

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



Plan National de Développement Sanitaire
recadré pour la période 2019-2022 :
Vers la couverture sanitaire universelle

Septembre 2018

Contents

Sigles et abréviations.....	5
1. Introduction.....	8
2. Contexte national.....	9
2.1. Situation géographique	9
2.2. Situation politico administrative	9
2.3. Situation socio démographique	10
2.4. Situation économique et financière	11
2.5. Situation sécuritaire	12
2.6. Situation sanitaire	13
2.6.1. Politique sanitaire	13
2.6.2. Réforme de l'administration sanitaire et organisation du système de santé	13
2.6.3. Organisation de l'offre des soins	14
3. Diagnostic sectoriel.....	15
3.1. Etat de santé de la population	15
3.1.1. Evolution de l'état de santé de la population	15
3.1.2. Principaux problèmes de santé de la population	16
3.2. Satisfaction de la population par l'offre des services et soins de santé	24
3.2.1. Problèmes de prestations des services et soins de santé	24
3.2.2. Problèmes des infrastructures et équipements	26
3.2.3. Problèmes des ressources humaines pour la santé	27
3.2.4. Problèmes liés aux médicaments, vaccins et intrants spécifiques	30
3.2.5. Problèmes du système d'information sanitaire	32
3.2.6. Problèmes liés au financement de la Santé	34
3.2.7. Problèmes de gouvernance du secteur santé	38
3.3. Etat de la protection financière de la population et dépenses de santé des ménages	41
3.3.1. Inégalités d'accès financier aux services	41
3.3.2. Insuffisance des mécanismes de protection et partage des risques	42
4. Vision, Objectifs sectoriels et Principes directeurs.....	44
4.1. Vision	44
4.2. But	44
4.3. Objectif général	44
4.4. Cibles et effets attendus	44
5. Axes stratégiques et résultats attendus du PNDS 2019-2022.....	45
5.1. Axe stratégique 1 : Amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins	45
5.1.1. La couverture et de l'accès à des structures offrant des soins et des services de santé de qualité est augmentée de 30 à 60%.	45
5.1.2. Augmentation de proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs)	48
5.2. Axe stratégique 2 : Appui aux différents piliers du système de santé	49
5.2.1. Développement des ressources humaines pour la santé	49
5.2.2. Approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et intrants	51
5.2.3. Développement des Infrastructures et équipements	53
5.2.4. Renforcement du système d'information sanitaire	54

5.2.5. Amélioration du financement de la santé et réduction des barrières d'accès aux soins	55
5.3. Axe stratégique 3 : Renforcement de la Gouvernance et du système de santé.....	57
5.3.1. Renforcement du pilotage du secteur dans le cadre de la décentralisation.....	57
5.3.2. Implication du MSP dans la mise en œuvre des stratégies des autres secteurs	58
6. Coûts et financement du PNDS.....	59
6.1. Estimations des couts des interventions et actions prioritaires	59
6.1.1. Coût estimé des interventions prioritaires, Axe 1.....	59
6.1.2. Coût estimé des actions prioritaires de l'axe 2.....	60
6.1.3. Coût estimé des actions prioritaires de l'axe 3 du PNDS 219-2022	62
6.2. Financement du PNDS 2019-2022.....	62
6.2.1. Cadrage macroeconomique et défi sur le financement du PNDS 2019-2022.....	62
6.2.2. Espace budgétaire pour la CSU	62
6.2.3. Prévisions de financement par sources.....	64
7. Mise en œuvre	65
7.1. Principes directeurs.....	65
7.2. Décentralisation dans la mise en œuvre et déclinaison du PNDS en PAO	65
7.3. Responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020	66
7.4. Cconditions de succès/Gestion de risques.....	68
7.5. Plan de Communication.....	68
8. Cadre de Suivi-Evaluation et de Redevabilité.....	68
8.1. Considérations générales	68
8.2. Les Indicateurs du CSE du PNDS	69
8.3. Rôles et responsabilités dans le Suivi et évaluation du PNDS	75
8.3.1. Rôles et responsabilités des structures du MSP.....	75
8.3.2. Rôles et responsabilités des autres acteurs.....	76
Bibliographie.....	78
Annexes.....	80

Liste des figures

Figure 1 : Carte géographique de la RDC.....	9
Figure 2: Croissance économique en RDC et Afrique sub-saharienne, 2008-2013	11
Figure 3 : Comparaison espérance de vie de la RDC avec d'autres pays de l'Afrique	15
Figure 4: Comparaison de la mortalité infantile de la RDC avec d'autres pays de l'Afrique	16
Figure 5 Taux de mortalité infantile vs. PIB par habitant, 2016.....	17
Figure 6 Amélioration des indicateurs TMI et TMM 5 dernières années en RDC et dans d'autres pays de la région SSA à revenu par habitant semblable (2011-2016).....	Error! Bookmark not defined.
Figure 7: Accès par niveau de pauvreté pour Kinshasa, d'autres grandes villes, des petites villes et les zones rurales (Enquête 1-2-3, 2012)	19
Figure 8: Ratio des médecins , infirmier et sages pour 5.000 habitants.....	28
Figure 9. Dépenses Totales de Sante, par source, 2008-2016.....	34
Figure 10 : Mesures de protection financière entre les quintiles et les provinces	42
Figure 17: Les interventions dans le paquet de soins peuvent avoir de différentes trajectoires d'accroissement de la couverture	Error! Bookmark not defined.
Figure 11. La vision moyen-terme de la mutualisation des risques en RDC.....	Error! Bookmark not defined.
Figure 12. La vision long-terme de la mutualisation des risques en RDC.	Error! Bookmark not defined.
Figure 13 Schéma du calcul du cout du paquet prioritaire de soins de la CSU en RDC	59
Figure 14 : Stratégies pour combler l'écart de financement	63
Figure 15: Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+).....	69

Liste des tableaux

Tableau 1. Information sur la dépense publique de sante et son exécution, 2008-2016	35
Tableau 2. Exécution budgétaire et indicateurs de sante par province.....	37
Tableau 3. Couverture des services de santé par quintile de richesse	42
Tableau 4 : Cout espéré total et par habitant du paquet de soins, 2018-2022 (US\$)	60
Tableau 5 Projections macroéconomiques et du financement de la santé en RDC, 2018-2023	64
Tableau 6 :Financement disponible, nécessaire et écart, 2019-2022 (US\$ millions).....	64
Tableau 7 : Indicateurs du CSE avec leurs sources des données et valeurs cibles	70
Tableau 8. Planning de rapportage des activités de routine du PNDS.	75
Tableau 9. Programmation des revues du secteur de la santé en RDC.....	76

Sigles et abréviations

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

IDH	Indice de Développement Humain
IEM	Institut d'Enseignement Médical
INS	Institut National de Statistique
IPS	Inspections Provinciales de Santé
ISTM	Institut Supérieur des Techniques Médicales
ITM	Institut Technique Médical
LPSP	Laboratoires provinciaux de santé publique
MAG	malnutrition aiguë globale
MAS	malnutrition aiguë sévère
MILD	Moustiquaires Imprégnées d'Insceticides à longue Durée
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MVE	Mmaladie à Virus Ebola .
ODD	Objectif de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAO	Plans d'Actions Opérationnel
PCA	Paquet complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNEL	Programme National d'Elimination de la Lepre
PNEL	Programme National d'Elimination de la Lèpre
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSD	Plan National Stratégique de Développement
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PNST	Programme National de Santé au Travail
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPP	Partenariat Public-Privé
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RDC	République Démocratique du Congo
RMNCH	Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health
SENN	Soins Essentiels du Nouveau-Né
SIGL	Système d'informations et gestion logistique
SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SRMNEA	Santé de la Reproduction, de la Mère, du Nouveau-né ; de l'enfant et de l'adolsecsent
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSC	sites de soins communautaires

SSP	Soins de Santé Primaires
SUN	Scaling Up Nutrition
TB	Tuberculose
TDR	test de dépistage rapide
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TMM	Taux de mortalité maternelle
UNICEF	Fonds des Nations unies pour les enfants
VDVP	Polio virus dérivé du vaccin de type 2
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine-Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise
ZS	Zone de Santé

1. Introduction

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

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

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

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

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

Eu égard à tout ce qui précède et que profitant du processus d'actualisation du Plan National Stratégique de Développement (PNSD) qui couvre la période de 2018-2022, le Ministère de la Santé Publique a initié le recadrage du PNDS 2016-2020 pour le mettre en phase avec le PSD et renforcer la prise en charge des problèmes prioritaires avec les ressources disponibles et celles à mobiliser.

2. Contexte national

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

2.1. Situation géographique

La République Démocratique du Congo se situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur avec une superficie de 2 345 409 Km². La RDC partage 9.165 kilomètres de frontière avec 9 pays limitrophes. Elle est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo, l'Enclave angolaise de KABINDA, 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



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

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

En outre le pays dispose d'un important réseau hydrographique dont le fleuve Congo, long de 4.374 km et classé 2ème au monde quant à son débit

2.2. Situation politico administrative

Aux termes de la constitution de 2006 ; La République Démocratique du Congo est composée de la ville de Kinshasa et de 25 provinces dotées de la personnalité juridique conformément à l'article 2 de la Constitution de la 3ème République). Elle compte 96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5.397 groupements.

Au niveau central, la RDC compte quatre institutions politiques que sont :

- Le Président de la République,
- Le Parlement composé de deux chambres, l'Assemblée Nationale composée des Députés Nationaux élus au suffrage direct et le Senat composé des sénateurs élus au second degré par les Assemblées provinciales.
- Le Gouvernement ;
- Les cours et tribunaux : Le pays vient de connaître la mise en place des organes de l'ordre judiciaire avec l'installation effective de la Cour de cassation, du Conseil d'Etat et de la Cour constitutionnelle.

Chaque province est dotée d'une Assemblée Provinciale qui élit le Gouverneur et le Vice-Gouverneur de Province et approuve le Programme du Gouvernement Provincial. Les Entités Territoriales décentralisées ne sont pas encore dotées des organes délibérants faute des élections locales. Le pays se prépare à l'organisation des élections présidentielles, législatives et locales conformément au calendrier publié par la Commission Electorale Nationale Indépendante (CENI).

2.3. Situation socio 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 85.026.000¹ 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), et un rythme de croissance annuelle de la population à 2,9 % (INS 2015), la RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans. Cela correspond à une augmentation annuelle de plus de 2 millions de personnes. Dans un contexte de fécondité non maîtrisée, cette population atteindra plus de 120 millions d'habitants en 2030² 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 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

¹ INS , Annuaire statistique 2014

² Guengant : Projections Spectrum (Août 2013) et Projections des Nations Unies (Juin 2013)

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 multidimensionnelle³. Toutefois, entre 2013 et 2014, des progrès significatifs ont été réalisés en lien avec l'Indice de Développement Humain (IDH) qui est passé de 0,338 à 0,433⁴.

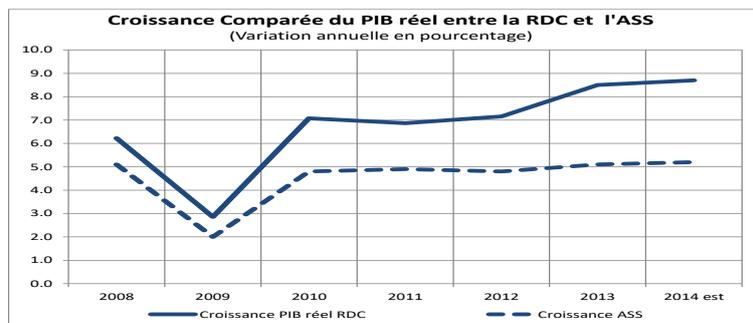
La RDC compte quelques 40 ethnies et plus de 400 tribus qu'on peut catégoriser en quatre (4) principaux groupes ethniques, à savoir les Bantous (majoritaires), les Nilotiques, les Soudanais et les Pygmées. Quatre langues nationales sont parlées en RDC, à savoir le Kikongo (à l'Ouest), le Lingala (à Kinshasa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

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

2.4. Situation économique et financière

La RDC a accompli des progrès considérables durant ces cinq dernières années sur le plan de la croissance économique et de la stabilité macroéconomique. Avec une moyenne de 7% par an, le pays a connu une période de forte et durable croissance économique depuis 2009, selon les données issues de la Revue des dépenses publiques (PER/Banque Mondiale 2014 ; FMI 2014). En 2013, la RDC a enregistré une des croissances les plus fortes de la région, avec 8.5% en termes réels, contre 5% pour la moyenne régionale.

