

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
POUR LA COUVERTURE SANTE
UNIVERSELLE
2020-2030**

Janvier 2020

Table des matières

PREFACE	5
CHAPITRE I : CONTEXTE.....	6
1.1. Profil du pays.....	6
1.1.1. Contexte géographique, démographique et environnemental.....	6
□ Contexte géographique	6
□ Situation démographique	6
□ Situation environnementale	7
1.1.2. Contexte politique, administratif et sécuritaire.....	7
1.1.3. Contexte économique et social	8
1.1.4. Etat de santé de la population	9
□ Espérance de vie à la naissance	9
□ Mortalité infanto-juvénile.....	9
□ Santé de la mère.....	10
□ Malnutrition	11
□ Double fardeau : maladies transmissibles et non-transmissibles.....	11
□ Situation des Maladies chroniques Non Transmissibles.....	11
1.2. Situation de la couverture santé universelle en RDC	12
1.2.1. disponibilité et qualité des services de santé.....	12
□ Services de santé de l'enfant.....	13
□ Services de santé maternelle	13
□ Services contre les maladies transmissibles.....	14
□ Services de lutte contre les maladies non transmissibles.....	15
□ Couverture des services de sante essentiels.....	15
□ Capacités des services et accès	18
□ indice de couverture des services de sante essentiels	19
1.2.2. Protection des usagers contre le risque financier	20
□ Analyse des sources de financement de la santé.....	20
1.2.3. Déterminants de la santé.....	23
□ La situation des déterminants de la santé en RDC.....	24
□ Principaux résultats concernant les déterminants de la santé issus de l'EDS-RDC II (2013-2014) 25	
CHAPITRE II : JUSTIFICATION	26
2.1. Contexte mondial, continental et national	26
2.1.1. Sur le plan mondial.....	26
2.1.2. Sur le plan régional et sous régional	26
2.1.3. Sur le plan National.....	27
2.2. Place de la CSU dans le Programme du Président de la République, Chef de l'Etat.....	29

2.3.	Articulation entre la CSU et les autres axes du programme du Chef de l'Etat	30
CHAPITRE III : VISION, BUT, OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES		31
3.1.	Vision.....	31
3.2.	But.....	31
3.3.	Objectifs.....	31
3.3.1.	Objectifs généraux:.....	31
3.3.2.	Objectifs Spécifiques :.....	31
3.3.3.	Résultats attendus:.....	31
3.3.4.	Principes directeurs	32
a)	Respect des droits humains et du genre	32
b)	Accès sans frais aux prestations de santé pour les indigents et les vulnérables	32
c)	Progressivité de la mise en œuvre du système.....	32
d)	Décentralisation de la gestion de la réponse.....	32
e)	Coordination des interventions, partenariat et multisectorialité des interventions.....	33
f)	Participation communautaire	33
g)	Convergence et synergie des interventions.....	34
h)	Complémentarité des parties prenantes au processus et au système	34
i)	Gestion du système basée sur l'évidence.....	34
j)	Séparation des fonctions	34
k)	Redevabilité	35
3.4.	Orientations stratégiques	35
3.4.1.	Axe stratégique 1: Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé.....	35
1)	Sous axe 1.1 : Amélioration de l'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de qualité en utilisant différents réseaux de prestataires (publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif, agents de santé communautaires).....	36
2)	Sous axe 1.2 : Elaboration et mise en œuvre d'une réponse multisectorielle, intégrée et inclusive aux maladies chroniques non transmissibles	38
3)	Sous axe 1.3 : Revitalisation de l'approche des Soins de Santé Primaires en prenant en compte les particularités liées aux différents contextes, ruraux et urbains, et les situations provinciales	39
4)	Sous axe 1.4 : Amélioration et assurance de la qualité des services de santé suivant une politique et stratégie nationale sur la qualité santé, incluant une approche d'accréditation des établissements de santé publiques tant que privés	39
5)	Sous axe 1.5 : Amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, notamment les épidémies et les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire	41
3.4.2.	Axe stratégique 2 : Extension de la protection contre les risques financiers liés à la maladie pour tendre vers l'assurance maladie universelle.....	42

3.4.3.	Axe Stratégique III : Renforcement de l’approche « Santé dans toutes les politiques publiques » pour réduire la charge de morbidité et assurer la viabilité du dispositif de la couverture universelle en santé»	46
3.4.4.	Axe stratégique 4 : Gouvernance et gestion du système national de CSU.....	50
3.4.5.	Axe stratégique 5 : Mobilisation des ressources en faveur de la CSU.....	53
CHAPITRE IV : ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS DE LA CSU.....		55
4.1.	Organes de pilotage de la CSU en RDC	55
4.1.1.	Au niveau national	55
4.1.2.	Au niveau provincial.....	55
	Au niveau local	56
4.2.	Cadre de Suivi, Evaluation, Redevabilité, et apprentissage (CSERA) de la CSU en RDC	56
4.2.1.	Organes de suivi de la CSU en RDC	56
	Comité de Coordination Technique de Suivi de la CSU	56
	Le conseil des ministres au niveau national	57
	Le Conseil des ministres au niveau provincial	57
4.2.2.	Indicateurs de suivi de la CSU en RDC.....	57
4.2.3.	Indicateurs d’impact.....	58
4.2.4.	Modalités de Suivi et Evaluation	58
4.2.5.	Renforcement des mécanismes de Suivi et Evaluation.....	58
4.3.	Cadre de mise en œuvre.....	59
4.3.1.	Ministères impliqués dans la CSU	60
4.3.2.	Fonds de Promotion de la Santé.....	60
4.3.3.	Fonds de solidarité de la Santé.....	60
4.3.4.	Responsabilités des provinces.....	61
CHAPITRE V : MODALITES DE FINANCEMENT		63
5.1	Principes du système de financement.	63
5.2	Financement de l’offre : le Fonds de Promotion de la Santé (FPS)	64
5.3	Financement de la Demande : le Fonds de Solidarité de Santé (FSS).....	64
5.3.1	La Collecte de fonds :	64
5.3.2	L’utilisation des fonds : le paiement des prestations	65
5.4	Accréditation des prestataires et maintien d’un minimum des critères de fonctionnalité et de qualité.....	67
5.5	Les intermédiaires financiers.....	68
GESTION DE RISQUES		69

PREFACE



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

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

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

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

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

C'est pour cela que je renouvelle l'engagement sans faille de l'Exécutif de la RDC, et demande instamment aux populations congolaises d'adhérer massivement à cette stratégie, et de la soutenir, chacun au niveau où il participe à la vie sociétale. Je ne doute pas non plus que les partenaires de la RDC en matière de santé inscriront désormais leurs actions dans le cadre de cette marche, pour plus de pertinence, plus d'efficience, et plus d'équité dans l'action en santé.

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

Son Excellence Félix Antoine Tshilombo Tshisekedi

Président de la République Démocratique du Congo

CHAPITRE I : CONTEXTE

1.1. Profil du pays

1.1.1. Contexte géographique, démographique et environnemental

- Contexte géographique

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



Figure 1: Carte géographique de la RDC.

- Situation démographique

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

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

Cette dynamique démographique est caractérisée par des déséquilibres dans la répartition de la population : 61,2% en milieu rural et 38,2% en milieu urbain ; la population est très jeune donne un rapport de dépendance économique très élevé, estimé à 0,95 soit près d'une personne inactive à prendre en charge.

Selon le Rapport de Développement Humain (PNUD, 2015), la population de la RDC a une espérance de vie de 51 ans pour les hommes et 54 ans pour les femmes. En effet, la progression observée depuis 2011 montre que la République Démocratique du Congo gagne en moyenne 4 mois en espérance de vie chaque année, soit un an tous les trois ans.

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

▪ **Situation environnementale**

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

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

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

1.1.2. Contexte politique, administratif et sécuritaire

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

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

1.1.3. Contexte économique et social

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

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

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

Le gouvernement a par ailleurs initié plusieurs réformes sectorielles visant à renforcer la gouvernance dans la gestion des ressources naturelles et améliorer le climat des affaires. La quasi-totalité des contrats signés par le gouvernement pour l'octroi des titres miniers, pétroliers et forestiers sont désormais accessibles au public. La RDC prend part à l'Initiative pour la transparence des industries extractives (ITIE) et publie dans ce cadre des rapports réguliers sur les recettes tirées des ressources naturelles. De plus, la législation sur les mines et les hydrocarbures a été amendée afin de permettre à l'État de tirer davantage profit de l'exploitation de ces ressources. Le gouvernement doit toutefois fournir des efforts supplémentaires pour systématiser les mécanismes de mise en concurrence dans l'attribution des contrats miniers, pétroliers et forestiers. Quant aux réformes engagées pour améliorer le climat des affaires, elles incluent notamment les lois sur le partenariat public-privé, la libéralisation du secteur des assurances et les télécommunications.

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

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

1.1.4. Etat de santé de la population

- **Espérance de vie à la naissance**

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

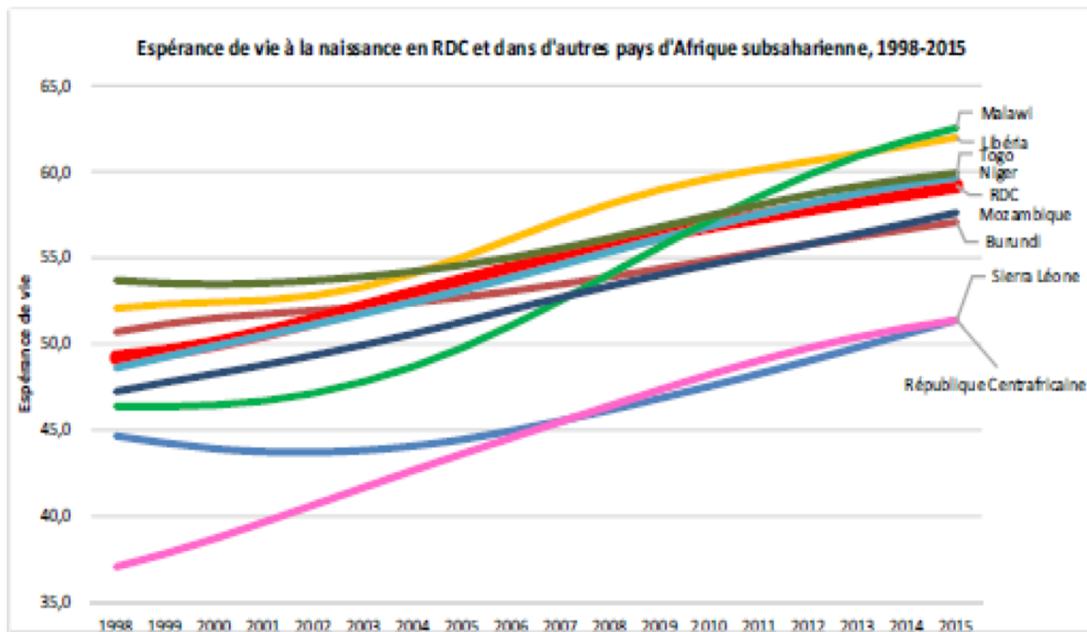


Figure 2: Comparaison de l'espérance de vie de la RDC avec d'autres pays d'Afrique
Source : *DataBank de la Banque mondiale.*

- **Mortalité infanto-juvénile**

Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, dont le taux est passé de 148‰ naissances vivantes en 2007 à 104 en 2013 et 70 .

