les moyens le permettent, il faudrait, à côté des nationaux, adjoindre quelques expatriés expérimentés comme dans les évaluations scientifiques. Prière associer les évaluateurs lors de la phase de la planification des activités de l'évaluation et assurer le renforcement de la mise en œuvre et du mécanisme de suivi-évaluation

7.2.2. Piliers du PNDS 2023-2030

A l'issu de cette évaluation, il y a lieu de proposer le contenu des différents piliers du prochain PNDS :

7.2.2.1. Gouvernance

- Renforcer les mécanismes de pilotage et les rendre systématiques
- Promouvoir les principes d'aide publique internationale
- Promouvoir les interventions essentielles à haut impact sans fragiliser le fonctionnement global du système de santé

7.2.2.2. Prestations de services et couverture sanitaire

- Promouvoir l'approche de l'appui intégral aux Zones de santé pour garantir une meilleure intégration du PMA et PCA afin d'améliorer la qualité des soins offerts à la population
- Accélérer la mise en œuvre des interventions à haut impact dans les ZS où le PMA et PCA ne peuvent être appliqués, tout au moins avec l'expansion des prestations SRMNEA-Nut ;
- Institutionnaliser l'approche « Santé communautaire » et l'expansion des prestations communautaires dans les SSC afin d'atteindre les populations vulnérables et d'accès difficile ;
- Contrôler et réguler l'implantation de petites formations sanitaires privées (polycliniques et dispensaires) qui ne se conforment pas aux normes et procédures fixées par le MSP

7.2.2.3. Infrastructures et équipements

- Actualiser la carte sanitaire de la RDC
- Elaborer et mettre en œuvre un plan d'investissement (10 ans) dans l'infrastructure sanitaire (construction, réhabilitation, équipement et maintenance);

7.2.2.4. Ressources humaines en Santé RHS

- Rationaliser la gestion des RHS par l'adoption des normes, la maîtrise des effectifs des professionnels de la santé du secteur public et aussi du secteur privé, l'accélération de la mécanisation, la réduction de l'instabilité et de la fuite des cerveaux et l'octroi d'incitatifs financiers calculés en fonction de l'éloignement du poste ;
- Réguler plus le secteur des écoles de formation pour endiguer la pléthore des personnes formées avec une qualité douteuse, à travers une collaboration plus étroite avec le secteur ayant l'enseignement supérieur dans ses attributions ;

7.2.2.5. Information sanitaire et Recherche

1. Améliorer le fonctionnement de DHIS2 et la standardisation des outils de rapportage de l'information sanitaire.
2. Améliorer la disponibilité et la qualité de l'information sanitaire nécessaire au pilotage du PNDS et du secteur par le renforcement du contrôle qualité, la mise en cohérence des informations produites par le SNIS avec celles nécessaires au pilotage de la mise en œuvre du PNDS, l'actualisation de la carte sanitaire,

7.2.2.6. Médicaments, vaccins et intrants spécifiques

- Renforcer le contrôle de la qualité des médicaments et intrants
- A travers plus de transparence, amener tous les acteurs du secteur au respect des lignes directrices du Plan stratégique SNAME afin d'éviter la multiplication des dispositions et circuits d'approvisionnement en médicaments ;
- Encourager la production locale de certains médicaments, vaccins et intrants spécifiques ;

7.2.2.7. Financement de la santé

- Améliorer le financement du PNDS par l'organisation de la table ronde de mobilisation des ressources et l'intégration de sources innovantes (taxation spécifique des produits particuliers comme la communication, l'alcool, le tabac,... .)
- Engager effectivement les crédits mis à la disposition du MSP dans le respect de la loi des finances publiques ;
- Accélérer l'expansion des mécanismes d'assurance maladie universelle, de partage des risques pour garantir une meilleure prise en charge des malades et particulièrement des personnes vulnérables.
- Activer le cadre de concertation avec le Ministère ayant la protection sociale dans ses attributions pour arriver à l'intégration de la couverture sanitaire universelle dans le cadre des Filets de protection sociale et de la prise en charge des indigents.

8. CONCLUSION

Le PNDS recadré 2019-2022 a effectivement été mis en œuvre avec un impact certain et diversifié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Les différentes parties prenantes l'ont témoigné. Les points faibles observés mériteraient d'être améliorés lors du prochain PNDS.

Le mécanisme d'appui aux activités à haut impact, lancé avec le PNDS finissant, peut encore s'améliorer durant le prochain PNDS. Les activités SRMNEA-Nut peuvent se poursuivre essentiellement dans les zones à populations vulnérables. Les activités d'appui aux piliers classiques du système doivent se poursuivre pour assurer la résilience.

La santé communautaire devrait franchir une nouvelle étape, surtout après son impact positif expérimenté durant la pandémie à Covid-19.

L'avenir devra mettre un accent sur la Couverture Santé Universelle avec le partage des risques, l'assurance maladie universelle et le management optimal des épidémies, urgences et catastrophes.