Figure 2: Croissance économique en RDC et Afrique sub-saharienne, 2008-2013



Source: World Bank, Economic Update, 2014

Malgré cette performance, le PIB par habitant reste parmi les plus faibles d'Afrique sub-saharienne (514 US\$ en 2014). L'économie informelle reste un secteur très important. Il constitue la moitié de l'activité économique à l'échelle du pays et englobe près de la totalité (97%) au sein du secteur agricole (Banque mondiale 2014). La dette extérieure de la RDC a fortement diminué depuis 2010, date à laquelle le pays a atteint le point d'achèvement de

³ Equipe nationale de prospective stratégique : « RDC, dynamiques et enjeux de développement à long terme », juillet 2014

⁴ PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2014 et 2015

l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). Le rapport de la dette publique extérieure est passé de 75% en 2009 à 18% en 2013, suite à un allègement substantiel en 2010 (FMI, 2014).

L'environnement économique s'attend à connaître quelques améliorations des ressources (recettes) à partir de 2019 due à l'embellie attendue favorisée par la combinaison d'une hausse des cours des matières premières produites par le pays, le marché international d'une part et l'application du nouveau cadre minier promulguée en cours de cette année ainsi que les différentes mesures structurelles (notamment les 28 mesures qui visent à relancer la croissance économique) par le gouvernement d'autre part

Actuellement la RDC connaît une pauvreté de masses avec des grandes disparités du niveau de revenu entre les milieux urbain et rural. Toutefois, selon les données de l'Enquête 1-2-3 de 2012-2013, lorsque l'on considère l'incidence globale, la pauvreté monétaire s'est améliorée entre 2005 et 2012. Cette enquête rapporte que le nombre de personnes ayant un emploi est estimé à 27.700.000 dont près de la moitié est constituée des femmes. L'emploi dans le secteur tertiaire (produits et services) prédomine en milieu urbain avec plus des deux tiers des emplois, dont 83 % à Kinshasa. Le secteur agricole informel occupe 59,7% de la main d'œuvre. Le secteur industriel est présent avec 20 % des emplois. Les emplois du secteur formel ne représentent que 11,5 % de l'ensemble des emplois.

Du fait de la forte dépendance sur l'informel, la population est confrontée à une précarité qui accentue la pauvreté, la misère et l'iniquité dans l'accès et l'utilisation de services sociaux de base. La stratégie nationale de développement qui soutient le Plan Stratégique National de développement prévoit des actions pour réduire la pauvreté et soutenir l'utilisation des services sociaux de base.

2.5. Situation sécuritaire

La situation sécuritaire de la RDC est marquée par la persistance de quelques poches d'insécurité liées aux activités des groupes armés et milices, situation qui a fortement affecté les Provinces du Nord Kivu, Tanganyika, Sud Kivu et plus particulièrement le grand espace Kasai. A ces crises humanitaires qui sévissent depuis plusieurs décennies s'ajoutent des épidémies récurrentes tel 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.

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

2.6. Situation sanitaire

2.6.1. Politique sanitaire

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

Plus concrètement, il s'agit de :

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

L'article 47 de la Constitution de la RDC garantit le droit à la santé. La Politique Nationale de la Santé, adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires (SSP). L'unité opérationnelle de mise en œuvre est la Zone de Santé, qui organise les structures chargées de dispenser les soins de santé globaux, continus et intégrés. La Loi fixant les principes fondamentaux et règles relatifs à l'organisation de la sante publique en examen à l'Assemblée Nationale n'est pas encore votée.

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

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

Le niveau central

Ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique prévoit de passer de 13 à 9 Directions. La réforme en cours prévoit aussi de regrouper certains programmes spécialisés et d'en transformer d'autres en services spécialisés.

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

Les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des Ministres Provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé.

Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures déconcentrées qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de

Province Elles assurent l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé.

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

Le niveau opérationnel. Ce niveau comprend 516 Zones de Santé avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires.

2.6.3. Organisation de l'offre des soins

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

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

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

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

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

Un travail de fond a été réalisé sur l'analyse de l'impact du secteur privé⁵. Les objectifs visés par cette étude étaient de fournir une estimation de la taille, de la portée et de l'étendue du secteur privé de la santé mettant l'accent sur les principales parties prenantes et leur rôle, un aperçu des types de services et produits de santé proposés par le secteur privé axé tout particulièrement sur la PF et la SMI, des données de référence et leçons tirées des expériences de pays à faible revenu comparables et un aperçu des politiques, des conditions du marché et des besoins commerciaux qui entravent ou favorisent la participation du secteur privé au système de santé. Cette étude a identifié des priorités stratégiques et une « feuille de route pour l'action » à horizon de trois ans.

⁵Banque Mondiale, Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en RDC, Mai 2018

. La médecine traditionnelle

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

3. Diagnostic sectoriel

Le diagnostic sectoriel du PNDS est inspiré par le cadre d'analyse des performances du système que les doivent chercher à les améliorer.

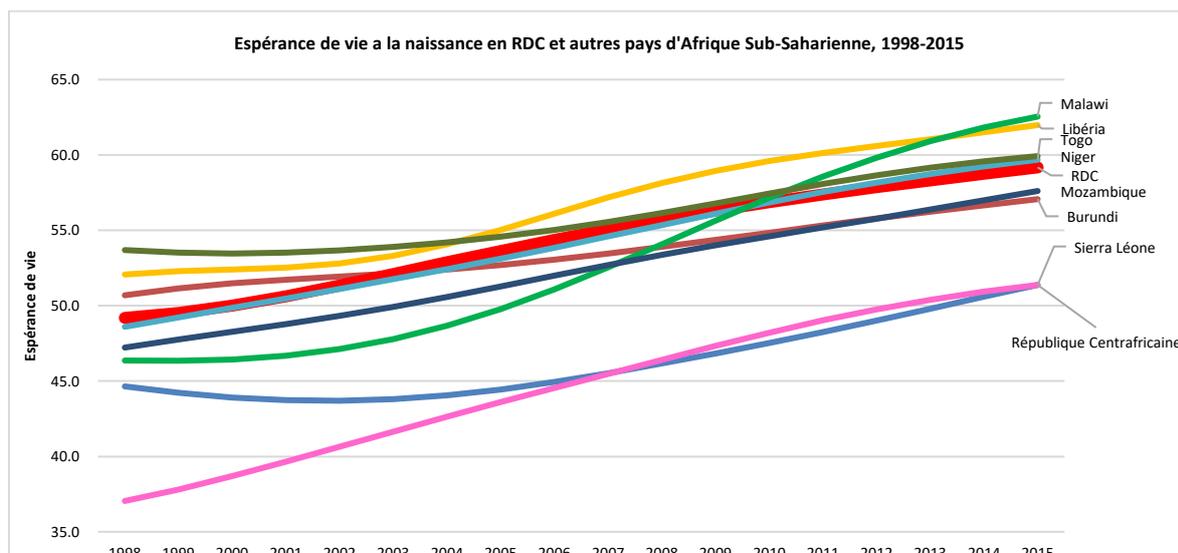
- Etat de santé de la population
- Satisfaction de la population par les prestations offertes en réponse aux problèmes de santé prioritaires
- La protection financière et les mécanismes de réduction des barrières d'accès aux services et soins de santé

3.1. Etat de santé de la population

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

Selon le Rapport de Développement Humain (PNUD, 2015), l'espérance de vie en RDC est 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.

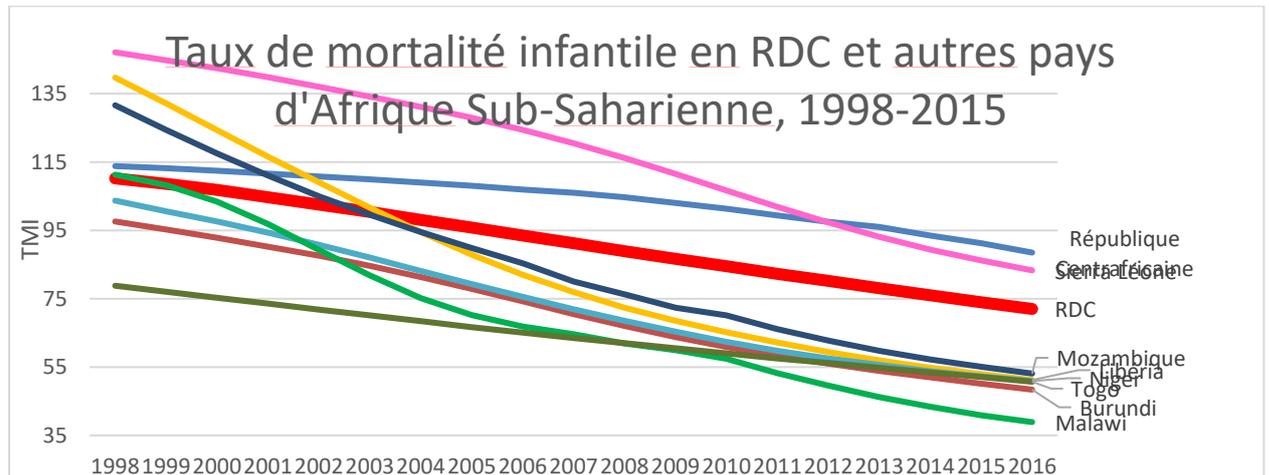
Figure 3 : Comparaison espérance de vie de la RDC avec d'autres pays de l'Afrique



Source : Les auteurs avec les données de World Bank DataBank.

Dans le même temps, le taux brut de mortalité⁶ est passé de 15,96 pour 10.000 habitants en 2011 à 15,16 en 2014. Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, son taux étant passé de 148 pour 1.000 naissances vivantes en 2007 à 104 en 2013 (EDS). Les taux bruts estimés de mortalité dépasseraient de 40 % la moyenne africaine (l'écart est de 60 % dans l'Est du pays).

Figure 4: Comparaison de la mortalité infantile de la RDC avec d'autres pays de l'Afrique



Source : Les auteurs avec les données de World Bank DataBank.

La situation sanitaire de la mère n'est pas luisante au regard des ratio de mortalité maternelle avec 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS 2013-2014). Le taux de mortalité maternelle a diminué de 30 % depuis 1990, de 1 200 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 846/100 000 naissances. Les projections estiment que son ratio actuel à 730, reste l'un des plus élevés en Afrique subsaharienne.