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

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

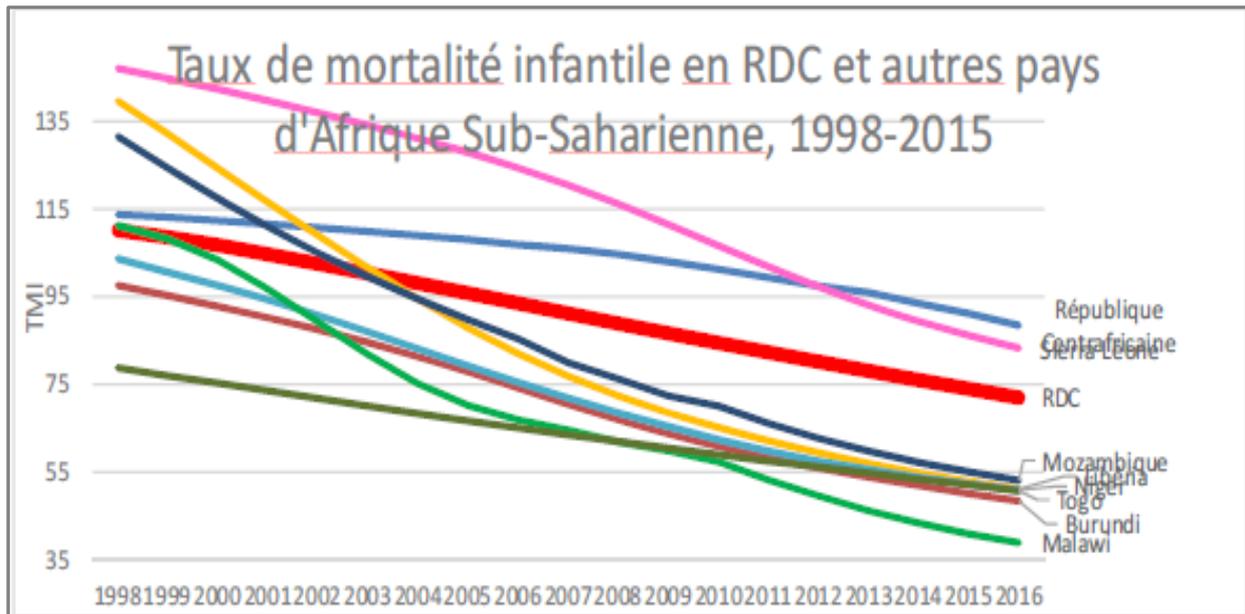


Figure 3 : Comparaison de la mortalité infantile de la RDC avec d'autres pays de l'Afrique

Source : DataBank de la Banque mondiale.

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

▪ Santé de la mère

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

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

▪ **Malnutrition**

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

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

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

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

▪ **Situation des Maladies chroniques Non Transmissibles**

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) constituent actuellement la première cause de mortalité dans le monde. Elles sont reconnues non seulement comme étant un problème de santé publique mais également comme un frein au développement des pays². Les principales MNT ayant la plus forte charge de morbi-mortalité au plan mondial sont les maladies cardiovasculaires (MCV), le cancer, le diabète, et les maladies respiratoires chroniques (MRC)³. Elles sont dues à l'exposition à des facteurs de risque comportementaux (la consommation de tabac, la consommation nocive d'alcool, l'alimentation déséquilibrée, l'inactivité physique) et biologiques (l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie et l'hypercholestérolémie). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, sur 56 millions de décès enregistrés dans le monde en 2012, 38 millions étaient dus à des MNT soit 68 % du nombre total de décès⁴.

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

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

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

En 2017, le nombre de décès causés par les MNT est estimé à plus de 40 millions⁵. Dans la région Afrique de l’OMS, 40 % des décès seraient dus aux MNT et aux traumatismes en 2008⁶. Par ailleurs, on estime d’ici 2025 que les décès occasionnés par les MNT dépasseront les décès combinés des maladies transmissibles et nutritionnelles et les décès maternels et périnataux en Afrique⁷. Par exemple l’hypertension artérielle est très répandue chez les adultes dans la Région OMS AFRO, qui déclare pour cette maladie, la prévalence la plus élevée à l’échelle mondiale (38,1 % chez les hommes, 35,5 % chez les femmes)². L’outil STEPS de l’OMS est utilisé pour déterminer la prévalence des Facteurs de Risque (FDR) dans les pays. La situation en RDC devrait être similaire à celle prévalente dans les autres pays africains

1.2. Situation de la couverture santé universelle en RDC

La situation de la couverture santé universelle est analysée dans ce document suivant trois composantes, à savoir : la disponibilité, la qualité et la couverture des services de santé essentiels, ; la protection contre le risque financier ; et les déterminants de la santé.

1.2.1. disponibilité⁸ et qualité des services de santé

L’état des lieux du secteur de la santé réalisé en 2009 a montré que seuls 1006 centres de santé étaient construits en matériaux durables sur les 8504 aires de santé dont dispose le pays, le reste des centres de santé étaient soit en chaume soit en brique adobe, donc non conformes aux normes. Depuis lors, quelques centres de santé ont été construits sur fonds propres du gouvernement⁹ et des partenaires au développement sans un impact significatif sur la couverture sanitaire. Celle-ci est estimée à 30%, ce qui veut dire qu’environ 60 000 000 des congolais parcourent plus de 5 Km pour avoir accès au centre de santé le plus proche qui réponde plus ou moins aux normes en infrastructures et équipements médico-sanitaires. La faiblesse de la couverture sanitaire limite la capacité du pays à déployer la stratégie des Soins de Santé Primaire, qui depuis la Déclaration d’Astana est considérée comme la pierre angulaire d’un de santé propice pour accélérer les progrès vers la CSU.

Sur les 515 Zones de Santé existantes, 123 ne disposent pas d’hôpitaux généraux de référence (HGR). Plusieurs HGR existant sont dans un état qui nécessite des réhabilitations profondes. Sur les 26 provinces, seules 4 disposent d’hôpitaux provinciaux (Kinshasa, Goma, Bukavu, Lubumbashi).

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

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

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

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

- **Services de santé de l'enfant**

- *Services de vaccination de routine*

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

- *Services des soins curatifs ambulatoires*

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

- **Services de santé maternelle**

- *Services des consultations prénatales*

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

Les services de CPN qui sont organisés posent un certain nombre de problèmes de qualité. En effet, seuls 56 % des FOSA disposaient des protocoles nationaux de CPN et d'autres directives y relatives au moment de l'enquête, la disponibilité la plus élevée était celle du Lualaba (85%) et la plus basse, celle du Haut-Uélé (26%). Les tests les plus fréquemment disponibles dans les FOSA offrant des services de CPN sont le dosage de l'hémoglobine (59 %) et le dépistage du VIH (56 %). Seules 22% des FOSA réalisent la protéinurie (22 %) et 20% la glycosurie (20 %). La vaccination antitétanique est offerte dans 60% des FOSA. Le fer ou l'acide folique était disponible dans 64% des FOSA. Environ 26% des prestataires étaient formés sur la CPN au moment de l'enquête.

- *Services de planification familiale*

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

- *Accouchements et soins néonataux*

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

- **Services contre les maladies transmissibles**

- *Services de lutte contre le Paludisme*

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

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

Les services de prises en charge du paludisme et des infections sexuellement transmissibles sont disponibles dans presque toutes les formations sanitaires du pays. Une formation sanitaire (FOSA) sur deux (52 %) offrait un service de diagnostic de la tuberculose (TB) et 46 % un service de traitement et/ou de suivi de traitement de la TB. Environ quatre FOSA sur dix offraient des services de traitement du VIH par les antirétroviraux (ARV). La disponibilité des

directives et personnel formé à la prise en charge sont respectivement de 76 et 81% pour le paludisme, 66 et 55% pour le VIH. Parmi les FOSA offrant un service de diagnostic, traitement et/ou suivi de traitement de la TB, 46 % avaient des directives pour le diagnostic et traitement de la TB, 28 % celles pour le diagnostic et traitement de la TBMR et 34 % celles pour le suivi de la coïnfection TB-VIH¹⁰.

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

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

- **Couverture des services de sante essentiels**

Comme pour la disponibilité des services, les domaines qui font l'objet de l'analyse sous cette section sont : (i) la santé reproductive, la santé de la mère, (ii) de l'enfant et du nouveau-né, (iii) les maladies transmissibles et (iv) les maladies non transmissibles. Pour chacun de ces domaines, un certain nombre des couvertures traceuses ont été utilisées pour cette analyse, il s'agit des couvertures vaccinales, de la couverture en MII, du traitement curatif chez les enfants de moins de 5 ans, de la prévalence contraceptive pour la santé de la reproduction, de l'accouchement assisté par le personnel de santé qualifié, du traitement de la TB et du VIH pour les maladies transmissibles et de la prise en charge du diabète et de l'hypertension pour les maladies non transmissibles. L'analyse de l'équité sera présentée pour certaines de ces couvertures traceuses en fonction de la disponibilité des données. En effet, l'équité est au centre de la CSU. Le point 26 de la Résolution des NU relatif au Programme de Développement Durable stipule que « *Pour favoriser la santé et le bien-être physique et mental et pour allonger l'espérance de vie, nous devons assurer la couverture maladie universelle et l'accès de tous à des soins de qualité. Personne ne doit être laissé pour compte* ».

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

○ *Couvertures vaccinales*

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

Selon le rapport de MICS 2017-2018, il existe d'importantes disparités en matière de couvertures vaccinales en fonction des provinces, du lieu de résidence (urbain et rural), du revenu des ménages et du niveau d'instruction de la mère. Pour le Pentavalent 3, la couverture vaccinale est de 58,4% en milieu urbain contre 40,3% en milieu rural. Le Congo Central affiche la meilleure couverture vaccinale à 68,8% alors que les provinces de Maindombe et celle de la Mongala ont respectivement 18,4 et 16,7%. En ce qui concerne le niveau d'instruction, 42,6% d'enfants des mères qui n'ont pas étudié ont été vaccinés contre 65,3% dans la catégorie des mères qui ont fait des études supérieures. En ce qui concerne le revenu des ménages, on note pour le Pentavalent 3 que les enfants issus des milieux les plus riches ont deux fois plus de chance d'être vaccinés que ceux issus des milieux les plus pauvres. En effet, la couverture du Pentavalent est de 72,3% dans le quantile le plus riche contre 32,7% dans le quantile le plus pauvre. Parmi les enfants non vaccinés, on trouve seulement 7,7% chez les enfants du quantile le plus riche contre 27,9% parmi les enfants du quantile le plus pauvre. La moitié des enfants de la province de Maindombe (50,1%) n'ont reçu aucun vaccin.

Il faudra cependant noter selon le même rapport qu'il n'existe pas d'importantes disparités entre sexes. La couverture vaccinale des filles est de 46,2% contre 49,1% pour les garçons. La baisse généralisée des couvertures vaccinales est une préoccupation majeure. Elle explique largement les multiples flambées des épidémies comme celle de la rougeole qui a fait environ 6000 morts depuis 2 ans.

○ *Couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticides*

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

¹¹ EDS 2013-2014

¹² MICS 2017-2018

○ *Couvertures des soins curatifs chez l'enfant*

La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre et qui ont reçu un antipaludéen (quel que soit la molécule) a légèrement baissé passant de 39 à 29,2% entre 2010 (MICS 2010) et 2018 (MICS 2017-2018). Il est le plus élevé dans la Ville-Province de Kinshasa (44%) et le plus faible dans la province du Sud-Kivu (7,3%). Seuls 27,4% d'enfants issus des milieux les plus pauvres ont reçu un traitement antipaludéen le jour de l'apparition de la fièvre ou le jour d'après contre 41,1% d'enfants parmi ceux issus des milieux les plus riches. Le traitement antipaludéen a été administré à 58,7% dans les formations sanitaires du secteur privé contre 38,5% dans le secteur public. Cette préférence du secteur privé pour le traitement contre le paludisme pourrait expliquer que la ville-province de Kinshasa (où les formations sanitaires de première ligne appartiennent en grande partie au secteur privé), ait un taux de traitement antipaludique meilleur que celui des autres provinces. Les agents de santé communautaires (ASC) ont offert le traitement contre le paludisme à 3,4% d'enfants qui ont souffert de la fièvre¹⁴.

La proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont eu une infection respiratoire aiguë et qui ont reçu un traitement antibiotique a également baissé passant de 42 à 39,3% entre 2010 (MICS 2010) et 2018 (MICS 2017-2018). La disparité liée aux milieux de résidence se creuse encore un peu plus. Elle était de 7,6% (44,4 contre 38,8%) en 2013 contre 21% (52,1 contre 31,1%) en 2018. Tous les enfants de moins de 5 ans de la province du Haut-Uele (100%) qui ont souffert d'IRA ont reçu un traitement antibiotique contre 12,1% dans la province de la Tshuapa. La province des Bas-Uele est suivie par celle des Bas-Uele (83%). Seuls 35,2% des enfants des milieux les plus pauvres qui ont souffert d'IRA ont été mis sous antibiotique contre 55% parmi les enfants issus des milieux les plus riches¹⁵.