Pour concrétiser l'engagement du gouvernement dans la réalisation de sa politique de santé, il est fortement indiqué qu'il accroisse rapidement sa part de financement pour les actions avec un impact certain sur l'état de santé de la population.

REFERENCES

- United Nations Inter Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 'Levels & Trends in Child Mortality: Report 2021, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', United Nations Children's Fund, New York, 2021.

- Ministère de la Santé Publique,Hygiène et Prévention. Rapport annuel 2021 du secteur de la santé. 3^e rapport de suivi de la mise en œuvre du PNDS 2019-2022. Ministère de la Santé Publique,Hygiène et Prévention, Kinshasa : août 2022.
- Ministère de la Santé. Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Santé Universelle. Ministère de la Santé, Kinshasa : novembre 2018.
- Ministère de la Santé. Evaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020. Rapport. Ministère de la Santé, Kinshasa : 2018.

ANNEXES

Annexe 1. Les Termes de références de la mission

Annexe 2. Note Méthodologique et outils de collecte des données

Annexe 3. Cadre conceptuel

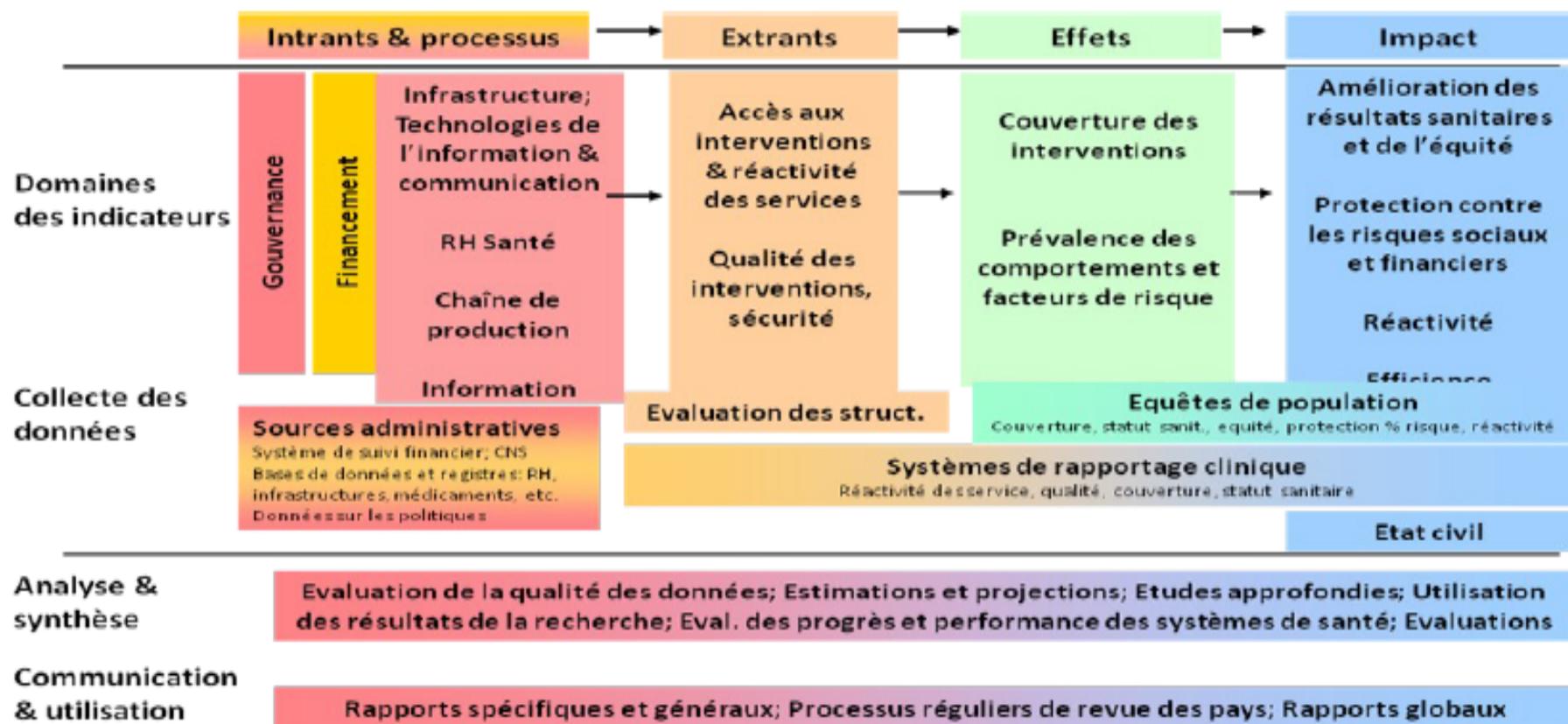


Figure 24 : Cadre conceptuel de l'évaluation intégrant les critères (CAD de l'OCDE et Principes de la Déclaration de Paris), le cadre logique et la théorie de changement.