3.1.2. Principaux problèmes de santé de la population

Santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

La mortalité maternelle en RDC, malgré une remontée en 1998, a une tendance à la baisse. Son ratio passé de 870 décès pour 100.000 NV en 1985 à 846 en 2014, encore très élevé, n'a pas atteint les cibles attendues dans la feuille de route sur la réduction de la mortalité maternelle de 300 décès pour 100.000 NV et pour l'OMD-5 estimée à 218 décès pour 100.000 NV, correspondant à une réduction des $\frac{3}{4}$ du ratio de mortalité maternelle disponible en 1990 de l'ENSELF de 870 décès pour 100.000 NV. Ce ratio se trouve à 546 points de la cible FDR, et à 628 points de celle de l'OMD-5 -1985 comme illustré dans le graphique n°3

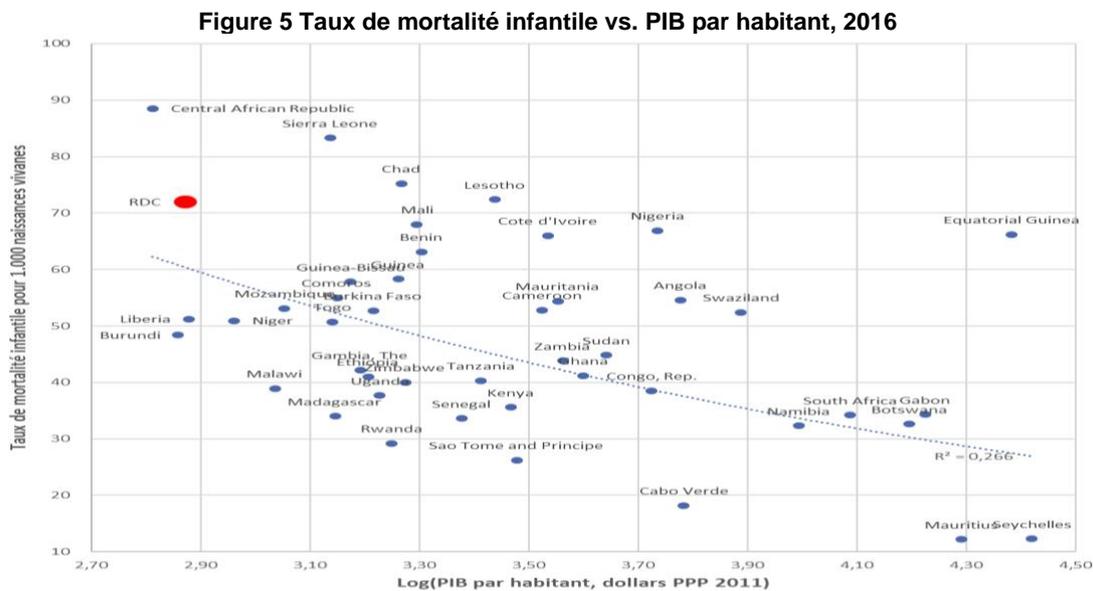
La mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes liées particulièrement aux complications des grossesses précoces et non désirées au regard du taux élevé de fécondité des adolescentes estimé à 138 pour mille (EDS2013-2014). Cette mortalité maternelle est en outre aggravée par la survenue des grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive (10,1%) couplée à un besoin non satisfait en planification familiale

⁶ Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre d'années de décès et la population totale moyenne sur une période donnée dans un territoire donné

(31% pour les adolescentes et 28% pour les femmes en union), et à la faible qualité de soins, d'où la survenue régulière des complications à l'accouchement qui conduisent à la mort des femmes et souvent aux séquelles importantes telles que la fistule obstétricale qui présente une prévalence de 42.000 femmes dans le pays qui ont une fistule non traitée (EDS 2007).

Bien que les tendances de la mortalité chez les moins de 5 ans soient à la baisse entre 2007 et 2014, ces mortalités restent encore élevées par rapport aux pays de la sous-région. Selon les rapports des EDS/RDC 2007 et 2014, sur 1000 enfants, environ 148 et 104 enfants décèdent avant leur 5^e anniversaire, dont 42 et 28 entre 0 et 28 jours de vie, et 92 et 58 avant leur 1^{er} anniversaire. Le ratio de la mortalité néonatale est passé de 42 décès pour 1000 NV en 2007 à 28 décès pour 1000 NV en 2013 à 8 points de la cible escomptée en 2015 de 20 décès pour 1.000 NV dans le plan stratégique SR. Celui de la mortalité infantile, est passé de 92 décès pour 1000 NV en 2007 à 54 décès pour 1000 NV en 2013 à 12 points de la cible fixé du plan stratégique SR pour 2015 de 42 décès pour 1.000 NV.

La RDC est le troisième pays le plus pauvre de la région et présentait en 2016 un TMI très au-dessous de ce qu'on pourrait espérer étant donné con PIB par habitant.



Source : Les auteurs avec les données de World Bank Data Bank.

La mortalité néonatale, avec une réduction de 33% plus faible que celle de la mortalité post néonatale (40%), contribue pour plus de 1/4 dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans (28% selon l'EDS 2007 et 27% selon l'EDS 2013-2014). Le poids important de la mortalité néonatale et de la mortalité infantile sur la mortalité des moins de 5 ans avec respectivement plus de 1/4 des décès ne concernant que ceux n'ayant vécu que 28 jours, et plus de la moitié des décès concernant que les moins d'un an, appelle une attention soutenue aux interventions d'accélération de la réduction de la mortalité chez les enfants avant leur premier anniversaire, et particulièrement chez les nouveau-nés dont les causes les plus importantes de décès en RDC sont : les complications de la prématurité, l'asphyxie et le sepsis néonatal. (Rapport Revue SRMNEA, 2018)

État nutritionnel des enfants

La malnutrition peut affecter à différents âges, notamment entre 6 et 59 mois. Elle paralyse les enfants, les rend plus vulnérables aux maladies, affaiblit leur intellect, diminue leurs motivations et sape leur productivité. Les indicateurs de la malnutrition restent préoccupants en RDC.⁷

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 la malnutrition aiguë globale (émaciation), et 5% sous la forme sévère. Ces prévalences dépassent les seuils internationaux fixés à 10% pour la malnutrition aiguë globale (MAG) et à 2% pour la malnutrition aiguë sévère (MAS) : Par ailleurs environ 4% d'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'élève encore à 43%, a peu évolué. Les provinces les plus affectées sont Kasai, Kasai-Central, Kwango, Kongo-Central, Lomami, Haut-Lomami, Nord-Kivu, Sud-Kivu, Maniema, Sankuru, Tanganyika, Tshuapa, avec des prévalences supérieures ou égales à 45% depuis quinze ans. L'insuffisance pondérale a chuté de 34% en 2001 à 23% en 2014. L'émaciation par contre est passée de 21% en 2001 à 8%. Le rapport de la revue SRMNEA 2018 renseigne que les provinces les plus affectées par la malnutrition aiguë sont le Maniema, le Kwango et le Kongo-Central, où les prévalences sont supérieures ou égales au seuil d'urgence de 10%.

De même, l'étude sur le coût de la faim en RDC⁸, publiée en juillet 2017, révèle que les enfants souffrant de retard de croissance en RDC sont plus susceptibles d'abandonner l'école et le niveau de scolarisation moyen atteint à l'âge adulte est inférieur de 2,6 années par rapport à une personne n'en ayant jamais souffert. En outre, 25 millions des adultes en âge de travailler (15 à 64 ans), ont souffert d'un retard de croissance à l'enfance et ne sont pas en mesure d'atteindre leur potentiel réel. En définitive, la perte due aux conséquences de la sous-nutrition chez les enfants notamment dans le domaine de la santé, de l'éducation et de la productivité en RDC est estimée à environ 1,7 milliards de dollars, équivalant à 4,56 % du PIB, pour la seule année de référence 2014.

Eau, hygiène et Assainissement

L'intégration des interventions liées à l'Eau, Hygiène et Assainissement(EHA) dans les formations sanitaires va permettre d'améliorer la qualité de soins et d'assurer la prévention et le contrôle de l'infection et de réduire sensiblement les maladies nosocomiales. Une grande évolution a été constatée par l'organisation du service, l'amélioration progressive des conditions d'approvisionnement en eau potable, de l'hygiène et d'assainissement dans les formations sanitaires, les rendant ainsi plus accessibles. Plus de 4 mille formations sanitaires ont intégré le programme eau, hygiène et assainissement en 2017 grâce à plusieurs projets.

⁷ UNICEF "Les conséquences de la malnutrition (profs)" <http://lewebpedagogique.com/unicef-education/les-consequences-de-la-malnutrition/>

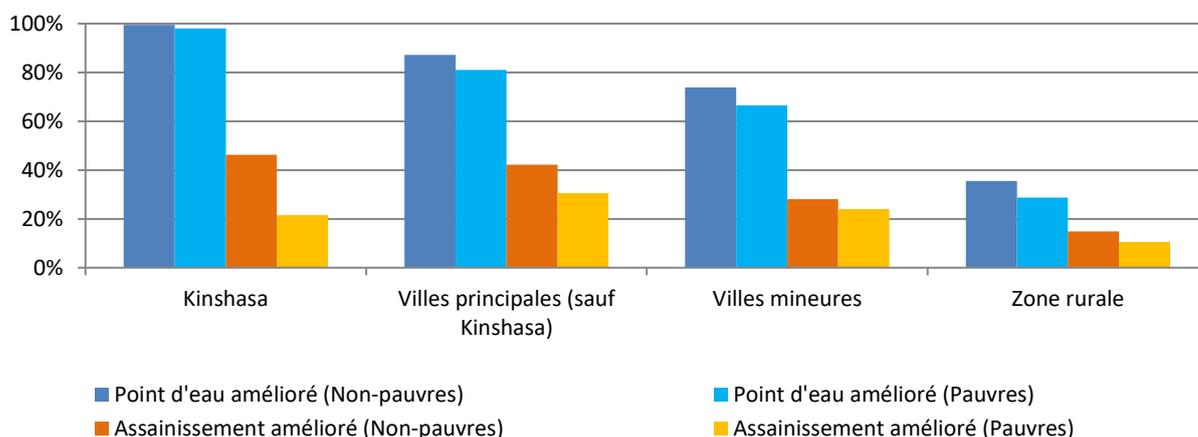
⁸ Rapport de l'Etude sur le Coût de la Faim en Afrique, Incidence sociale et économique en RDC, Juillet 2017

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.

L'accès tant à des points d'eau améliorés qu'à un assainissement amélioré n'a pas beaucoup progressé. En raison de la rapide croissance démographique, le nombre total de congolais à ne pas avoir accès à des points d'eau améliorés et à un assainissement amélioré a augmenté de plus d'un quart, passant à plus de 35 millions dans le premier cas et à 53 millions dans le deuxième. Les zones urbaines connaissent un bien meilleur taux d'accès à des points d'eau améliorés que les zones rurales. L'accès à des points d'eau améliorés dans les villes s'élève à 84,6 %, par rapport à seulement 32,6 % en milieu rural. L'accès urbain s'est toutefois détérioré au cours des dix dernières années devant l'urbanisation rapide et il existe de profondes inégalités d'accès entre les grandes villes et les zones urbaines plus marginales. L'aménagement des sources n'a pas résolu complètement la corvée des populations pour aller puiser l'eau dans la vallée et aussi occasionné quelques fois les viols et morsures des serpents. Il est nécessaire d'envisager d'autres stratégies comme le forage et adduction d'eau avec utilisation des filtres.

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

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



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

Le programme de développement durable pose de nouveaux objectifs ambitieux en vue de l'accès universel à des installations véritablement sûres d'ici 2030. Dans le secteur de l'eau, quatre difficultés ressortent : la détérioration de l'approvisionnement urbain devant la rapidité de l'urbanisation, les inégalités d'accès entre les grandes villes et les zones urbaines marginales d'une part, et les zones rurales de l'autre, ainsi que le problème de la qualité de l'eau. Dans le secteur de l'assainissement, dans les villes, il y a une absence quasi absolue de services publics.

Situation des maladies transmissibles

Le profil épidémiologique de la RDC est marqué par l'émergence et la réémergence de plusieurs maladies transmissibles à potentiel épidémique. En même temps, le pays est en 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 morbidité de l'ensemble de la population congolaise.