○ *Prévalence des méthodes contraceptives modernes*

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

○ *Couvertures des soins prénataux*

En 2018, la proportion des femmes qui ont bénéficié de la CPN I elle a été estimée à 85%¹⁶¹⁷, contre 87% en 2010 (MICS 2010) soit une baisse de 2%. La couverture en CPN 4 a été estimée à 43% en 2018. Elle présente des disparités importantes liées la situation économique du ménage, le niveau d'instruction de la femme et à la province. Les proportions des femmes qui ont bénéficié des CPN I et 4 sont respectivement de 69 et 31% parmi les femmes qui appartiennent au quantile le plus pauvre et de 95 et 63% parmi les femmes qui appartiennent au quantile le plus riche. Elles sont respectivement. Elles sont respectivement de 73 et 35% parmi les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction contre 89 et 51% parmi les femmes qui ont fait au moins les études secondaires. En ce qui concerne les provinces, on note que la proportion des femmes enceintes qui ont bénéficié d'une CPN 4 est de 65% à Kinshasa, 28,1% dans la province du Lualaba, 24,3% dans le Kwilu, 23,3% dans le Maniema, 22% dans la province de l'Equateur et 14,4% dans le Tanganyika¹⁸.

¹⁴ MICS 2017-2018

¹⁵ MICS 2017-2018

¹⁶ MICS 2017-2018

¹⁸ MICS 2017-2018

- *Accouchements assistés par un personnel qualifié*

La proportion des femmes qui accouchent dans les formations sanitaires est élevée en RDC comparée à celles des pays de la sous-région et même du continent africain. En effet, la proportion des femmes qui ont accouché dans les formations sanitaires est passée de 75% en 2010 (MICS 2010) à 74% en 2018¹⁹. Celle des femmes qui ont été assistées par un personnel de santé qualifié est passée de 74% en 2010 à 85% en 2018 selon les mêmes sources. La mortalité maternelle affiche certes une tendance à la baisse, passant de 1289 pour 100 000 naissances vers les années 1990 à 730 en 2013-2014²⁰, mais elle reste toujours parmi les plus élevée du continent, ce qui contraste avec certains résultats tels que la couverture en CPN et la couverture en accouchements assistés. Ce paradoxe trouve probablement son explication dans la qualité soins prénataux et celle des accouchements comme on sait le voir dans la sous-section relative à la disponibilité et la qualité des soins. En effet, La couverture effective (qualité) de l'accouchement reste très faible, soit 9% (MAA 2016) ; Ce, malgré des taux élevés de la couverture en accouchement assisté par un personnel. (E-QUIBB 2016).

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

La RDC compte environ 450 682 personnes vivant avec le VIH (Spectrum 2019, version 5.755). Jusqu'en fin juin 2019, près de 298 143 (66%) des personnes vivantes avec le VIH connaissent leurs statuts sérologiques ; on note 282 128 PVV (62,6%) sont sous ARV gratuitement, parmi lesquels 18 986 enfants. L'accès à la charge virale reste très faible (moins de 30%). Le nombre des décès dus au sida chez les adultes est passé de 62 961 à 18 431 entre 2010 et 2018²¹. Le taux de succès thérapeutiques du traitement de la tuberculose était de 90% pour l'ensemble des tuberculeux et 70% pour les malades co-infectés (VIH/TB)²².

- **Capacités des services et accès**

- *Accès hospitalier*

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

- *Densité du personnel de santé*

Les données disponibles dans le domaine des ressources humaines pour la santé ne sont pas suffisantes pour calculer la densité du personnel. Il semble même que pour certaines catégories de personnel, il y a plus des RHS dans le secteur privé (malheureusement non enregistré) que dans le secteur public. En effet, l'enquête réalisée par Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO²³) a enregistré 18.509 médecins généralistes hors secteur public (60%) contre

¹⁹ MICS 2017-2018

²⁰ EDS 2013-2014

²¹ Rapport annuel 2019 du Programme de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS)

²² Rapport annuel du Programme de Lutte contre le Tuberculose (PNT)

²³ Rapport de l'enquête régionale sur les RHS, OMS/AFRO. Mai 2019

12.259 médecins généralistes dans le public ; 12% des infirmiers (tous types confondus) se situaient hors secteur public, 12.179 sur un total de 103.785, et 59% des sage-femmes tous types se situaient hors secteur public (effectif total de 3.642). Le secteur privé représente une force à capitaliser pour améliorer l'accès des populations aux soins.

- *Accès aux médicaments essentiels*

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

- *Sécurité sanitaire*

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

Ceci est démontré par la faible score (niveau plus bas 1/5) rapportés par le pays dans leur rapport de 2018 sur l'évaluation externe du RSI 2005 pour la capacité C9²⁴ « Prestation des Soins ». Le pays est également confronté à des épidémies de la maladie à virus Ebola (MVE) à l'est, de rougeole dans les 26 provinces et de choléra dans 21 provinces, toutes avec des taux de létalité alarmants (67% pour Ebola, 2% pour la rougeole et 1.8% pour le choléra à la semaine 41 de cette année), ce qui montre l'insuffisante capacité de gestion des malades dans les structures de santé. Les ressources disponibles sont insuffisantes aussi pour assurer les investigations rapides en cas de suspicion d'épidémie. Les grandes épidémies affaiblissent les services de santé ; les RH formées qui opéraient dans les autres programmes sont toutes impliqués dans la riposte à l'épidémie de la MVE, laissant les autres programmes de lutte contre les maladies sans ressources de qualité. Il n'y a pas de plan d'urgence pour les hôpitaux et les capacités font défaut pour la gestion des accidents de masse.

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

Les estimations faites par l’OMS et la Banque Mondiale montrent que l’indice de couverture des services essentiels de santé de la RDC est passé de 41% à 41,5% entre 2017²⁵ et 2019²⁶. Cet indice est légèrement inférieur à la moyenne africaine qui est de 46%. Les données qui précèdent montrent que les couvertures des services de santé essentiels sont non seulement faibles, mais aussi elles affichent pour plusieurs d’entre elles une tendance à la baisse. Des efforts importants sont nécessaires pour éviter une inversion de la tendance de cet indice.

1.2.2. Protection des usagers contre le risque financier

L’indicateur internationalement reconnu pour mesurer la protection contre le risque financier est la part des ménages subissant des dépenses catastrophiques de santé au cours de l’année passée (3.8.2. des Objectifs de Développement Durable). La notion de dépense catastrophique est définie par le fait que le ménage dépense plus de 10% de ses dépenses totales annuelles pour la santé. En 2012 (dernières données disponibles), 4,8% des ménages encouraient des dépenses catastrophiques de santé en RDC (Enquête des ménages 1, 2, 3).

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

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

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

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

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

²⁶ Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, 2019 Global Monitoring Report

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

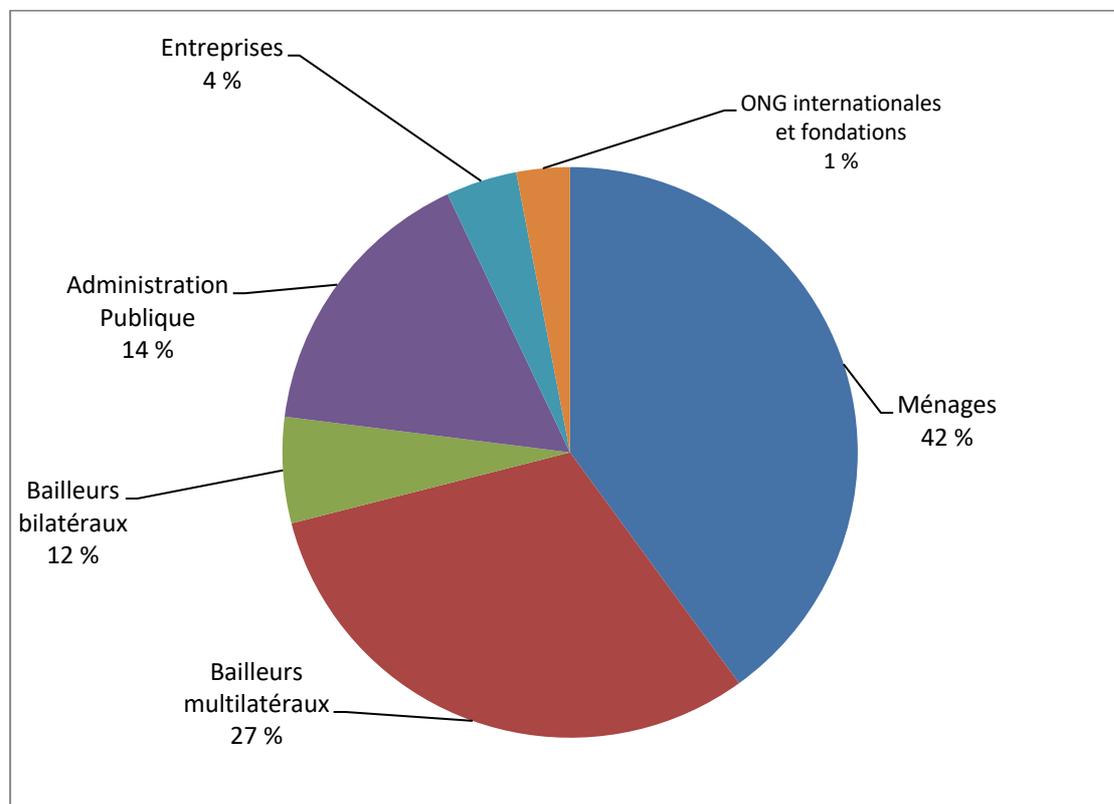


Figure 4 : Sources de financement de la santé (2016).

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

○ ***Le financement public national***

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

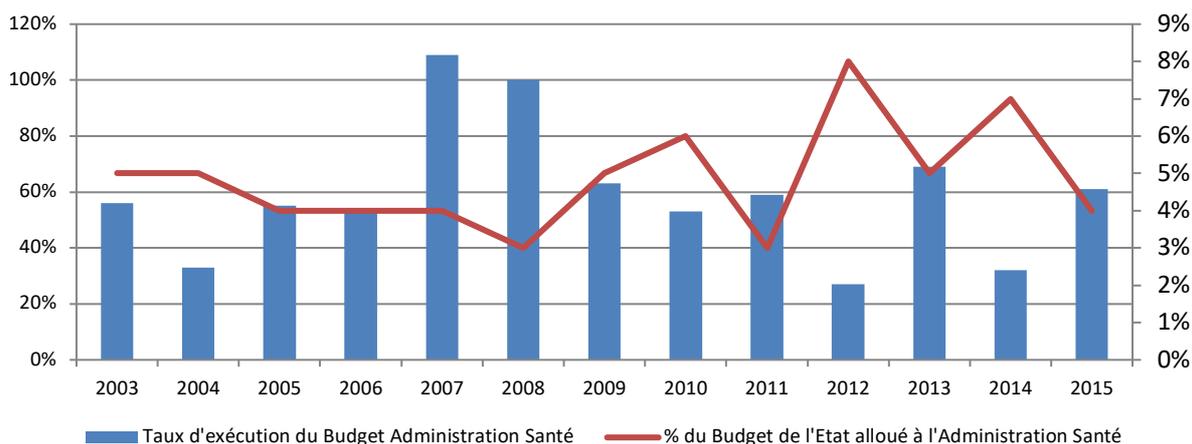


Figure 5 : Budget de la santé en RDC de 2003 à 2015

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

○ *Le financement sur ressources extérieures*

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

○ *Le financement des ménages*

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

○ *Le financement des entreprises et autres institutions caritatives*

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

○ *Mise en commun des ressources*

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

central ou provincial, pourrait permettre d'accroître durablement la couverture et la protection²⁷.

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

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

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

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

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

1.2.3. Déterminants de la santé

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

²⁷ Banque mondiale, *Stratégie de financement : Analyses et Recommandations*, 2015, p. 63.