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

Maladies Endémiques

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

En 2017, le taux de positivité a été respectivement de 73% au TDR et 65% à la GE (voir figure ci-dessous)

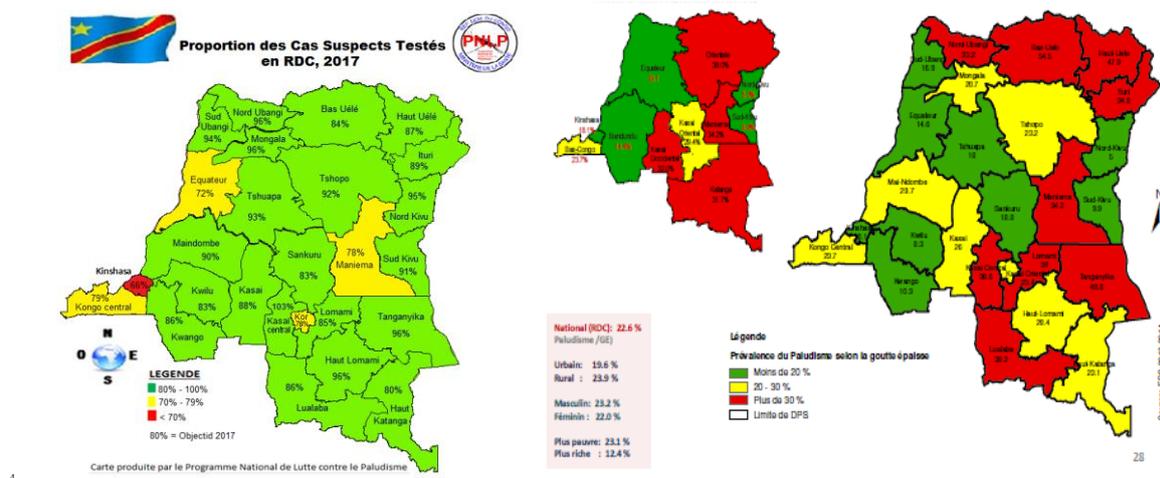


Figure 7: Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

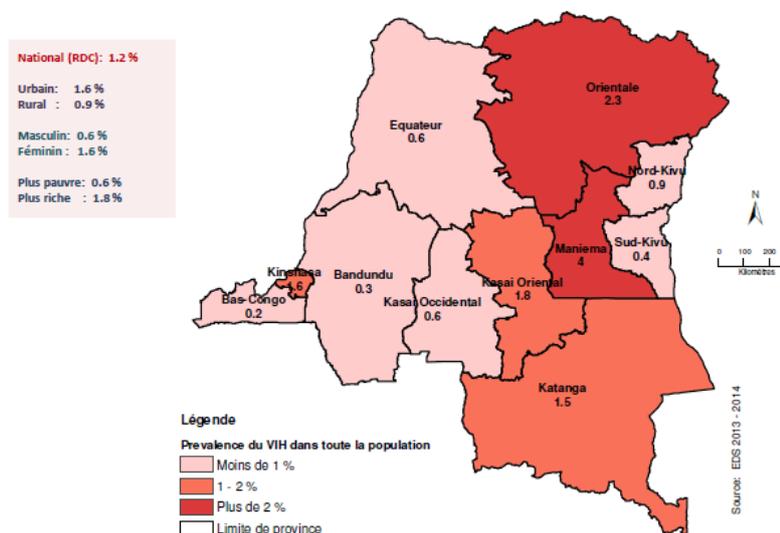
La situation qui prévaut en ce qui concerne la distribution des MILD est en partie les systèmes substitutifs introduits par les PTFs. Les PTFs font eux-mêmes les quantifications qui peuvent être en totale incohérence avec les besoins réels. Les ruptures sont surtout dues à des mauvaises quantifications,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

Le VIH/SIDA. Connaissant encore une épidémie de type généralisé, la RDC a vu la prévalence moyenne du VIH chez les adultes passer de 1,3% à 1,2% entre 2007 et 2013. Cette prévalence est inégalement répartie aussi bien par province que par tranche d'âge. On enregistre également une disparité entre les femmes (1,6%) et les hommes (0,6%). Le pays compte 516.617 personnes vivant avec le VIH. L'incidence du VIH parmi les adultes est passée de 0,042% en

2010 à 0,021% en 2017 c'est-à-dire, réduite de moitié. Le nombre des décès dus au sida chez les adultes est passé de 62.961 à 31 31.114 entre 2010 et 2016, soit une diminution de moitié. On note également une amélioration du niveau global de connaissance sur le VIH/sida dans la population adulte. Aussi, en fin 2017, près de 46% des personnes vivant avec le VIH ont eu connaissance de leur statut sérologique.

Selon le rapport 2017 du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS 2017), 4.382 sites de prise en charge dans 389 ZS officiellement ont intégré le paquet de services à travers le pays. En ce qui concerne les performances programmatiques, plus de 5 millions d'utilisateurs de services de santé ont été dépistés sur 3,9 millions attendus, soit une performance de 131% ; 13 939 femmes ont été mises sous antirétroviraux ARV sur 16 588 attendues soit une performance de 84%, 214 mille adultes et enfants éligibles reçoivent les ARV soit une performance de 115% (Rapport PNLS, 2017).

Figure 8: Prévalence du VIH (hommes et femmes)



La Tuberculose. La RDC figure parmi les 30 pays à forte charge de la TB et occupe la 9^{ème} place dans le monde et la 2^{ème} en Afrique. Elle est aussi l'un des 14 pays faisant face en même temps aux défis de TB, de la coinfection TB - VIH et de la pharmacorésistance.

En 2017, l'OMS a estimé l'incidence à 322 cas /100.000 hab., tandis que l'incidence VIH – TB est de 25 cas pour 100.000 en 2017⁹. Si en 2003, on estimait que 36.000 décès dus à la tuberculose survenaient chaque année, dont 28% étaient attribuables au VIH (Corbett et al. 2003), le taux de mortalité due à la tuberculose en 2017 est estimé à 60 (35-90) pour 100.000 hab. dont 9,2 (4,3-16) parmi les coinfectés au VIH.

La prévalence du VIH chez les tuberculeux est passée de 20% en 2008 à 10% en 2017 (WHO Global report,2017). Il sied de noter que 64% des patients tuberculeux connaissent leur statut sérologique. Durant cette même période, le pays a notifié 893 cas de tuberculose pharmacorésistante sur les 3400 attendus (soit 22%) dont 839 ont pu entamer le traitement dans le délai (soit 94%).

⁹ Global Tuberculosis Report 2017, WHO

Il en ressort que les grands défis sont l'augmentation du dépistage précoce aussi bien de la TB sensible que pharmaco résistante, l'amélioration des activités conjointes TB/VIH avec l'offre des soins complets par un même personnel dans une structure (guichet unique) et la réduction de la mortalité. Au total, 5 provinces hyper-prioritaires ont été identifiées.

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN). Il existe quatorze maladies tropicales négligées (MTN) endémiques. Elles sont regroupées en deux catégories notamment, les MTN à Chimiothérapie Préventive (CTP), à savoir la Filariose Lymphatique, les Géo helminthiases, l'Onchocercose, la loase, les Schistosomiasis et le Trachome, ainsi que les MTN à prise en charge des Cas (MTN PCC) qui regroupent la Dracunculose, les Leishmanioses, la Lèpre, la Peste, le Pian, la Rage, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), l'Ulcère de Buruli et le Noma.

Les Maladies tropicales négligées évitables par la chimiothérapie. Selon les résultats de la cartographie de l'onchocercose réalisé par le PNLO entre 1998 -2010, 43,7% de personnes sont à risque de développer l'onchocercose en RDC. Pour la filariose lymphatique, les schistosomiasis, les géo-helminthiases et le trachome, les résultats de la cartographie coordonnées et intégrées conduite par la coordination nationale de maladies tropicales durant la période de 2009-2015 a révélé que ces maladies sont prévalentes en RDC. Les personnes à risque de développer la filariose lymphatique estimée à 39,7%, les schistosomiasis à 27.3%, les géo-helminthiases transmissibles par le sol à 46.7 % et le trachome à 3,9 % .

Les Maladies tropicales négligées à prise en charge de cas. Selon l'OMS, la RDC a le plus grand nombre des cas de la THA (9.878 en 2009 et 6.314 en 2013) parmi les 36 pays d'Afrique subsaharienne où sévit exclusivement la maladie. Pour le Programme National d'Elimination de la Lèpre (PNEL) et l'OMS, 20% des cas de lèpres enregistrés en Afrique se trouvent en RDC avec 5.000 nouveaux cas en 2012 et 3.200 en 2014, le pays occupant la 2ème position en Afrique après l'Ethiopie. Selon le rapport annuel 2017 du PNEL, le nombre de nouveaux cas de lèpre est de 3649 avec un taux annuel de détection de 3,9 pour 100.000 habitants. Le taux d'infirmité de degré 2 parmi les nouveaux cas est de 5,5 cas pour un million d'habitants. Huit provinces demeurent endémiques en lèpre et regorgent de nombreuses zones de santé hyper endémiques. Il s'agit de Tanganyika, Tshopo, Tshuapa, Equateur, Maindombe, Haut-Katanga, Bas-Uélé et Haut-Uélé.

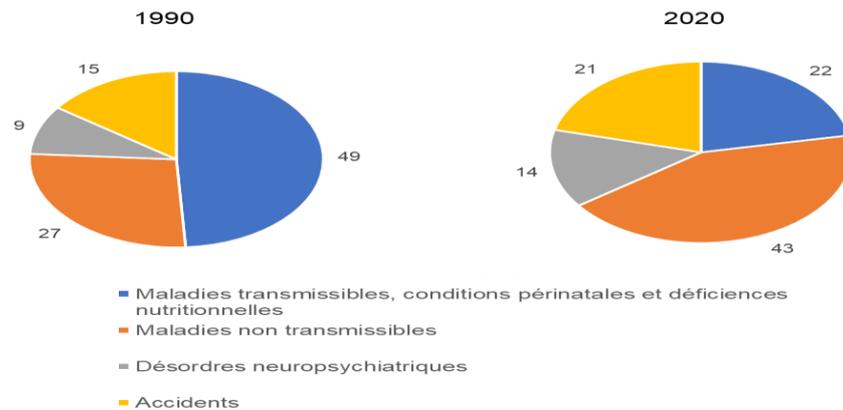
En dehors de la dracunculose dont le processus de certification de l'élimination est en cours, toutes les maladies demeurent des problèmes de santé publique en RDC car elles n'ont pas encore atteint l'objectif de l'élimination fixé par l'OMS.

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

En 1990 les maladies transmissibles représentaient presque la moitié (un 49%) de la charge de maladie dans le monde, tandis que les maladies non transmissibles représentaient un 27%. Il est prévu qu'en 2020 l'importance des maladies transmissibles aura diminué à 22% ou moins de la

moitié du total, tandis que celle des maladies non transmissibles aura augmenté jusque 43%. L'importance relative de ces deux groupes de maladies pourrait donc s'inverser comme illustré dans la figure 12 ci-dessous.

Figure 12 L'évolution de la charge de maladie dans le monde



Source: Cathy Hoelzer (sans année) Global Burden of Disease.

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

Consommation des substances psycho actives : la consommation du tabac, l'alcool et la drogue, constitue un sérieux problème de santé publique. Toutefois, le pays ne dispose pas de données récentes sur la toxicomanie. Notons qu'une enquête partielle menée en 2008 chez les enfants de la rue à Kinshasa a montré que 84,5% de ceux-ci les poussant ainsi à des comportements à risque tels que les rapports sexuels non protégés pratiqués par 79% d'entre eux.

Accidents de Trafic Routier(ATR) : ils constituent un problème de santé publique en RDC. En effet, les statistiques fournies par la Commission Nationale de Prévention Routière (CNPR) à travers la police de circulation routière indiquent qu'à Kinshasa, les cas des ATR sont passés successivement de 2.750 cas en 2006 à 3.478 cas en 2007, 2.842 cas en 2013 et 1.686 cas durant le dernier semestre 2014 et le premier semestre 2015. A Kisangani, en moyenne 38 cas d'ATR ont été enregistrés quotidiennement dans les différentes artères de la ville avec comme conséquences la mort, d'handicap et des difficultés de réinsertion socioprofessionnelle des patients.

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

Lutte contre la drépanocytose, les déficiences physiques, les malformations congénitales et les handicaps : les paquets d'interventions spécifiques de ces problèmes de santé, ne sont pas encore intégrés dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et dans le paquet

Complémentaire d'Activités (PCA). Pour ce qui est de la santé oculaire et de la vision, un plan stratégique 2017-2021, un paquet d'interventions dans la ZS et une stratégie de mise en œuvre ont été élaborés en 2017. Les directives en faveur de la prise en charge des personnes du troisième âge sont en cours d'élaboration. Un tome spécifique a été produit en faveur des prestataires des HGR pour la santé bucco-dentaire. Celle-ci est également prise en compte dans les ordigrammes des soins au CS actualisés en 2017. Plusieurs études menées auprès de quelques entreprises par le Programme National de Santé au Travail (PNST) montrent que l'ampleur des maladies professionnelles et des accidents de travail est en augmentation, alors que les services de santé accusent un grand retard dans l'organisation des attentions appropriées pour la promotion de la santé, de l'hygiène et de la sécurité au travail.

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

La satisfaction de la population par le système de santé est analysée à travers la situation des prestations des services et soins de santé dans la vision de santé et sur les différents piliers du système de santé dans leur apport pour l'amélioration de la disponibilité et utilisation des services

3.2.1. Problèmes de prestations des services et soins de santé

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

Faible couverture sanitaire. Selon l'état des lieux de 2009, 79% d'AS disposent d'un CS qui offre un PMA, parmi lesquels 15% sont construits en matériaux durables. Durant la période de mise en œuvre du PNDS 2011-2015, quelques CS ont été construits par le Gouvernement (PESS) et ses partenaires (divers projets), améliorant un peu la couverture sanitaire. Cependant, 124 sur 516 ZS soit 24% ne disposent pas d'HGR.

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

Cinq (5) sur 6 Hôpitaux Provinciaux qui devraient jouer le rôle de référence secondaire ont un plateau technique incomplet. De même les 3 Cliniques Universitaires sont sous équipées pour servir de référence tertiaire. L'hôpital du cinquantenaire de Kinshasa qui devrait faire diminuer le transfert des malades à l'étranger ne joue pas encore son rôle.

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

Faible utilisation des services et soins offerts. L'utilisation des services est affectée par la triple dimension de l'accessibilité (financière, socioculturelle, géographique). Les données du SNIS situent l'utilisation des services de consultation curative à 33,1% en 2017 ; la couverture en CPN4 est de 48% et la couverture en VAT2 66%. L'EDS 2013-2014 renseigne que 69% des femmes ont rencontré un obstacle financier pour se faire soigner ou recevoir un avis médical. La situation est plus accentuée en milieu rural (75%) qu'en milieu urbain (58%). La faiblesse de l'accessibilité socioculturelle est liée aux us et coutumes non favorables à la santé et amplifiée par le déficit de la sensibilisation et l'organisation de la communauté. Le faible niveau d'instruction et l'analphabétisme contribuent à entretenir la perception inappropriée de la santé et de la maladie. L'EDS 2013-2014 renseigne que 33% des femmes n'ont pas eu accès aux soins de santé pour n'avoir pas obtenu l'autorisation du mari.

Outre la question de l'offre des services présentée ci-haut et la faiblesse de l'accessibilité financière analysée dans les lignes qui suivent, la dispersion de la population, la distance à parcourir pour accéder aux CS (au-delà de 5 km) et les obstacles naturels surtout en milieu rural limitent l'accès aux services de santé. L'EDS 2013-2014 souligne qu'en milieu rural, la distance pour atteindre un service de santé constitue un problème pour 48% des femmes contre 25% en milieu urbain

Faible résilience des structures de santé face aux épidémies et situation d'urgence : l'évaluation externe du Règlement Sanitaire International a montré que les capacités minimales du pays à prévenir, détecter et riposter rapidement aux menaces pour la Santé Publique sont encore faibles. La revue des épidémies connues depuis 2016 a relevé que l'investigation et la réponse était tardive et inadéquate suite à l'absence ou mieux l'impréparation des équipes d'interventions rapides et du manque de pré positionnement des kits répondant au design des épidémies potentiels et le déficit la coordination de la surveillance et de la riposte.

Faible redevabilité des services de santé devant les communautés. Les soins de santé primaires exigent la pleine implication de la communauté dans la planification et dans le suivi des prestations des formations sanitaires. Les organes de participation communautaire (Conseil d'Administration, Comité de Gestion et comité de santé) sont mis en place pour prendre en compte les attentes et aspirations des communautés dans l'organisation des services. La faible fonctionnalité de ces organismes, la non représentativité des communautés et l'absence des mécanismes de recueil des attentes de la population quant à leur satisfaction font que les communautés n'exercent pas leur contrôle vis-à-vis des formations sanitaires et les prestations offertes.

Encadré 1 : Problèmes prioritaires de prestations

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

3.2.2. Problèmes des infrastructures et équipements

Le secteur de la santé connaît un déficit d'infrastructures et d'équipements répondant aux normes nationales de construction. Sur les 8.504 AS planifiées en RDC, 238 ne disposent pas d'un CS. Il est à noter cependant que malgré les 8.266 CS existants seuls 1006 sont construits en matériaux durables, ce qui représente 12%. Certains d'entre eux sont dans un état de délabrement avancé, ce qui nécessite la réhabilitation de 671 CS. Le reste des Centres de Santé (7.120) sont soit en semi durable ou en pisé.

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

Encadré 2 : Problèmes prioritaires des infrastructures et équipements

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

3.2.3. Problèmes des ressources humaines pour la santé

Déséquilibre dans la production et répartition inéquitable des RHS.

En ce qui concerne la formation des ressources humaines, il se pose un problème de déséquilibre dans l'organisation des filières et dans la répartition équitable des professionnels de santé, aussi bien entre les milieux ruraux et urbains qu'entre les structures sanitaires dans les mêmes provinces. L'annuaire des Ressources Humaines en Santé 2017¹⁰ a rapporté 478 ITM/IEM disséminés à travers le pays. Parmi ces ITM/IEM, 145 appartiennent à l'Etat soit 30,3% ; 164 aux confessions religieuses, soit 34,3 % (catholique, protestante et kimbanguiste) et 169 aux privés, soit 35,4%. La filière infirmière est organisée dans toutes les provinces. Les autres filières sont organisées respectivement dans 19 écoles pour les Accoucheuses, 13 écoles pour les Techniciens de Laboratoire Médical, 7 écoles pour les Assistants en Pharmacie et 2 écoles pour les Techniciens d'Assainissement. La persistance de la forte proportion d'élèves dans la filière infirmière entraîne une surproduction de la catégorie infirmière par rapport à d'autres catégories professionnelles.

La production accrue des infirmiers est traduite par une augmentation du nombre d'infirmiers déployés par le pays, soit 12 infirmiers pour 10000 habitants. La conséquence d'une telle surproduction est le développement non contrôlé des structures privées lucratives offrant des soins de faible qualité et l'utilisation des médecins au niveau du premier échelon du système de santé (médicalisation des CS) dans certaines provinces notamment le Haut- Katanga, le Lualaba, le Kongo central, Maniema et Kinshasa. Ce phénomène est beaucoup plus accentué en milieu urbain. Il convient de rappeler qu'en RDC, l'infirmier est le prestataire de première ligne par délégation des tâches faute de médecins en suffisance dans le pays. Le pays doit réglementer les prestations des médecins comme personnel soignant au 1er échelon et définir quel est le paquet de soins qu'il peut offrir

L'effectif total du personnel de santé répertorié en 2017 est de 161.966 dont 96.196 soit 59.39% sont professionnels de santé et 65.770 soit 40.61% du personnel administratif et de soutien. Sur le plan des professions les infirmiers représentent l'effectif le plus important, 73.046 soit 45.1%, les médecins représentent l'effectif de 9.537 soit 5.9%. La ville-Province de Kinshasa regorge l'effectif le plus important avec 15.541 agents, suivie du Kwilu avec 13.851 agents. La province du Bas-Uélé a l'effectif le moins élevé, soit 2.117 agents.

Dans la gestion des ressources humaines, il existe des disparités importantes dans la répartition géographique. On observe une concentration des personnels de santé dans les grandes villes particulièrement à Kinshasa et dans les centres urbains des provinces. S'agissant du ratio infirmier pour 5000 habitants, il y a lieu au regard des informations ci-dessus d'affirmer une pléthore du personnel infirmier dans toutes les provinces Par rapport au ratio un médecin pour 10.000 habitants seules 3 provinces comprennent les effectifs conformes ou supérieurs aux normes internationales comme l'illustre le graphique ci-dessous (figure 6).

¹⁰ MSP-Direction des Ressources Humaines, Annuaire national des ressources humaines de la santé 2017, Janvier 2018.

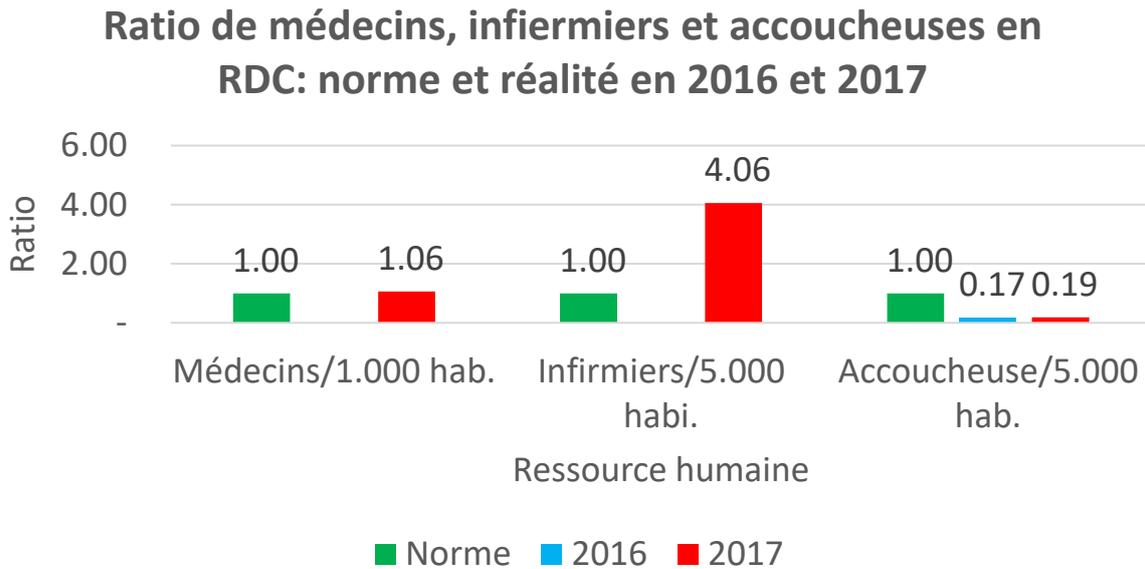


Figure 9: Ratio des médecins , infirmier et sages pour 5.000 habitants

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

La qualité insuffisante de l'enseignement des professionnels de santé et le développement des compétences des prestataires. La qualité insuffisante des professionnels de santé est due à la prolifération des établissements du niveau secondaire, supérieur et universitaire ne répondant pas aux normes. Ces derniers souffrent de sous équipement de laboratoires et de salles de pratiques professionnelles, des lieux de stage de qualité, de la sous qualification de certains enseignants et encadreurs de stages ainsi que des programmes d'enseignement inadaptés aux besoins de terrain et le manque de politique concertée de formation entre le Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire, formateur et le Ministère de la santé, utilisateur des produits des Universités et Instituts Supérieurs des techniques médicales. La formation continue bien qu'ayant été formalisée par l'existence des textes légaux, réglementaires et normatifs, n'a pas connu d'amélioration notable au cours des cinq dernières années.

La faible motivation et fidélisation du personnel de santé. Le personnel de santé est peu motivé étant donné les mauvaises conditions de travail, l'insuffisance des mesures incitatives (*absence de valorisation des acquis d'expériences, absence des opportunités de professionnalisation, absence des primes de brousse et d'éloignement, absence d'avancement en grade, absence de meilleur cadre de travail, autres avantages sociaux...*) et le non-paiement des salaires pour certains et la modicité pour ceux qui en sont bénéficiaires. En 2017, sur

l'effectif de 161.966 agents, 47.052 sont bénéficiaires de salaire soit 29 % des agents. Quant à la prime de risque 106.838 agents toutes catégories confondues en sont bénéficiaires soit 65,9%¹¹.

Le vieillissement du personnel et la question de la mise à la retraite. Le processus de mise à la retraite est l'une des questions essentielles qui préoccupent l'ensemble le du Gouvernement et les administrations au regard du caractère sensible qu'il revêt et de son implication sur la gestion efficace et durable des ressources humaines, précisément sur la gestion des promotions et de recrutement pour assurer la relève dans l'Administration Publique. La non-exécution du processus de mise à la retraite a occasionné un stock de plus de 10.000 agents et fonctionnaires du Ministère de la Santé Publique éligibles à la retraite et un gel relatif presque automatique des promotions. Sous le pilotage du Ministère de la Fonction Publique en collaboration avec le Ministère de la Santé, le processus de mise à la retraite est conduit selon une démarche opérationnelle et séquentielle conforme au plan stratégique de mise à la retraite adopté en 2016 à l'initiative du Ministère de la Fonction Publique.