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

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

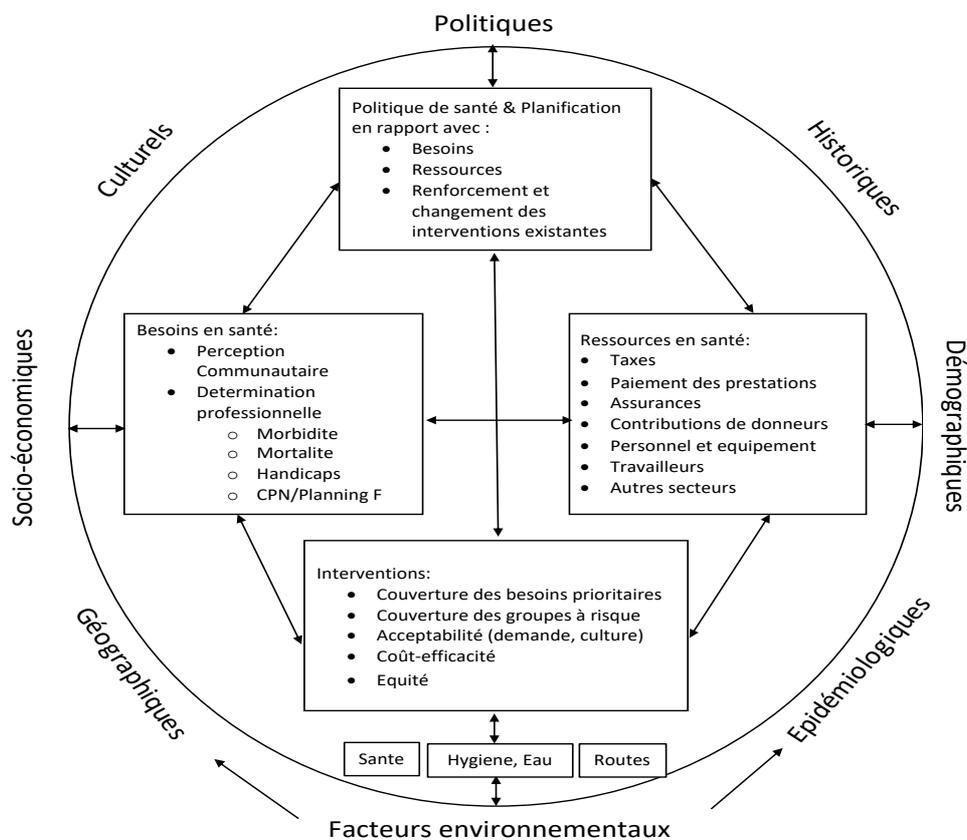


Figure 6: Les différents facteurs qui influencent la santé

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

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

assainissement amélioré (UNICEF / OMS, 2015). Ces taux sont nettement inférieurs à la moyenne subsaharienne.

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

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

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

CHAPITRE II : JUSTIFICATION

2.1. Contexte mondial, continental et national

2.1.1. Sur le plan mondial

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

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

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

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

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

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

2.1.2. Sur le plan régional et sous régional

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

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

« 1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. 2. Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les

mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie »²⁸.

- La Déclaration d'Abuja du 27 Avril 2001 sur les engagements pris par les gouvernements africains à Abuja de consacrer 15 % des budgets nationaux à la santé ;
- La Déclaration de Ouagadougou de 2008 en appelait au renforcement des systèmes de santé en utilisant l'approche des soins de santé primaires ;
- La Déclaration de validation du système de santé de district à l'issue de la Conférence de Dakar en 2013 (Sénégal).²⁹
- En 2017, les ministres de la santé de la Région Africaine de l'OMS, réunis au 67^{ème} Comité Régional organisé à Victoria FALL (Zibambwe), ont adopté le Cadre d'Actions pour le renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la CSU et des autres ODD. Ce Cadre d'Actions est un modèle conceptuel qui permet aux pays de la Région, engagés dans la mise en œuvre de la CSU, d'identifier les goulots d'étranglement, d'une part, et d'identifier les actions, les réformes et les investissements à inscrire dans une Feuille de route en vue d'accélérer les progrès vers la CSU, d'autre part.

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

2.1.3. Sur le plan National

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

- 1) La RDC a eu à ratifier 37 conventions (Conventions fondamentales : 8 sur 8, Convention de gouvernance : 2 sur 4, Conventions techniques : 27 sur 177) en tant que membre de l'OIT sur la protection sociale.
- 2) La constitution de la République démocratique du Congo telle que modifiée par la Loi n° 11/002 du 20 janvier 2011 portant révision de certains articles de la Constitution de la République démocratique du Congo du 18 février 2006, consacre le caractère fondamental de la santé à son article 47, qui dispose « Le droit à la santé et à la sécurité alimentaire est garanti. La loi fixe les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique et de la sécurité alimentaire»³⁰ ;
- 3) La loi N°18/035 du 13 décembre 2018, fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé Publique en RDC, dont l'article 41 dispose « Il est institué en République Démocratique du Congo un système de couverture sanitaire universelle fondé

²⁸ Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, P4

²⁹ Community of Practice Health Service Delivery (2014). Renewing health districts for advancing universal health coverage in Africa. Report of the regional conference "Health districts in Africa: progress and perspectives 25 years after the Harare Declaration" 21–23 October 2013, Dakar, Senegal. Disponible à l'adresse <https://www.health4africa.net/wpcontent/uploads/Dakar-Conference-Final-Report.pdf> (consulté le 23 Août 2019)

³⁰ Constitution de la RDC, <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cd/cd001fr.pdf>

sur les principes d'équité, d'assurance qualité des soins et de protection financière pour tous » ;

- 4) La loi organique n° 17/002 du 08 Février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité ;
- 5) La loi N°16/009 du 16 juillet 2016 fixant les règles relatives au régime général de sécurité sociale ;
- 6) Le Décret N° 15/031 du 14 décembre 2015, portant création, organisation et fonctionnement d'un Etablissement public dénommé caisse nationale de sécurité sociale des agents publics (CNSSAP) ; avec des succursales en provinces.
- 7) Le Décret n° 05/176 du 24 novembre 2005 portant création du Programme National d'Appui à la Protection Sociale, en sigle « P.N.P.S. » ;

Il faut également pour la RDC, mentionner les instruments organiques ci-après qui évoquent la CSU :

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

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

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

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



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

« Ma vision se décline autour des quatre axes stratégiques qui sont : la bonne gouvernance, l'homme, la croissance économique, et la société solidaire ». Ces quatre axes stratégiques constituent le socle sur lequel je vais asseoir mes priorités regroupées dans 20 piliers, notamment la mise en place de la couverture santé universelle»³¹ (9ème Pilier).

« Environ 50 millions de congolais représentant 60% de la population n'ont pas accès au système de santé. La vaillance et la bravoure de notre personnel du secteur mérite le renforcement des moyens humains et matériels adéquats».

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

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

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

³¹ S.E. Félix-Antoine TSHISEKEDI TSHILOMBO, Allocution à l'occasion du Séminaire des Gouverneurs de provinces, Kinshasa, le 22 août 2019

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

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

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

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

La CSU bénéficiera largement des avantages de la mise en œuvre du Plan National du Numérique. Au premier plan, nous citerons la mise en place d'un dossier médical numérisé qui sera accessible dans tous les hôpitaux interconnectés du pays. La gouvernance du secteur sensible du médicament sera améliorée et réduira drastiquement la présence des faux médicaments sur le marché. Il en sera de même de la lutte contre les violences basées sur le genre à travers le pays. Des dossiers médicaux standardisés, numérisés et protégés seront accessibles par des instances juridictionnelles pour remettre la femme abusée dans ses droits. Une localisation géo-référencée des zones de vulnérabilité à travers le territoire national permettra d'orienter efficacement des programmes d'intervention en faveur des populations vulnérables.

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

CHAPITRE III : VISION, BUT, OBJECTIFS ET ORIENTATIONS STRATEGIQUES

3.1. Vision

« Conscient que la santé est un des droits fondamentaux des congolais, j'en ai fait l'un des principaux piliers de mon action à la tête de l'Etat. Ma vision est que tout congolais ait accès à tous les soins et services de santé de base dont il a besoin, sans encourir une ruine financière ou économique. C'est dans ce contexte que j'ai nommé un Conseiller Spécial en charge de la Couverture Maladie Universelle, et l'ai chargé explicitement de proposer la marche à suivre pour la matérialisation de cette vision.

« Dans cette marche vers la couverture sanitaire universelle en RDC, j'ai instruit les services concernés d'avoir un intérêt particulier sur les services et les soins de santé au bénéfice du couple mère-enfant ». ³²

3.2. But

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

3.3. Objectifs

3.3.1. Objectifs généraux:

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

3.3.2. Objectifs Spécifiques :

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

3.3.3. Résultats attendus:

D'ici 2030:

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

³² Président Félix Antoine Tshilombo Tshisekedi, Allocution lors du Forum International sur la vaccination en RDC

3.3.4. Principes directeurs

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

a) Respect des droits humains et du genre

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

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

b) Accès sans frais aux prestations de santé pour les indigents et les vulnérables

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

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

c) Progressivité de la mise en œuvre du système

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

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

d) Décentralisation de la gestion de la réponse

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

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

e) Coordination des interventions, partenariat et multisectorialité des interventions

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

Cela implique un cadre de concertation multisectoriel entre les partenaires pour notamment échange d'informations, définition des normes, des directives et des principes à suivre dans la mise en œuvre des interventions ainsi que les rôles, attributions et compétences à remplir à chaque niveau d'intervention ou d'action et un cadre unique de suivi-évaluation de l'ensemble du processus.

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

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

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

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

f) Participation communautaire

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

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

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

g) Convergence et synergie des interventions

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

Au-delà des intervenants, les différents secteurs doivent travailler ensemble de manière harmonieuse pour réaliser la globalité, la continuité et la cohésion d'ensemble de la démarche de mise en œuvre des activités et interventions dans le processus. Ce qui suppose, d'une part, que des plans sectoriels et décentralisés doivent découler d'un plan national d'ensemble, et, d'autre part, qu'un suivi et une évaluation du processus doivent être réguliers ou continus pour des réajustements rapides et en temps requis pour le maintien de la synergie et de la convergence des interventions.

h) Complémentarité des parties prenantes au processus et au système

Les interventions des différentes parties prenantes de divers secteurs doivent être complémentaires. Pour ce faire, les intervenants doivent tenir compte des liens qui doivent exister entre leurs interventions pour la poursuite efficace et effective du processus de la CSU. Ainsi, par exemple, dans le processus de la mise en œuvre de la CSU, il faudra veiller que interventions des parties prenantes dans la couverture maladie scolaire peuvent être complétées par celles de la Couverture maladie dont la famille est déjà bénéficiaire mais jamais ces interventions ne doivent créer un chevauchement. La complémentarité des interventions est un input pour l'efficacité du processus et du système de la CSU auquel le processus doit aboutir.

i) Gestion du système basée sur l'évidence

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

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

j) Séparation des fonctions

L'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre de ce plan dépendent largement de la séparation de fonctions. L'exercice de certaines fonctions est incompatible avec l'exercice d'autres. En l'occurrence, l'exercice de la fonction de prestataire est incompatible avec l'exercice de la fonction payeur ou d'acheteur de prestations. De même, l'exercice de la fonction de collecteur de fonds est incompatible avec celle de gestionnaire de ces fonds.

k) Redevabilité

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

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

3.4. Orientations stratégiques

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

- 1) Amélioration des prestations des services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé ;
- 2) Elaboration et mise en œuvre d'une réponse multisectorielle, intégrée et inclusive aux maladies chroniques non transmissibles
- 3) Extension de la protection financière pour tous ;
- 4) Renforcement de l'approche de la « Santé dans toutes les politiques » pour réduire la charge de morbidité et assurer la viabilité du dispositif de la couverture universelle en sante
- 5) Gouvernance et gestion du système national de CSU
- 6) Mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la CSU

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

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

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

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

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

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

Il s'agit notamment des interventions prioritaires suivantes :

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

Les normes d'organisation, de fonctionnement et des ressources de la Zone de santé (ZS) ont été adoptées en 2006 et ont fait l'objet de plusieurs actualisations. Elles étaient basées sur le modèle de la ZS rurale. Elles doivent être actualisées au regard de l'évolution croissante de la population urbaine qui nécessite des normes particulières et de la médicalisation évidente de centres de santé tant en milieu rural qu'urbain. Elles doivent aussi tenir en compte la contribution du secteur privé dans les offres de soins de santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Compte tenu de l'environnement actuel du pays avec un système de santé éprouvé par les maladies transmissibles avec des épidémies récurrentes, La RDC doit se doter d'un plan de réponse plus intégré et tenant compte des réalités locales en vue de mieux répondre à son engagement de lutte contre les MNT, tout en l'incorporant dans une politique globale de couverture santé universelle (CSU). Ce plan sera une boussole pour orienter tous les acteurs à divers niveaux, c'est-à-dire :

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

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

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

- Instaurer un mécanisme de suivi-évaluation des actions de lutte contre les MNT
- Surveiller l'évolution des MNT ainsi que les facteurs de risque associés
- Promouvoir et appuyer la recherche de qualité pour la lutte contre les MNT et l'évolution des facteurs de risque associés

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

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

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

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

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

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

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

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

L'offre des services et des soins de santé de qualité sur l'étendue du territoire national auxquels les populations peuvent accéder est une exigence fondamentale de la CSU, quelque soit le fournisseur de ces services – le secteur publique ou privé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il serait utile d'élaborer un plan national d'amélioration de la PCI, car les indicateurs de la PCI sont considérés comme des indicateurs fiables de la qualité des soins offerts dans les établissements de soins de courte durée. Les mesures seront prises pour que le personnel de santé soit formé en PCI, que les intrants soient disponibles et que la PCI soit appliquée tant au niveau de Formations sanitaires et qu'au niveau de la communauté. Les évaluations périodiques devront être menées pour apprécier le niveau de la PCI et y proposer des actions correctrices.

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

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

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

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

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

La CSU sera atteinte seulement quand les systèmes en place peuvent assurer la continuité des offres de soins de santé à toute la population même en situations de catastrophe/ d'urgence, ainsi que la capacité de prévenir, détecter et riposter aux épidémies et autres événements de santé publique. En même temps, des prestations de soins de qualité et la confiance de la population envers les établissements de soins sont une condition préalable pour un système de surveillance qui fonctionne. Pour ce sous axe, les interventions prioritaires suivantes seront menées :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sous axes :

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

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

L'économie de la RDC repose largement sur le secteur informel et en particulier sur le monde rural où habite 70 % de la population. La très grande majorité de la population exerce dans l'informel et dans le secteur agricole. Le congolais vit avec moins de 1 USD par jour par individu. La pauvreté est donc généralisée au sein de cette majorité qui ne bénéficie d'aucune protection sociale en général et d'aucune couverture santé en particulier. La très grande majorité de la population congolaise finance ses soins par des paiements directs.

A titre d'exemple, les paiements directs des usagers de soins palustres graves de l'enfant atteignent 30 % de leurs revenus annuels pour la moitié des ménages usagers des soins, selon certaines études. Une infime partie de la population au sein de cette majorité est couverte par des mutuelles de santé gérant une assurance maladie volontaire assortie des Copaiements pouvant atteindre 70 % de la facture des soins consommés.

▪ Intervention 1 : identification des personnes indigentes

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

Pour ce faire, il s'agira de capitaliser les plateformes et instruments existants, notamment le registre social unifié. D'autres approches sont actuellement pilotées, notamment celle de l'agence d'achat de Performance du Sud-Kivu. Cette dernière utilise onze dimensions de la

pauvreté (e.g., revenu, conditions d'habitation, sécurité alimentaire, état de santé, possessions de biens et moyens de productions etc...) sur la base de laquelle 10% des populations totales ont été identifiées comme indigents et ont reçu des soins de santé (Dr Mudekereza Aristote, Dr Munane S. et Byamungu J. 2019)

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

Cette affiliation et le financement intégral de la prise en charge sanitaire des indigents sur ressources domestiques requièrent la mise en œuvre des réformes en finances publiques le plus rapidement possible. Ces réformes et l'amélioration de la gouvernance permettront de résoudre les problèmes de goulots d'étranglement d'exécution budgétaire et rendre disponibles plus de ressources financières déjà existantes, mais non utilisées.

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

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

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

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

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

Les études montrent que le risque d'emprunter ou de vendre un bien pour soigner un cas de maladie endémique, notamment un cas de paludisme grave de l'enfant, est plus élevé chez une personne travaillant dans le secteur informel que pour celui qui exerce dans le formel. En revanche, ces études révèlent que tous sont poussés à emprunter ou à vendre des biens ou recourir à une aide hors du ménage pour payer des soins paludiques graves de l'enfant.

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

L'avancée vers l'assurance maladie universelle, condition de la protection de la quasi-totalité des populations contre le risque financier lié à la maladie se fera donc par une obligation d'adhésion pour les populations non soumises à des dispositions réglementaires les y contraignant, une obligation de dépense qu'il s'agira de rendre intelligemment effective. Ces populations évoluent dans le secteur informel, pas loin de représenter 90% de la population en RDC. Elles constituent la cible prioritaire des stratégies à mettre en place pour l'extension de l'assurance maladie. Les associations et regroupements socioprofessionnels, peuvent constituer une voie de couverture quasi-automatique.

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

L'adhésion obligatoire à un dispositif d'assurance maladie, couverture de base, se fera de façon intelligente. Elle passera par l'institutionnalisation d'une obligation attachée ou couplée à des bénéfices (obtention de permis, registre de commerce, soumission aux marchés publics, accès aux micro-crédits, distribution de semences etc.) pour des segments de la population entretenant des relations avec l'Administration Publique. Elle favorisera un assouplissement des modalités d'adhésion, une amélioration du ciblage, un renforcement de l'équité et une amélioration de la protection financière des ménages. Par tache d'huile l'enrôlement se fera progressivement, en adéquation avec l'Article 76³³ de la loi précitée.

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

Pour soutenir l'adhésion des populations aux mutuelles de santé une subvention différenciée des cotisations sera mise en place par le gouvernement³⁴. Dans certains pays la subvention au tout venant est de 50% et 100% pour les indigents à affilier aux mutuelles de santé. La RDC adoptera son propre schéma en fonction de ses réalités et de ses possibilités.

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

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

³³ Article 76 : La mutuelle de sante peut organiser, en son sein, divers types de mutuelle suivant les centres d'intérêt des populations cibles, notamment des mutuelles d'entreprises, des mutuelles professionnelles ou corporatives, des mutuelles scolaires et étudiantes, des mutuelles de quartier ou de village, du secteur informel.

³⁴ La subvention proviendrait du fonds de solidarité santé destiné à financer la couverture sanitaire universelle.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A cet effet, la couverture et l'accès aux services de santé d'eau potable, d'électricité, d'assainissement de milieu ainsi que de promotion d'un environnement propice à la santé, seront étendus à l'ensemble des communautés à l'échelle nationale. Des conditions dans les transports terrestre, maritime et aériens seront améliorées et de mesures de protection appropriées seront renforcées pour sécuriser les usagers dans les transports. L'agriculture, la pêche et, l'élevage ainsi que la seront développés pour combattre la faim et des actions de promotion d'une alimentation saine, seront renforcées pour assurer une sécurité alimentaire pour tous et pour combattre la malnutrition au sein des communautés de base. Et enfin, des réponses appropriées face aux situations d'urgences et catastrophes seront développées pour réduire l'impact négatif sur la santé des populations victimes, mitiger les risques sanitaires et développer la résilience.

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

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

▪ Intervention 1 : rendre disponible l'eau potable toutes les formations sanitaires du pays

Cette intervention fera en sorte que l'eau potable soit disponible dans les formations sanitaires existantes, mais aussi dans toutes les formations sanitaires qui seront constituées quelque soit la province où le lieu où elles seront construites. L'approvisionnement en eau potable des formations sanitaires devra être incluse dans les normes d'implantation des structures de santé.

▪ Intervention 2 : Approvisionnement en eau potable les communautés qui vivent en milieu en milieu urbain et rural .

Cette intervention va permettre de mener des actions pour que chaque ville et chaque agglomération du pays, aient un système de desserte en eau potable fonctionnel en permanence, qui satisfait aux besoins des habitants. En milieu rural il s'agira de la construction d'adduction gravitaire ruraux et des forages d'eau souterraine de gestion communautaire, seront renforcées au sein des communautés isolés sur l'ensemble du territoire national. rurales et périurbaines.. Cette intervention se fera de façon progressive. Elle sera mise en œuvre de sorte que les premiers points d'adduction en eau potable puissent être implantés en priorité dans les parties du territoire national dans lesquelles les maladies dues à l'insuffisance en approvisionnement en eau potable sont endémiques telles que le choléra ont tendance à être endémiques

▪ ***Intervention 3 : amélioration de la gouvernance et de la gestion de la gestion des ouvrages***

A travers cette intervention, il sera développé des actions pour renforcer l'application des loi et réglementations nationale et internationale sur l'eau ; des actions d'amélioration des capacités et des compétences en gestion des ouvrages aménagés et des réseaux de distribution d'eau à tous les niveaux, gage de durabilité.

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

L' environnement insalubre est souvent source de propagation des maladies qui mettent en danger la santé des personnes au sein des communautés. Pour réduire les risques des maladies liées à un environnement insalubre et malsain, le pays doit mettre en œuvre promouvoir des politiques qui vise la promotion d'un environnement favorable à la santé par des interventions de lutte contre l'insalubrité et de conservation de la nature.

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

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

▪ ***Intervention 2 : développer des systèmes publics et privés de collecte et de traitement des déchets solides et liquides***

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

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

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

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

Les accidents de circulations sont en passe de devenir la cause principale cause des décès hospitalier dans la ville de Kinshasa (statistiques et référence). Des transports améliorés associés aux bonnes voies de communication régulièrement entretenues en bon état entretenues, facilitent la circulation des personnes et des biens et réduisent la survenue des accidents mortels ou générateurs des des morbidités invalidantes et de longue durée. Ils facilitent aussi l'accès aux services de santé et améliorent la fluidité des systèmes d'approvisionnement et la logique pour le fonctionnement des structures de santé et d'autres secteurs de vie.

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

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

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

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

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

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

Il s'agit de développer et mettre en oeuvre par : (i) la promotion des programmes d'investissements publics et privés pour accroître la production agricole, de la pêche et pastorale (ii) assurer un encadrement des populations de milieux ruraux dans les techniques de diversification et de rentabilisation de l'agriculture, de pêche et d'élevage ; promouvoir la consommation des aliments de qualité et promouvoir des pratiques alimentaires saines.

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

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

5) Sous -axe 3.5 : Promouvoir la littératie en santé

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

potentiel et de participer pleinement à la vie de leur communauté et de la société tout entière.
risques environnementaux

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

- . une augmentation de la morbidité et de la mortalité prématurée ;
- . une prévalence plus élevée des facteurs de risque ;
- . une autogestion moins efficace des maladies chroniques ;
- . une participation plus faible au dépistage et vaccination ;
- . une durée de soins plus longue et une utilisation inadéquate des médicaments ;
- . des coûts plus élevés pour le système de santé.

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

En ayant une idée positive de la santé en raison d'un niveau de littératie meilleur, la population participe également davantage à la lutte contre les facteurs de risque s'engageant dans des programmes de prévention²⁰

Interventions

Pour obtenir une meilleure littératie en santé les interventions auront trait à l'éducation à la santé, les médias, les autorités locales, les mutualités, les entreprises.

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

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

1) Sous-axe 4.1 : Mise en place/renforcement des mécanismes de coordination de la CSU à tous les niveaux

La coordination de différentes parties prenantes qui interviennent dans la CSU se fera par les comités de pilotage mis en place aux différents niveaux de l'appareil de l'Etat. Les instances de coordinations multisectorielles et sectorielles existantes dont la contribution est attendue dans l'instauration de la CSU seront identifiées, évaluées et renforcées. Les secteurs qui ne disposent pas d'instance de coordination les mettront en place.

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

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

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

Il s'agira ici, à partir du système d'information sanitaire existant, de mettre en place un système d'information pour la CSU qui inclura tous les secteurs impliqués dans l'instauration de celle-ci.

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

Les systèmes d'information sectoriels existants seront évalués et les plans de renforcement et d'amélioration de la qualité des données seront élaborés et mis en œuvre à tous les niveaux. .

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

Cette action va consister à élaborer et mettre en œuvre un plan de transformation du système d'information actuelle basée sur des supports « papiers » à un système digitalisé pour faciliter la collecte, l'analyse, la diffusion l'information ainsi que la prise de décision en temps réel.