De ce qui précède, on assiste à un contraste avec d'une part la surproduction numérique d'infirmiers prédominant pour la filière hospitalière dont la majorité concentrée dans les grandes villes et la carence en personnels qualifié dans les autres agglomérations. Le secteur de l'enseignement des sciences de la santé fait face à un déficit de régulation et du contrôle de qualité. Et que tant la surproduction que la qualité de la formation dispensée dans bon nombre de ces écoles sont à l'origine d'un personnel pléthorique et non qualifié

Encadré 3. Problèmes prioritaires des ressources humaines pour la santé :

- 1. Déséquilibre dans la production et répartition inéquitable des RHS :** Certaines catégories (Médecins généralistes, infirmiers) sont en surproduction et d'autres en sous production (accoucheuses, réanimateurs, assistants en pharmacie). Il y a pléthore en milieu urbain et déficit en milieu rural.
- 2. Faible motivation et fidélisation des personnels de santé :** la modicité des salaires et la proportion élevée des personnels de santé ne bénéficiant ni de salaire ni de prime est à la base de cette situation
- 3. Qualité insuffisante de l'enseignement des professionnels de santé et du développement des compétences des prestataires,** due à la prolifération des établissements d'enseignement du niveau secondaire, supérieur et universitaire ne répondant pas aux normes requises et l'absence d'un système de formation continue opérationnel.

¹¹ MSP, Directions des ressources humaines, Rapport annuel d'activités 2017, Kinshasa, Mars 2018

3.2.4. Problèmes liés aux médicaments, vaccins et intrants spécifiques

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

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

L'évaluation du SNAME a clairement ressorti la faible couverture et les faibles capacités opérationnelles des CDR et structures accréditées par rapport à l'étendue du pays. Bien plus, on observe une mauvaise utilisation des CDR existantes comme de dépôts d'entreposage pour les tiers, en lieu et place de leur véritable fonction d'acquisition et de distribution aux ZS. Cette situation est attribuée à la faible mutualisation et intégration des circuits d'approvisionnement au niveau des provinces et par les faibles capacités techniques en termes de personnels bien formés et de procédures conformes aux Bonnes Pratiques de Distribution. La situation d'aujourd'hui est pourtant très différente de la situation il y a quelques années encore. Mis à part les CDR récemment créées et qui ne sont pas encore réellement fonctionnelles, le réseau des CDR était tout à fait en mesure de se charger de l'acquisition des médicaments pour le compte des ZS qui étaient sous leur responsabilité. La situation s'est dégradée avec déresponsabilisation des CDR de leur fonction d'acquisition (y inclus la quantification au niveau des FoSas) par certains partenaires.

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

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

La circulation des médicaments de mauvaise qualité. Les statistiques pour l'année 2017 provenant de 4 laboratoires de contrôle de qualité agréés par le Ministère de la Santé rapportent que 0.5% des médicaments et produits de santé qui entrent en RDC à travers les portes douanières sont non conformes. Sur le 0.5% des produits non conformes rapportés, 45% sont des médicaments contrefaits sans principe actif aucun, 45% sont des produits dont l'étiquetage est non conforme et 10% sont des produits non conformes aux spécifications intrinsèques. Ces statistiques ne représentent que les données prélevées aux frontières, des produits soumis à l'homologation et les cas de contrefaçon attrapés lors des inspections. Cette situation est principalement due à l'absence d'un laboratoire National de contrôle de qualité performant.

Il a été également noté la faiblesse dans l'application de la réglementation pharmaceutique au niveau national et provincial favorise par la multiplicité des points d'entrée des produits pharmaceutiques dans le pays et l'absence d'un mécanisme formel de collaboration entre le Service d'application de la loi (Douane, police, justice) et les services d'application de la réglementation pharmaceutique ; la faible pénalisation des crimes pharmaceutiques, la faible implication des acteurs privés lucratifs dans la lutte contre les médicaments sous standard. En outre, la RDC assiste à l'apparition progressive et à l'amplification de la résistance aux antimicrobiens dans la prise en charge des patients.

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

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

Encadré 4 : Problèmes prioritaires en rapport avec les médicaments

1. **Faible disponibilité des médicaments et intrants spécifiques dans les Fosa**, occasionnée par la faible capacité d'estimation des besoins par les structures du SNAME à différents niveaux et l'insuffisance du financement alloué au médicament par rapport
2. **Persistance de la circulation des médicaments de mauvaise qualité**, liée au déficit des inspections pharmaceutiques, à l'absence d'un laboratoire National de Contrôle Qualité performant ainsi qu'à l'absence d'un cadre formel de collaboration entre les services d'application de la loi et le service d'application de la réglementation pharmaceutique
3. **Le déficit des inspections des établissements et services pharmaceutiques** : les inspections nouvellement créées ne fonctionnent pas encore de manière efficace. Il y a nécessité de renforcer les capacités et pourvoir aux équipements et moyens logistiques
4. **Le déficit du Système d'information en Gestion Logistique peu fonctionnel** : une absence criante de données pour soutenir le processus de quantification des besoins et le manque d'informations sur le stockage et la distribution, le circuit de distribution mal organisé et peu efficace

3.2.5. Problèmes du système d'information sanitaire

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

- La composante « SNIS SSP » est réglementée et fonctionnelle avec des outils de collecte de données, de transmission et d'analyse adoptés avec l'ensemble des parties prenantes et le DHIS2 adopté comme logiciel pays implémenté dans les 516 ZS pour l'analyse des données.
- La composante « surveillance épidémiologique » n'a pas de texte réglementaire et fonctionne relativement bien, car les flambées épidémiques sont détectées plus ou moins à temps grâce à la remontée rapide de l'information même si les ripostes sont organisées souvent en retard.
- La composante « suivi et évaluation des programmes » (PNLP, PEV, PNSR, PNLT-PNEL, PNAM, PNLS, etc.) fonctionne de façon variable mais toujours sans articulation entre les programmes. Elle intègre progressivement la plateforme DHIS2 sous le format modulaire.
- La composante « Comptes Nationaux de la Santé » est fonctionnelle et produit régulièrement les rapports des comptes de la santé de 2008 à 2017. Ces rapports fournissent des informations utiles sur le financement du système de santé et permettent de comparer le niveau de financement de la santé de notre pays avec celui d'autres pays. Le principal défi à relever concerne le financement de la collecte des données de dépenses de santé et la production des résultats des Comptes de la santé étant donné que le Programme National des Comptes Nationaux de la Santé ne dispose pas d'un appui pour son fonctionnement. La composante « Gestion des ressources humaines » est fonctionnelle. Elle nécessite la formalisation des textes y relatifs, la production des outils de collecte, d'analyse des données et la définition du circuit de l'information de la base au sommet.
- La composante « Enseignement des Sciences de Santé » est fonctionnelle. Elle a défini les indicateurs et les outils pour les états des lieux des ITM/ IEM.
- Les composantes « Médicaments » n'est pas encore fonctionnelle. .

De l'analyse réalisée, le SNIS n'est pas encore capable de fournir en temps réel des données de qualité pour la prise de décision et la planification des interventions de santé. Les problèmes liés à ce pilier sont regroupés en trois domaines (i) Faible complétude, promptitude et

correctitude des données collectées, (ii) Faible analyse et utilisation de l'information sanitaire (iii) Faible diffusion de l'information de qualité.

Faible complétude, promptitude, correctitude des données collectées. Les causes de ces problèmes sont :

- La faible disponibilité des outils de gestion SNIS (collecte et transmission) dû à la forte dépendance vis – à – vis des partenaires pour la reprographie des canevas de collecte mais aussi à la centralisation de la reproduction des outils de gestion à Kinshasa,
- La faible intégration des programmes dans le SNIS/DHIS2 entraîne des circuits parallèles de l'information, la multiplicité et la lourdeur des outils de collecte et de transmission des données et engendre la surcharge de travail des prestataires à la base et de la faible qualité de données
- La faible informatisation du SNIS due à la faible disponibilité des équipements à tous les niveaux (outils informatiques, connexion internet, source d'énergie,), à la faible maintenance de ces équipements et à l'absence des ressources pour garantir la connectivité. Cette situation ne favorise pas le passage à échelle de l'utilisation du DHIS2, et
- La faible intégration des structures privées fait suite à l'insuffisance de la contractualisation et la non prise en compte des besoins liés au SNIS (disponibilité des outils, formation du personnel, supervision...) avec ces structures occasionne la perte des informations. Le problème de connexion d'Internet se pose aussi et impact négativement la promptitude

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

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

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

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

Encadré 5 : Problèmes prioritaires en rapport avec le système national d'information sanitaire.

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

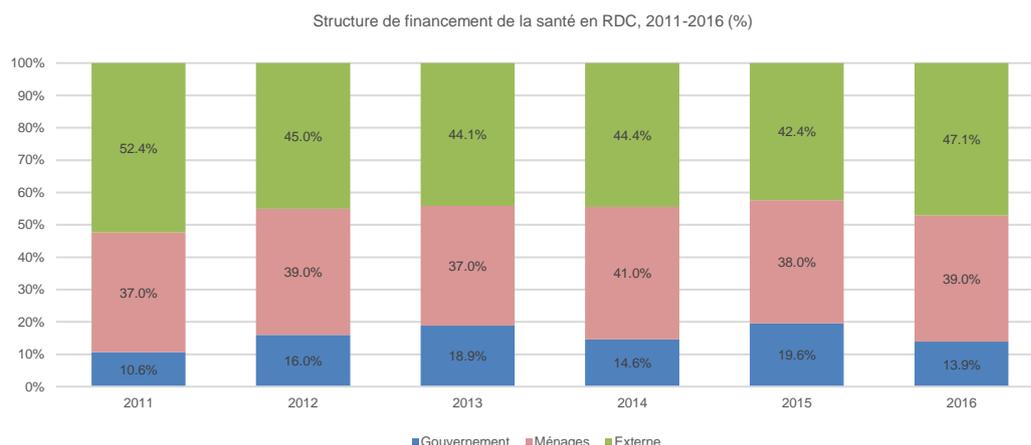
3.2.6. Problèmes liés au financement de la Santé

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

Faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé

Non seulement le niveau des dépenses totales de santé est limité, mais il y a une faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé. Les dépenses totales de santé (DTS) par habitant ont augmenté de 15 dollars en 2008 à 23 dollars en 2016 (CNS, 2016) en valeur réelle, mais restent bien en dessous du coût du paquet de services essentiels établis à 86\$ (McTynre, 2014). Par ailleurs, les dépenses de santé publiques n'étaient que de 3.2 dollars en 2016 : si le budget de la santé s'est cependant accru de 3 à 7% du budget global entre 2008 et 2016, la contribution de l'état par rapport aux DTS a stagné à 14/15 % entre 2008 et 2016 et les dépenses publiques de santé en proportion des dépenses publiques totales a seulement augmenté d'un point de pourcentage entre 2006 (5%) en 2016 (6%). En parallèle, la contribution des bailleurs s'est accrue de 34% en 2008 à 43% des DTS en 2016 posant un problème de pérennité. Plus alarmant encore reste la contribution des ménages par rapport aux DTS : alors qu'elle a légèrement diminué (passant de 43% en 2016 à 34% des DTS en 2018), elle demeure importante.

Figure 6. Structures de financement de la santé en RDC de 2011 à 2016



Source : CNS, 2016

Utilisation inefficace des ressources de santé aux niveaux national et provincial

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

Les procédures de gestion financière et de passation des marchés telles qu'édictées ne sont pas strictement respectées dans le secteur. Il y a aussi une faiblesse observée dans la régulation et le contrôle du financement et la gestion des ressources : les documents et les pièces comptables ne sont pas bien tenus ; l'inexistence des normes d'utilisation des recettes générées au niveau des structures sanitaires ; les informations financières de quelques appuis des partenaires sont difficilement communiquées et leur gestion peu transparente.

Tableau 1. Information sur la dépense publique de santé et son exécution, 2008-2016

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dépenses publiques de santé en % des dépenses publiques totale	5	5	3	3	4	6	5	6	6
Dépenses publiques de santé per personne	2.2\$	2.1\$	1.5\$	1.5\$	2.5\$	3.6\$	3.1\$	4.3\$	3.2\$
Budget de la santé, % budget total	3	5	6	4	8	5	7	4	7
Exécution du Budget Santé	100	63	53	59	27	69	32	59	96

Source: CNS, 2016

Il y a d'énormes variations dans l'allocation des transferts pour la santé aux provinces.