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

Des mécanismes de redevabilité seront mis en place à tous les niveaux. Il d'amener les acteurs à tous les niveaux à rendre compte des résultats, mais aussi de l'utilisation des ressources mises à leur disposition. Le Conseil des Ministres au niveau national sera l'espace dans lequel les ministres sectoriels impliqués dans la CSU rendront compte régulièrement au Premier Ministre

des résultats enregistrés dans la mise en œuvre des actions inscrites dans leurs feuilles de route respectives. Le Premier Ministre disposera pour ce faire d'un tableau de bord extrait de la feuille de route nationale pour suivre les actions sectorielles et transversales relatives à la CSU. Les mécanismes constitutionnels de suivi de l'action gouvernementale par le Parlement seront activés pour permettre au gouvernement de rendre compte de son action relative à la CSU. La conférence des gouverneurs sera mise à profit pour instaurer la redevabilité des gouvernements provinciaux envers le Chef de l'Etat. Cette redevabilité se fera sur base des feuilles de route provinciale. Au niveau provincial, les ministres ayant en charge les domaines d'interventions de la CSU rendront compte de leurs actions aux gouverneurs au cours des conseils des ministres à ce niveau, (v) les revues annuelles deviendront des plateformes de redevabilité et de responsabilité au niveau de chaque secteur. .

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

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

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

La décentralisation politique et administrative est une réforme transversale qui a un impact sur l'instauration de la CSU dans ce sens qu'elle devra permettre aux provinces et aux ETD de disposer des compétences et des ressources nécessaires à la réalisation de leurs compétences constitutionnelles dont le développement des SSP. Le processus actuel de la décentralisation sera évalué et un plan d'accélération de la réforme élaboré et mis en œuvre.

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

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

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

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

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

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

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

La recherche opérationnelle et l'innovation seront encouragées pour promouvoir des approches les plus adaptées au développement de l'offre des services de santé de qualité et au déploiement de l'assurance maladie sur toute l'étendue de la République.

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

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

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

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

- 1) **Allocation budgétaire** - en mettant l'accent sur les dépenses intérieures de santé, ces dépenses pourraient passer de 180 millions USD en 2019 à 280 millions USD en 2022 (le scénario du statu quo serait de 225 millions USD en 2022). Par la suite, si le secteur de la santé réussit à plaider en faveur d'une plus grande part du budget national, les dépenses intérieures totales consacrées à la santé pourraient être multipliées par trois d'ici 2030 par rapport à la projection du scénario de statu quo pour 2030.
- 2) **Taxes spécifiques** - Sept taxes spécifiques différentes ont été analysées. La moyenne des taxes spécifiques permettrait de réduire le déficit de financement de la santé de 5%, soit 80 millions USD par an. Il est clair que les trois meilleures options en termes de score et d'échelle des revenus potentiels seraient de taxer les industries extractives pour la santé, d'imposer des taxes sur le tabac et les alcools ou de prélever une taxe sur les compagnies aériennes.
- 3) **Efficacité** - Les ressources nécessaires à la santé pourraient être moindres si le même montant était dépensé plus efficacement. Notre analyse a montré qu'il était possible de réduire les besoins en ressources de santé de 500 millions USD par an sur l'ensemble de la période, réduisant ainsi le déficit de financement de plus de 40% d'ici 2030. Ces gains d'efficacité augmenteraient avec le temps plutôt que d'être également répartis; à partir de 60 millions en 2020 et à 1 milliard USD en 2030.

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

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

▪ Intervention 2 : Accroître les ressources budgétaires en faveur de la santé

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

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

La troisième intervention consistera à prendre des mesures pour mettre en place des financements innovants dédiés à la santé au niveau national, provincial et local. Au niveau national, ces financements serviront entre autre à alimenter la caisse d'assurance maladie en faveur des indigents et autres vulnérables. Au niveau provincial et local (Entités Territoriales Décentralisées), ces ressources seront utilisées pour financer la revitalisation des soins de santé primaire (extension de la couverture sanitaire, etc.)

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

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

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

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

CHAPITRE IV : ARRANGEMENTS INSTITUTIONNELS DE LA CSU

4.1. Organes de pilotage de la CSU en RDC

4.1.1. Au niveau national

Le Comité National Multisectoriel de Pilotage de la Couverture Sanitaire Universelle (CNMP-CSU) est l'organe suprême de pilotage de la CSU. Ce Comité, Présidé par le Premier Ministre, compte également comme :

- 1^{er} Vice-président : Ministre de l'Emploi, Travail, et Prévoyance Sociale
- 2^{ème} Vice-président : Ministre de la Santé Publique
- Secrétaire-Rapporteur : Conseiller Spécial du Chef de l'Etat en charge de la Couverture Maladie Universelle
- Membres :
 - o Ministre en charge des portefeuilles ci-après :
 - Intérieur
 - Défense
 - Finances
 - Budget
 - Décentralisation et Réformes institutionnel
 - Affaires sociales

Le CNM-CSU a pour mission de (i) définir les grandes orientations relatives à la couverture universelle en santé en RDC, (ii) mobiliser les ressources en faveur de la CSU, (iii) assurer l'équité dans la mise à disposition des ressources entre provinces, et (iv) assurer la coordination stratégique de tous les acteurs impliqués dans l'instauration de la CSU.

Le CNMP-CSU développera son règlement intérieur et s'y conformera. Il se réunira une fois par semestre ou en session extraordinaire sur convocation de son président.

4.1.2. Au niveau provincial

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

Le CPMP-CSU aura pour mission de : (i) s'assurer de la mise en œuvre des orientations nationales relatives à la CSU au niveau provincial, (ii) adapter, le cas échéant, les orientations nationales au contexte provincial, (iii) mobiliser les ressources provinciales en faveur de la CSU, (iv) assurer l'équité dans la mise à disposition des ressources entre entités territoriales décentralisées et (v) assurer le suivi de la mise en œuvre de toutes les interventions.

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

Au niveau local

Le Comité Local Multisectoriel de Pilotage de la CSU (CLMP-CSU) sera présidé par le maire de la ville, ou l'administrateur du territoire, selon le cas. Le maire adjoint ou l'administrateur de territoire adjoint en assurera la vice-présidence. Les membres du CLM-CSU sont : (i) le médecin chef de zone de santé, (ii) la chef de bureau en charge des finances et budget et, (iii) le chef de bureau en charge de la prévoyance sociale, (iv) l'Inspecteur Agricole du Territoire, (v) le chef de bureau en charge de l'eau, (vi) la chef de bureau en charge de l'assainissement.

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

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

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

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

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

4.2.1. Organes de suivi de la CSU en RDC

Comité de Coordination Technique de Suivi de la CSU

Le Comité de Coordination Technique de Suivi de la CSU (CCTS-CSU) est l'organe de suivi technique de la CSU au niveau national. Il est présidé par le Conseiller Spécial du Chef de l'Etat en charge de la CMU. Son premier vice-président est le Secrétaire Général à la Prévoyance Sociale, et le deuxième vice-président la Secrétaire Général à la Santé. Les membres du CCT-CSU sont : tous les secrétaires généraux des ministères qui ont des actions à mener dans la feuille de route nationale de la CSU. Les autres membres du CCTS_CSU sont indiqués dans la figure 9 à la page 61. Parmi eux, le Directeur (le Responsable) du Fonds de Solidarité de Santé (FSS), qui assurera le secrétariat de ce comité.

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

Par ailleurs, chaque Secrétaire Général, dans le cadre de ses fonctions régaliennes, tiendra son ministre informé de tous les dossiers importants en rapport avec les activités de la CSU dans le secteur.

Le conseil des ministres au niveau national

Dans le cadre de ses réunions régulières, le conseil des ministres assurera le suivi de la mise en œuvre des actions relatives à la CSU. C'est le cadre dans lequel chaque ministre impliqué dans la mise en œuvre des actions retenues dans la feuille de route de la CSU fera le point de l'état d'avancement des actions sous sa responsabilité au Premier Ministre, Chef du Gouvernement. Le conseil des ministres sera aussi le cadre où seront validés les rapports du Comité de Coordination Technique de la CSU avant leur soumission Suivi au Comité National Multisectoriel de la CSU.

Le Conseil des ministres au niveau provincial

Dans le cadre de ses réunions régulières, les conseils des ministres des gouvernements provinciaux assureront le suivi de la mise en œuvre des actions relatives à la CSU dans les différentes provinces respectives. C'est le cadre dans lequel chaque ministre provincial impliqué dans la mise en œuvre des actions retenues dans la feuille de route de la CSU au niveau provincial fera le point de l'état d'avancement des actions sous sa responsabilité au Gouverneur de province. Le conseil des ministres provincial sera aussi le cadre où seront validés les rapports techniques soumis au Comité de Coordination Technique de la CSU avant leur soumission Suivi au Comité National Multisectoriel de la CSU.

Le Comité Local Multisectoriel de la CSU

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

4.2.2. Indicateurs de suivi de la CSU en RDC

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

La RDC adopte les deux indicateurs suggérés par l'OMS et la Banque Mondiale au niveau national et régional³⁵. Il s'agit de :

- Indice de la couverture des services (indicateur 3.8.1 des ODD). Cet indicateur mesure la couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les interventions de référence concernant notamment la santé de la reproduction, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant; les maladies transmissibles; les maladies non transmissibles; la capacité des services et l'accès pour l'ensemble de la population, dont la plus défavorisée. Cet indicateur inclut également certains déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement de base³⁶.

³⁵ https://www.who.int/universal_health_coverage/progress-report-2014/fr/
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272598/9789242513554-fre.pdf>

³⁶ Santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (besoins non satisfaits en planification familiale, couverture vaccinale au pentavalent 3, quatrième consultation prénatale, traitement de la pneumonie), maladies transmissibles (traitement antituberculeux efficace, traitement antirétroviraux, moustiquaires imprégnées d'insecticides, approvisionnement en eau potable et assainissement de base); maladie non transmissible (tension artérielle normale, glycémie normale, dépistage du cancer du col, prévalence des non-fumeurs du tabac); capacités et accès aux services (densité des lits d'hôpitaux, densité des agents de

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

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

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

4.2.3. Indicateurs d'impact

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

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

4.2.4. Modalités de Suivi et Evaluation

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

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

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

4.2.5. Renforcement des mécanismes de Suivi et Evaluation

L'architecture de la gestion de l'information stratégique relative à la CSU sera définie. Pour la rendre fonctionnelle et efficace, un plan de renforcement de des capacités des systèmes d'information et de suivi et évaluation de tous les secteurs clés engagés dans la mise en œuvre

santé, accès aux médicaments essentiels, indice des principales capacités acquises en vertu du Règlement Sanitaire International).

des actions relatives à l’instauration de la CSU sera élaboré et mis en œuvre. Il couvrira tous les aspects relatifs aux sources des données, la collecte, la qualité, l’analyse, l’utilisation des et la dissémination des données.

4.3. Cadre de mise en œuvre

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

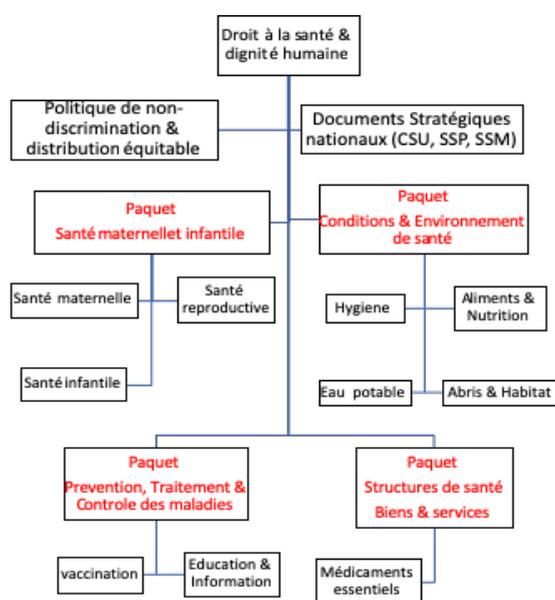


Figure 7 : Modèle de notre Système de santé résilient

C’est pour cette raison que la mise en œuvre de la CSU privilégie :

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

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

Les acteurs de mise en œuvre des actions relatives à la CSU sont : (i) le ministère de la santé, en ce qu’il a la charge d’assurer l’offre et la qualité des services de santé, (ii) le ministère en charge de la protection sociale, (iii) le ministère en charge des affaires sociales, (iv) les ministères ayant une action sur les déterminants de la santé, (v) les ministères transversaux comme celui en charge des finances, du budget et de la décentralisation, (vi) les Fonds de Promotion de la Santé, (vii) le Fonds de Solidarité de la Santé, (viii) les provinces, (ix) les acteurs du secteur privé non lucratif et lucratif, (x) les acteurs organisations de la société civile. Ces différents acteurs travailleront dans un esprit de parfaite collaboration et coordination pour assurer la viabilité du programme de la CSU (voir Figure ci-dessous).