Le budget au niveau des provinces est composé de transferts centraux et de recettes mobilisées au niveau des provinces dont une portion est allouée à la sante¹². En moyenne, les provinces allouent 18% du montant total de leur transferts centraux a la sante. Il y a cependant de grandes variations. Par exemple, Kinshasa et Tshopo allouent respectivement 29% et 33% de leur montant total a la sante alors que d'autres régions allouent moins de 10% comme le Kwango et Lualaba. Ces transferts n'incluent pas le budget de fonctionnement qui provient d'une enveloppe centrale que les gouvernorats reçoivent et dont l'allocation au secteur de la sante reste à leur discrétion.

Par ailleurs, ces transferts centraux alloués à la santé sont largement sous-utilisés. La moitié des provinces exécutaient moins de 42% de leur budget en 2016 et 46% en 2017. Plusieurs provinces utilisent moins de 20% de leur budget (Tableau X). Dans la plupart des cas, ces résultats très médiocres proviennent de la non-utilisation du budget « investissement » qui représente près des trois quarts des transferts santé et de la faible utilisation de la ligne budgétaire « rémunération ». A l'inverse, certaines provinces ont dépensé plus qu'elles ne le pouvaient. Il s'agit spécifiquement de la mécanisation des Professionnels de santé et du Personnel administratifs qui aurait gonfler la ligne budgétaire « rémunération ». Il est cependant nécessaire de mener des analyses pour mieux comprendre les causes de la faible utilisation des allocations sante.

Il y a une faible corrélation entre les allocations par province, la population et les besoins des provinces. En principe, les provinces avec des indicateurs de sante les plus faibles devraient recevoir un financement par habitant plus important pour pouvoir combler leur retard. Or, les provinces qui ont les plus faibles indicateurs de santé ont aussi une allocation budgétaire faible. Il faudrait redéfinir les critères d'allocation des ressources aux provinces en incluant des critères d'équité et d'efficience.

¹² La Constitution de la RDC du 18 février 2006 telle que modifiée à ce jour a prévu une retenu à la source (au niveau des provinces) de 40% des recettes nationales. Dans la pratique, ce n'est pas encore d'application. Toutes les recettes mobilisées sont versées au Niveau Central. C'est ainsi que le niveau central procède à ce transfert dans trois rubriques, à savoir : Fonctionnement, Investissements et Rémunérations (Source, CNS, 2018)

Tableau 2. Exécution budgétaire et indicateurs de sante par province

	Execution budgetaire des provinces			Vaccination Complete	Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire formé	Allocation santé provincial par personne
	2016	2017	2018	EDS 2013-14	EDS 2013-14	
Bas Uele	6%	4%	4%	73	45	3.71
Equateur	366%	316%	35%	84	67	6.97
Haut-Katanga	109%	137%	22%	87	69	5.03
Haut-Lomani	3%	4%	4%	46	46	2.46
Haut-Uele	13%	11%	8%	89	55	2.01
Ituri	14%	15%	9%	91	69	1.15
Kasai	18%	16%	6%	82	57	1.42
Kasai Central	110%	110%	34%	83	67	2.33
Kasai-Oriental	209%	168%	35%	89	68	3.59
Kongo-Central	92%	83%	34%	95	75	2.74
Kwango	41%	32%	20%	61	55	2.01
Kwilu	213%	50%	45%	93	66	1.95
Lomami	64%	64%	19%	67	52	3.44
Lualaba	4%	4%	4%	70	51	3.45
Mai-Ndombe	41%	44%	36%	91	66	1.62
Maniema	74%	77%	29%	87	64	2.45
Mongala	21%	23%	11%	60	33	1.37
Nord-Kivu	86%	104%	40%	92	81	1.33
Nord-Ubangi	20%	24%	12%	54	45	2.26
Sankuru	27%	25%	21%	39	23	2.54
Sud-Kivu	80%	88%	40%	92	77	1.33
Sud-Ubangi	22%	29%	14%	70	56	1.57
Tanganyika	7%	7%	7%	17	16	1.53
Tshopo	303%	297%	38%	88	57	3.82
Tshuapa	43%	49%	18%	38	29	2.54
Kinshasa	109%	113%	59%	97	82	5.13
Median	42%	46%	20%			

Source : Ministère du Budget, 2016-2018. Note que l'année 2018 s'arrête en Juin et montre ainsi une faible utilisation du budget de la sante et EDS, 2013-14

En dehors d'une sous-utilisation des dépenses publiques, les dépenses extérieurs font également face à des inefficiences. Il y a en effet une fragmentation de l'aide publique au développement : 34% des dépenses externes ne sont pas gérées directement par le Ministère de la Santé. Au niveau, micro, certaines FOSA ont également une faible productivité, affectant la qualité des services de santé et son efficience. D'après Kalambay et Van Lerberghe (2015), certains centres de santé urbains ont plus de 30 infirmières alors qu'ils n'enregistrent au total que 5 consultations par jour. Ils estiment également que le personnel fantôme et le personnel en âge de partir à la retraite représentent près de 30 % des employés en milieu urbain ; bien qu'ils ne travaillent pas, ils continuent à percevoir leurs salaires. En conséquence, les rendements du système sont relativement faibles cars, à dépenses totales en santé égales, près de 60% des enfants de moins de cinq ans n'ont pas accès aux traitements de base (Banque Mondiale, 2014).

Encadre 6 : Problèmes prioritaires par rapport au Financement de la Santé.

1.Faible montant des dépenses totales de santé et niveau très bas de l'allocation des ressources publiques au secteur de la santé

2.Inefficience des dépenses publiques internes et externes

3.2.7 Problèmes de gouvernance du secteur santé

Pour paraphraser Siddiqi et al. (2008), la gouvernance est considérée comme un facteur déterminant de la réalisation des ODD dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Dans le domaine de la santé, elle implique des changements aux niveaux où s'exerce la régulation, notamment au niveau macroscopique (central) qui définit les grands principes d'organisation qui assurent la cohérence de l'ensemble du système de santé (Contandriopoulos, 2008).

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

Faible régulation et normalisation du secteur

Le secteur de la Santé fonctionne avec des lois et règlements désuets. Selon les articles 47 et 202 de la Constitution de la RDC du 18 février 2006 modifiée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011, le secteur de la Santé devra être doté d'une loi qui fixe les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique et de la sécurité alimentaire ainsi que d'une loi sur le commerce pharmaceutique. Ces deux lois, pourtant fondamentales pour régir le secteur de la santé, ne sont toujours pas votées par le Parlement. Par conséquent, le secteur de la santé reste encore régi par le décret-loi sur l'art de guérir qui date de 1952 et par la loi pharmaceutique de 1933. Il en est de même de l'absence de la loi sur le financement de la santé dans la vision de la CSU.

Les textes réglementaires (décret sur les hôpitaux, mesures d'application de la décentralisation dans le secteur de la santé en ce qui concerne le recrutement, la gestion de la carrière et la production des ressources humaines du secteur de la santé, carte sanitaire) devant réguler les compétences concurrentes entre l'Etat et les Provinces en matière de santé ne sont pas toujours élaborés, ceci engendre des confusions dans l'interprétation de certaines dispositions. Par ailleurs, le texte devant reconnaître l'utilité du SNAME de manière à garantir son financement par l'Etat et sa pérennisation n'est pas encore endossé par le Gouvernement. Ce vide juridique imputable notamment à la faible capacité institutionnelle du secteur de la santé en légistique ouvre la porte à toutes sortes de distorsions qui favorisent la commercialisation des soins, l'implantation anarchique des structures de soins, des établissements d'enseignement de science de la santé et des pharmacies dans la totale impunité.

En outre, le secteur souffre de l'insuffisance de la diffusion et vulgarisation des textes réglementaires. Durant la mise en œuvre des PNDS 2011-2015 et 2016-2020, le Ministère de la Santé a élaboré :(i) les normes d'intervention en santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, (ii) le plan stratégique de la santé communautaire, (iii) les référentiels de

formation des ECZ, de sages-femmes et des accoucheuses, (iv) le manuel de procédures de gestion, (v) les ordinogrammes et guides thérapeutiques, (vi) les outils de surveillance de décès maternels et riposte, (vii) les modules de formation continue aux soins obstétricaux néonataux d'urgence selon la nouvelle approche basée sur les compétences, (viii) les outils de gestion de médicaments de la liste nationale de médicaments essentiels .

Aussi, le niveau central qui devrait diffuser les normes en provinces ne dispose pas toujours de ressources nécessaires à leur reproduction et certaines normes déjà validées sont insuffisamment vulgarisées dans les zones de santé. Par ailleurs, de nombreux documents de normes élaborés par les programmes spécialisés non validés par le comité de coordination sectoriel sont diffusés dans les zones de santé sans l'aval de l'autorité de tutelle. Toutefois, certaines normes essentielles font encore défaut, notamment les normes relatives au fonctionnement des ZS en milieu urbain et celles relatives aux prestations. L'insuffisance de normes de soins au niveau opérationnel ne facilite pas l'inspection-contrôle et l'audit de la qualité des services.

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

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

Cette réforme du niveau central souffre (i) de la faible vulgarisation et appropriation des acteurs, (ii) du faible financement et (iii) du plan social d'accompagnement

Le niveau Provincial : A ce niveau, les 26 DPS ont été créées¹³. Les chefs de divisions et les chefs de bureaux ont été recrutés sur concours. Le fonctionnement de ces DPS n'est pas optimal pour diverses raisons : (i) insuffisance de ressources financières et matérielles pour la mise en œuvre des plans opérationnels malgré la mise en place progressive du Contrat Unique, (ii) faible motivation du personnel, (iii) insuffisance d'accompagnement par le niveau central et (iv) retard de transfert des responsabilités des coordinations provinciales des programmes spécialisés qui drainent plus de 60% de ressources financières vers les DPS..

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

La collaboration au sein du secteur et avec les autres secteurs n'est pas encore optimale pour favoriser l'offre et la demande des services et soins de santé de qualité.

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

¹³Arrêté No 1250/cab/min/sp/008/CJ/OaB/2012 portant réorganisation des DPS

Aussi, quelques contrats signés avec les privés sur base du vademécum du partenariat qui régleme le Partenariat Public-Privé (PPP) dans le secteur ¹⁴ souffrent de l'insuffisance d'application et de suivi. Il en est de même pour (i) l'accréditation et la labellisation des structures privées pour les pousser à aller vers l'excellence et (ii) le Cadre Permanent de Dialogue avec la Société civile envisagée en 2010. Ceci pourrait bien expliquer le développement d'un secteur privé mal régulé avec une implantation des services et structures sanitaires ne répondant pas aux normes.

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

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

Aussi, la collaboration avec le Ministère de l'Emploi, Travail et Prévoyance Sociale n'est pas encore au point pour la mise en œuvre effective de la CSU malgré sa prise en compte dans la politique de la protection sociale pour les employés aussi bien du secteur formel qu'informel. Et pourtant, ceci a des implications dans la perspective de la couverture sanitaire universelle.

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

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

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

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, il y a très peu d'efforts communautaires pour la création des mutuelles de santé et autres mécanismes de partage de risque. L'insuffisance de sensibilisation et d'implication des communautés entrave l'utilisation des services.

Au regard de la dynamique de la décentralisation, il faut repenser la dynamique communautaire comme un espace de concertation entre des élus des ETD et des services techniques. A cet effet, il y a lieu de penser à la mise en œuvre de la stratégie commune de participation communautaire en mettant à contribution les différentes parties prenantes, y compris les Ministères concernés.