Le Plan Stratégique National pour la CSU en RDC est doté d’une Feuille de Route nationale, qui en détaille les principales articulations de mise en œuvre.

En outre, le paquet de soins à couvrir, qui est évolutif, sera déterminé et fixé dans le Décret du Premier Ministre portant sur la mise en œuvre de la CSU en RDC.

4.3.1. Ministères impliqués dans la CSU

La mise en œuvre des interventions/actions pour instaurer la CSU relève de la responsabilité des ministères au niveau national et provincial dans les limites des responsabilités constitutionnelles des uns et des autres. Ces actions sont reprises dans la feuille de route nationale qui reprend le résumé des celles contenues dans les feuilles de route sectorielles et provinciales.

Le ministère de la santé publique sera responsable de l'amélioration de l'offre et de la qualité des services. Il s'assurera également de la coordination et de la régulation des interventions des partenaires nationaux et internationaux, des acteurs du secteur privé lucratif et non lucratif qui organisent les services de santé dans le pays. Le ministère en charge de l'enseignement supérieur et universitaire aura la responsabilité d'améliorer l'offre et la qualité des services de santé offerts dans les cliniques universitaires, les services médicaux de l'armée et de la police auront la responsabilité d'améliorer l'offre et la qualité des services des services qu'ils organisent.

Le Ministère en charge de la protection sociale aura la responsabilité superviser l'implantation de l'assurance maladie sur toute l'étendue du territoire national. Le ministère en charge du transport mettre en place des mesures pour s'assurer que le nombre d'accidents de la circulation (routière, fluviale et aérienne) et de morts diminue. Le ministère en charge de ressources hydraulique et l'électricité s'assurera de l'approvisionnement en eau potable en milieu urbain.

Le ministère en charge de la décentralisation et des réformes institutionnelles aura la responsabilité d'accélérer la mise en œuvre des réformes transversales qui ont un impact potentiel sur l'instauration de la CSU. C'est le cas du transfert des charges, des compétences et des ressources aux provinces et aux ETD, la mise en place de la fonction publiques provinciale et de la fonction publique locale, la mise en place de la caisse de péréquation, etc.

Les ministères des finances et du budget auront chacun en ce qui les concerne la responsabilité de mobiliser et de les mettre à disposition en temps réel les ressources budgétaires auprès des services en charge de réaliser les activités de la feuille de route de la CSU.

4.3.2. Fonds de Promotion de la Santé

Le Fonds de Promotion de la Santé est un Etablissement d'Utilité Publique doté d'une autonomie de gestion. Il a pour mission de mobiliser et de mettre à disposition des acteurs publics (ministère de la santé publique, ministère de l'enseignement supérieur et universitaire, services de santé de l'armée et de la police, etc.) des ressources additionnelles pour développer l'offre et la qualité des services de santé sur toute l'étendue de la République. La mise à disposition de ces fonds au bénéfice des dits services se fera par contractualisation.

4.3.3. Fonds de solidarité de la Santé

Le Fonds de Solidarité de la Santé est un Etablissement d'Utilité Publique doté d'une autonomie de gestion. Il a pour mission la collecte des fonds destiné à l'assurance maladie, la mise en commun des dits fonds, et l'achat des prestations au bénéfice des adhérents aux mécanismes de partages de risque financier lié à la maladie. Le Fonds de Solidarité de la Santé sera représenté dans toutes les provinces pour assurer les services de proximité. Au niveau local, le Fonds aura la latitude de contractualiser avec les prestataires des services de santé du secteur public et privé lucratif et non lucratif. Cette contractualisation respectera le principe de séparation des fonctions (en l'occurrence la fonction de collecte de fonds et celle d'utilisation de ces fonds pour l'achat des prestations).

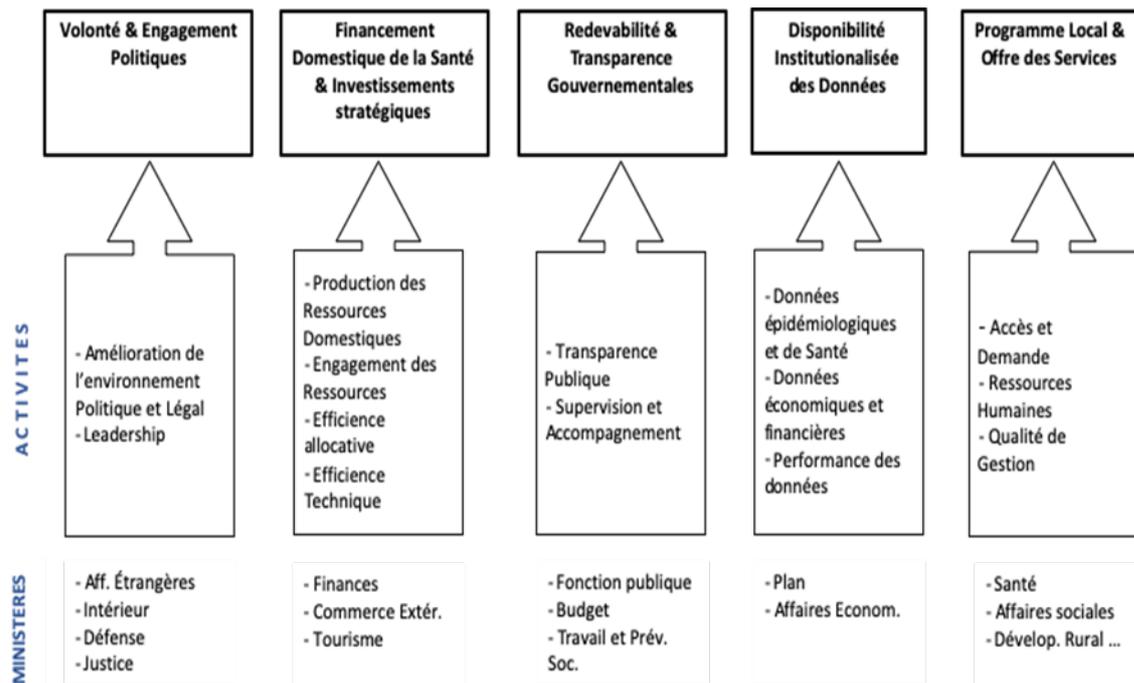


Figure 8 : Conditions de succès de la mise en oeuvre de la CSU

Source : PEPFAR. Sustainability Index & Dashboard

4.3.4. Responsabilités des provinces

Les provinces auront la responsabilité de mettre en œuvre les activités opérationnelles inscrites dans leurs feuilles de routes provinciales respectives. Les ministères en charge de la santé en province aura la responsabilité de développer les soins de santé primaires pour une offre des services de santé de qualité dans leurs provinces respectives. Les ministres en charge de la protection sociale auront la responsabilité d'impulser l'extension des mécanismes de partages de risque en capitalisant sur les expériences existantes. Les ministères en charge des affaires sociales auront la responsabilité d'élaborer et d'actualiser le registre unique des indigents et autres vulnérables dans leurs provinces respectives.

Les ministères des finances et budgets au niveau provincial auront la responsabilité de mobiliser les ressources à caractère provincial (publiques et privées) et de les mettre en temps utiles auprès des services en charge de la mise en œuvre des actions inscrites dans la feuille de route provinciale.

SCHEMA DES ORGANES DE PILOTAGES ET DE SUIVI DE LA CSU

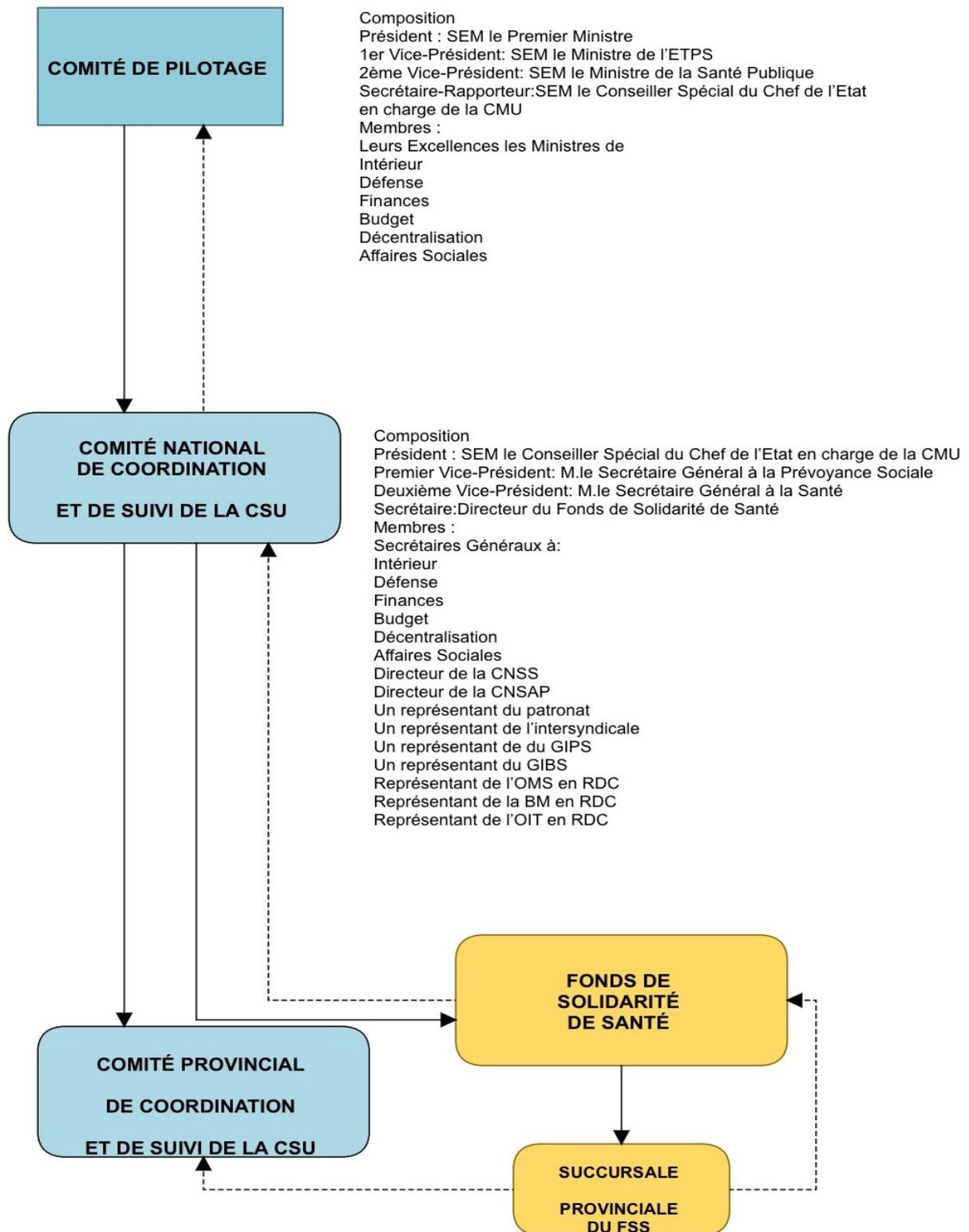


Figure 9 : Organes de pilotage et de suivi de la CSU en RDC

CHAPITRE V : MODALITES DE FINANCEMENT

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

5.1 Principes du système de financement.

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

L'universalité : tous les citoyens de la RDC ont les mêmes droits d'accès aux soins, sans discrimination par rapport au statut socio-économique ;

La solidarité nationale : la contribution de tous, à savoir la population active du secteur formel et informel, excepté les indigents, permet de garantir l'équité et la mutualisation généralisée du risque maladie notamment entre les bien-portants et les malades ;

La décentralisation : le système national de Couverture Santé Universelle est décentralisé, proche des communautés et des prestataires de soins de santé. L'unité fonctionnelle du système est le Territoire (ou la Commune). C'est également à ce niveau que la collecte s'organise (participation communautaire).

L'équité en matière d'accès et d'utilisation : les ressources et services de santé doivent être répartis en fonction des besoins de la population pour réduire les inégalités géographiques et de revenu.

La rationalisation du financement: le financement du système de CSU sera varié et composé essentiellement des ressources domestiques (en majorité) et extérieures. Il englobera des subsides et subventions de l'Etat, des contributions des employés et des retributions des employeurs, des mécanismes de financement de l'indigence, des dons, des legs, la participation financière des partenaires techniques et financiers, etc. Il s'agira donc des fonds tant domestiques qu'extérieurs. Une rationalisation de ces différents financements permettra d'éviter la dilapidation, le double-emploi, ou encore des aspects de la CSU orphelins de financement. La rationalisation demandera d'une part une mise en commun transparente des financements venant de ces différentes sources, et d'autre part une séparation entre la fonction de collecte et celle d'utilisation des fonds.

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

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

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

Le processus de CSU en RDC nécessite que l'offre de des services de santé soit renforcée, tant en disponibilité, qu'en qualité. Le Fonds de Promotion de la Santé (FPS) canaliser les financements aloués au développement de l'offre et de sa qualité. Le développement de l'offre sera mené conformément aux besoins réels.

Le Comité Technique de Coordination de la CSU veillera à ce qu'un Plan de développement des services de santé soit élaboré et mise en œuvre.

En plus d'une dotation du gouvernement au démarrage du système de Couverture Santé Universelle, il est prévu un appui technique et financier pour réaliser une étude à l'échelle nationale et/ou provinciale dont les conclusions permettront d'avancer sur la question de l'accroissement des ressources disponibles (fléchées ou non vers la santé).

En attendant la mise en place du FPS, des financements du système de CSU seront gérés en utilisant des dispositifs financiers existants et qui ont fait leurs preuves en matière de financement de l'Action en santé. L'Etablissement d'Utilité Publique Fonds de Développement des Services de Santé (EUP_FDSS) jouera le rôle de FSS, tandis que les EUP_FASS (Fonds d'Achat des Services de Santé) et les EUP_FBP (Financement Basé sur la Performance) joueront, chacun dans la province qu'il couvre, le rôle de dispositif financier de paiement des prestations.

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

Il est prévu un fonds diversifié qui sera constitué à partir des dispositifs existants et/ou à mettre en place.

5.3.1 La Collecte de fonds :

Pour raison d'efficacité, les dispositifs existants seront mis à profit pour collecter le fonds dans le cadre de la CSU. Le système bénéficiera du service de quatre collecteurs susceptibles de couvrir toutes les catégories sociales.

Il s'agit :

- (i) De la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) pour collecter les cotisations de soins de santé pour les travailleurs du secteur privé contractuel ;
- (ii) De la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Agents Publics de l'Etat (CNSSAPE) pour collecter les cotisations de soins de santé pour tous les Agents Publics de l'Etat, notamment les fonctionnaires, les policiers et les militaires.
- (iii) Le Fonds National des Services Sociaux (FNSS) du Ministère des Affaires Sociales, pour collecter le Fonds de cotisation pour les soins de santé des vulnérables et indigents ;

- (iv) Enfin, les mutuelles de santé (et leurs fêitières) pour collecter les fonds de toute la population œuvrant dans l'économie informelle et dans le secteur agropastoral, ainsi que des groupes individualisés (comme les élèves et étudiants, les

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

Cela annonce le passage du régime octroyé au régime contributif avec comme conséquence : une cote part venant de l'employeur et une contribution du travailleur pour la prise en charge des soins de santé. Toutefois, on devrait veiller pour éviter les dépenses catastrophiques pour les usagers, c'est-à-dire celles qui dépassent plus de 10% du revenu de la personne (OMS et BM, 2017).

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

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

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

5.3.2 L'utilisation des fonds : le paiement des prestations

Le paiement des prestations de santé est du ressort du FSS. Celui-ci règlera les factures validées des Formations sanitaires par virement bancaire des montants des factures dans les comptes de ces FOSA. Là où les institutions bancaires sont trop éloignées des FOSA pour permettre un. Fonctionnement fluide, le FSS recourra à des intermédiaires financiers actifs dans la contrée pour réaliser ces paiements. Toute sous-traitance entre le FSS et les intermédiaires financiers respectera le principe de séparation de la fonction de collecteur d'avec celle de gestionnaire ou payeur.

Des documents ad hoc du FSS détermineront les modalités de validation et de règlement des factures des FOSA, et les délais y relatifs.

La figure 10 ci-dessous illustre résume le processus de collecte et de gestion des financement du système de la CSU.

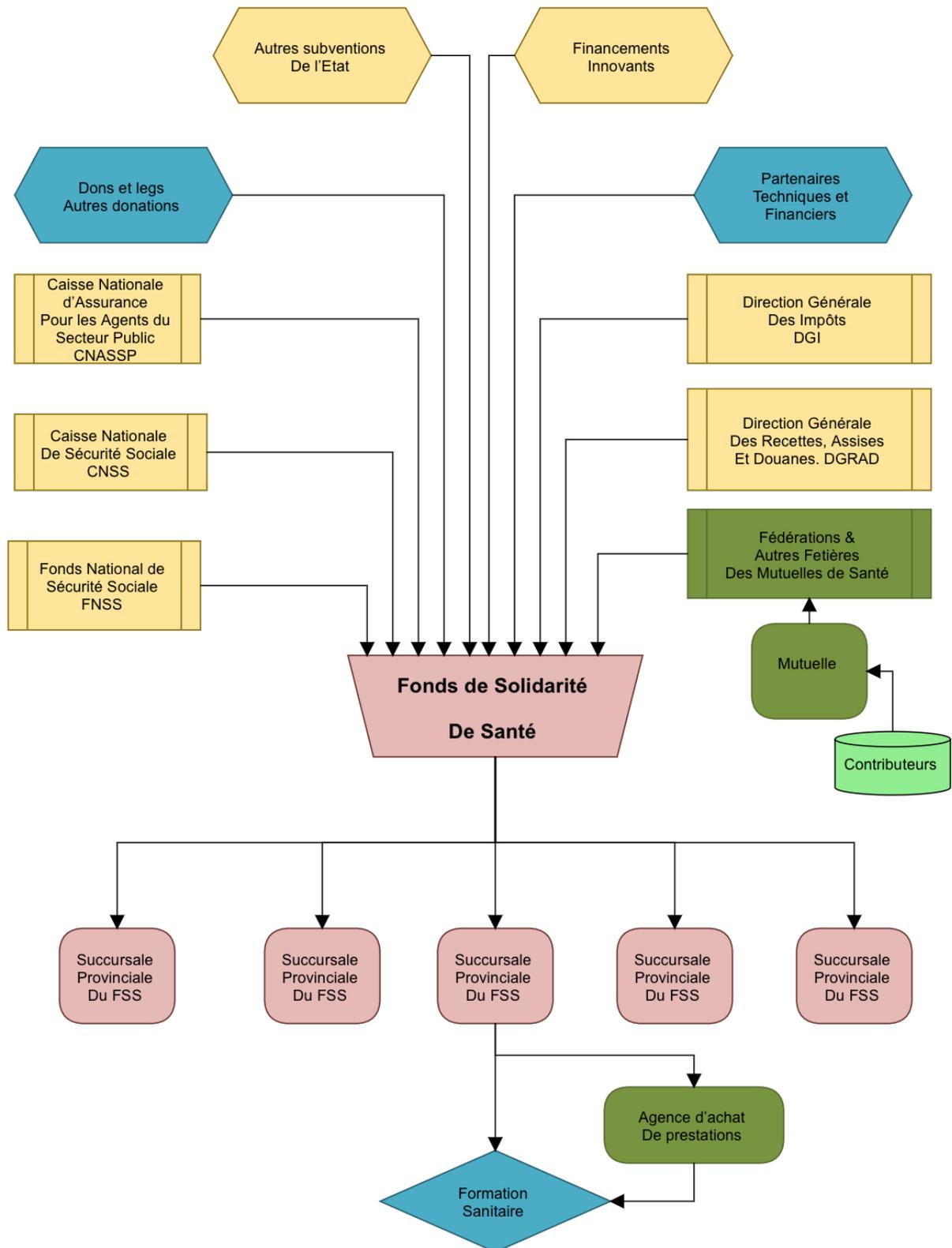


Figure 10 : Collecte et utilisation des fonds du système de la CSU en RDC

La figure 11, quant à elle, montre l'articulation des deux outils de financement, et le niveau de leur ancrage dans le dispositif de la CSU.

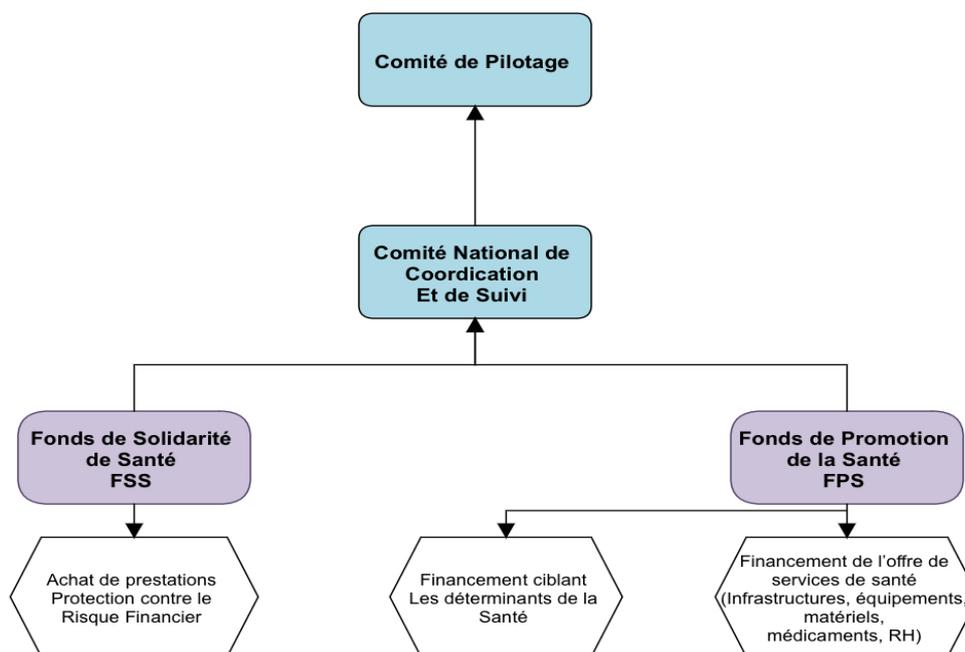


Figure 11 : Schéma d'encrage des outils du financement de l'offre et de la protection financière dans la CSU

Ce schéma montre que les deux Fonds prévus par la Loi fixant les principes d'organisation de la Santé Publique en RDC rendront compte sur le plan fonctionnel au Comité National de Coordination et de Suivi de la CSU. Sur les plan administratif, ces fonds sont des Etablissements d'Utilité Publique, dotés chacun d'une autonomie administrative et de gestion.

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

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

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

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

Le contrat sera signé avec au moins :

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

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

5.5 Les intermédiaires financiers

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

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

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

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

Par ailleurs, compte tenu du rôle important que jouent les intermédiaires financiers, ils seront représentés au comité de gestion de la caisse d'Assurance Maladie (FSS).

5.5. Besoins en financement

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

GESTION DE RISQUES

1. Analyse politico-économique

Depuis quelques années, la RD Congo aspire à rejoindre le groupe des économies émergentes dans un délai relativement court (2030). Cela suppose une mobilisation de tous les secteurs du pays. C'est en fait l'ambition exprimée par la Constitution (2006) du pays qui a déterminé une gestion décentralisée du pouvoir faisant de la gouvernance locale le moteur du développement national. La RD Congo cherche à tirer bénéfice de toutes ses ressources pour la réalisation de ses objectifs majeurs, notamment une nation en bonne santé pour une économie prospère. La mise en place de la couverture santé universelle est une pièce maîtresse dans la réalisation de cet objectif.

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

2. Autres risques à la réalisation du plan

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

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