¹⁴Ce vademécum du partenariat élaboré en 2002 mérite d'être adapté dans le cadre de la décentralisation

La coordination du secteur présente quelques difficultés

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

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

Encadré 7 : Problèmes prioritaires en rapport avec la gouvernance :

- 1. la régulation du secteur reste insuffisante et la normalisation du secteur est insuffisante et peu efficace:** les textes légaux institués par la constitution et les textes réglementaires ne sont pas pris. Plusieurs normes élaborées et circulantes dans les ZS ne sont ni validées ni adoptées par le CCT. La diffusion et la vulgarisation en fait défaut.
- 2. Lenteur dans la mise en place des réformes structurelles dans le secteur santé :** la réforme du niveau central celle du niveau intermédiaire .
- 3. Collaboration intra et intersectorielle non optimale pour améliorer la santé de la population:** chevauchements d’attributions entre certaines structures du MSP demeurent encore, plusieurs cadres de concertation n’ont pas fonctionné et le suivi des contrats dans le cadre du partenariat Public Privé reste encore insuffisant
- 4. Faiblesse de la dynamique communautaire en appui à la demande de soins :** les organes de participation communautaire ne sont pas fonctionnelles pour contribuer à prise de décision en réponse aux attentes des communautés
- 5. La coordination du secteur a été rendue difficile à cause de la faiblesse dans le fonctionnement des commissions du CNP-SS et de CPP-SS, du déficit de la production des informations stratégiques pour le suivi et évaluation.**

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

La protection financière de la population est analysée par rapport aux modes de paiement des soins et en lien avec les capacités des ménages à financer leur accès aux services et soins. Services et soins.

3.3.1. Inégalités d’accès financier aux services

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

Les inégalités d'accès financier aux services de santé touchent de plein fouet les plus pauvres, les ménages dont la femme a accouché et les ménages qui ont un ou plusieurs membres âgés de plus de 65 ans. En 2012, 4.8% des ménages encouraient des dépenses catastrophiques de santé en RDC (voir Figure 4¹⁵). Plus spécifiquement, 2.5% des ménages les plus riches en encouraient contre 8,7% pour les ménages les plus pauvres. 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).

Le tableau 3 illustre le type d'établissement de santé que les ménages ont visité lors de leur première consultation au cours des quatre semaines précédentes.

Tableau 3. Couverture des services de santé par quintile de richesse

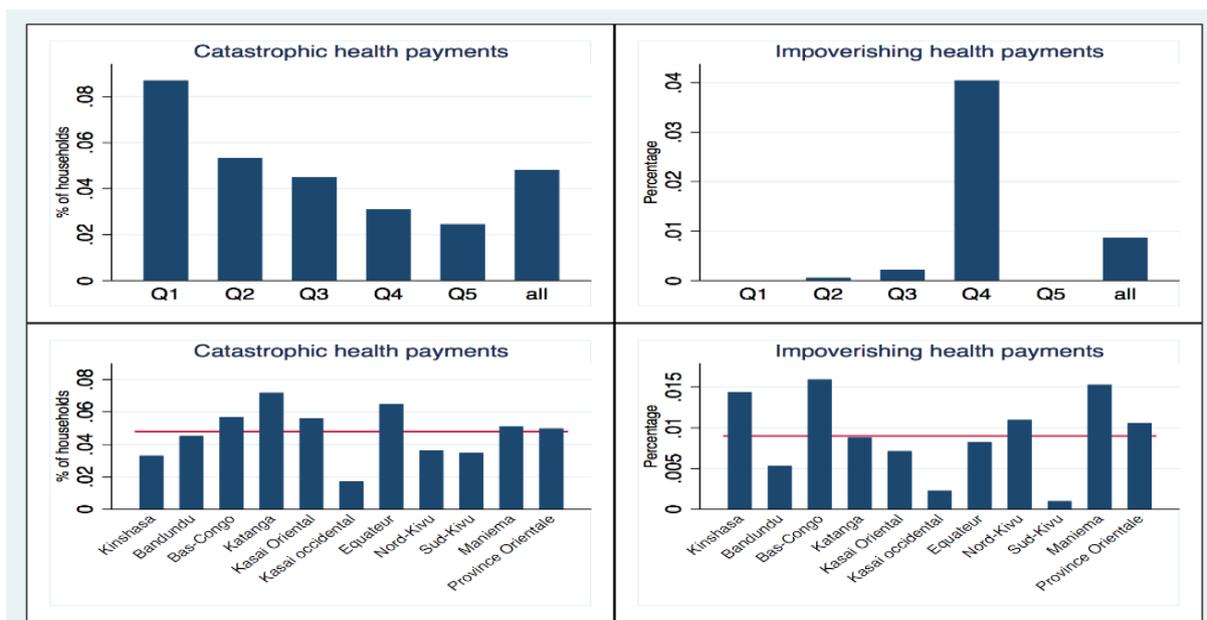
	Prévalence nationale (pourcentage)			Inégalités (Indices de concentration Q5/Q1)			EDS 2013/14					
	2007	2013	Annual change	2007	2013	Period change	Q1 (Pauvres)	Q2	Q3	Q4	Q5 (Riches)	
Besoin de PF non satisfait	31.8	32.9	0.6%	-0.03 (***)	-0.03 (***)	-0.01	33.9	33.1	34.1	34.9	28.7	■ ■ ■ ■ ■
Contraception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

3.3.2. Insuffisance des mécanismes de protection et partage des risques

Il y a quelques variations sur la protection financière par province, mais elles ne sont pas significatives. Le Kasai occidental détient la plus faible proportion de ménages encourant des dépenses catastrophiques de santé (environ 2%) tandis que le Katanga a la prévalence la plus élevée (7,2%) (Figure 4). A Kinshasa, environ 3,3% des ménages encourant des dépenses catastrophiques de santé. Des analyses économétriques démontrent en fait que la location géographique n'a pas un effet significatif sur la prévalence des dépenses catastrophiques de santé des ménages. Les ménages du Bandundu, du Kasai-Occidental et du Sud-Kivu étaient moins susceptibles d'engager des dépenses catastrophiques de santé. Ceci est probablement dû au fait que les ménages de ces provinces ont un accès restreint aux soins de santé (19% des ménages du Kasai Occidental et 13% des ménages du Sud Kivu ne consultent pas un médecin en raison du coût).

Figure 7 : Mesures de protection financière entre les quintiles et les provinces

¹⁵ La méthodologie utilisée pour estimer les dépenses catastrophiques de santé en RDC suit la méthodologie du rapport de la CSU Mondiale (OMS/Banque Mondiale) qui utilise les seuils de 10% et 25% de la consommation totale des ménages allouée à la santé. Dans ce cas précis, nous avons opté pour les seuils de 10%. Les ménages encourant des dépenses catastrophiques de santé lorsqu'ils allouent plus de 10% de leur consommation totale à des dépenses de santé.



Source : Estimations de la Banque Mondiale basée sur l'enquête 1-2-3, 2012

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

4. Vision, Objectifs sectoriels et Principes directeurs

4.1. Vision

A l'orée 2022, la République Démocratique du Congo sera avancée vers l'accès universel à des services de qualité et la réduction de l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages afin de leur permettre de contribuer au développement économique de la nation

4.2. But

Contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2022 dans le cadre de la Couverture Sanitaire universelle et autres cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD).

4.3. Objectif général

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

4.4. Cibles et effets attendus

CIBLES	EFFETS ATTENDUS
Cible 1 : Réduction de la mortalité maternelle	D'ici à 2022, contribuer à réduire de 846 à 548 les décès maternels pour 100 000 naissances vivantes
Cible 2 : Réduction de la mortalité infanto-juvénile	D'ici à 2022, contribuer à réduire la mortalité infanto-juvénile de 104 à 60 décès pour 1000 naissances vivantes
	D'ici à 2022, contribuer à réduire la mortalité la mortalité néonatale de 28 à 14 pour 1.000 naissances vivantes
Cible 3 : Contrôle de l'épidémie de VIH, de tuberculose, de paludisme et des maladies tropicales négligées ;	D'ici à 2022, contrôler l'épidémie de VIH, de tuberculose, de paludisme et des maladies tropicales négligées
	D'ici à 2022, le nombre de personnes vivant avec le VIH et qui reçoivent un traitement aux antirétroviraux passe de 101.924 (24,1%) à 315.000 (75%)
Cible 4 : Contrôle des maladies non transmissibles	D'ici à 2022, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurés dû à des maladies non transmissibles
Cible 5 : Réduction de la malnutrition chronique est réduite de 43% à 33%	D'ici à 2022, la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant la malnutrition chronique est réduite de 43% à 33%
Cible 6 : La réduction du paiement direct et des dépenses catastrophiques	D'ici à 2022, la population bénéficiant d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité augmente de 1,5 à 10%

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

Pour atteindre cet objectif sectoriel, trois axes/orientations stratégiques vont guider les interventions et les principales actions du Ministère de la Santé Publique. Ces axes tirent leur origine à partir de trois fonctions du système de santé. Il s'agit de ;

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

Axe 2. Appui aux piliers du système de santé du système de santé pour l'amélioration de la disponibilité et l'accès aux soins de qualité

Axe3. Appui à la gouvernance, au leadership et au pilotage du système de santé

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

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

5.1.1. La couverture et de l'accès à des structures offrant des soins et des services de santé de qualité est augmentée de 30 à 60%.

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

Amélioration de la couverture sanitaire

Ce programme consiste à développer les plans de couverture des Zones de Santé et à créer des services de soins de premier et deuxième échelon. Il s'agira d'une part de l'extension de la couverture sanitaire à travers la construction, la réhabilitation et l'équipement des CS et HGR et d'autre part d'organiser les HGR de manière à offrir un PCA en interaction avec les CS organisés pour assurer le PMA par un personnel compétent et en interaction avec la communauté desservie.

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

Dans la même dynamique, l'amélioration de l'offre de référence secondaire et tertiaire s'avère indispensable étant donné que la continuité des soins nécessite la mise en place de Services hospitaliers et des Laboratoires de référence secondaire et tertiaire. Aussi, la carte sanitaire devra définir l'implantation de nouveaux Hôpitaux provinciaux qui devront intégrer les Laboratoires provinciaux de santé publique. La réhabilitation et la construction des structures de santé de référence secondaire et tertiaire se feront conformément à un programme d'investissement et de modernisation des infrastructures et équipements des structures de santé.

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

La qualité des soins résulte d'un processus multifactoriel qu'il convient de conceptualiser dans chaque HGR et dans chaque CS. Les ordinogrammes, fiches techniques et protocoles thérapeutiques seront utilisés aux niveaux des CS et des HGR pour - l'adéquation diagnostic traitement. Il sera mise en place la politique d'accréditation des structures des soins soit instaurée en vue de garantir la qualité des soins. Des Ordres professionnels seront mis en contribution pour ce faire Afin d'apporter une réponse appropriée aux problèmes prioritaires de santé, l'attention est portée sur les paquets de services et de soins dans les domaines suivants :(i) Renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé reproductive, de la mère, *du nouveau-né*, de l'enfant et de l'adolescent, (ii) Renforcement du contrôle des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles, (iii) Amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, les épidémies, les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire.

Renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

Les interventions en faveur de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent sont choisies en fonction de l'évolution de la charge de morbidité et de mortalité. En 1990 les maladies transmissibles, conditions périnatales et déficiences nutritionnelles en Afrique Sub-Saharienne représentaient à peu près la moitié de la charge de maladie totale de la région.

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

La RDC étant l'un des pays de la région à plus faible revenu, il s'ensuit que la majorité de sa charge de maladie continue à être attribuable à ces conditions (voir **Error! Reference source not found.**). Il s'ensuit également qu'un paquet d'interventions prioritaires pour la RDC doit mettre l'accent sur ces problèmes de santé. Cependant, on peut prévoir que l'importance des maladies transmissibles va diminuer dans le pays, comme le montre la figure pour la région, spécialement si le pays accélère son effort pour combattre ces causes de mortalité et morbidité.

Renforcement du contrôle des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles

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

Les interventions se focaliseront sur la promotion de la santé qui reste transversale dans la lutte contre la maladie avec des interventions spécifiques en lien avec les maladies transmissibles et non transmissibles. Ainsi, dans le cadre de la promotion de la santé les interventions viseront à améliorer les comportements et les pratiques sains fondés sur la famille en mettant l'accent sur une communication visant à modifier les comportements pour un mode de vie sain, y compris la santé mentale et le processus de changement de comportement, un bon état de santé mentale de la cible du message éducatif est très capital.

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

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

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

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

Rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires

La rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires exige que soit développé à chaque niveau un leadership intégré (Zone de Santé, province et niveau central) pour piloter la réorganisation fonctionnelle des formations sanitaires et Services spécialisés en rapport avec leurs missions spécifiques ainsi que la coordination et la planification de l'action sanitaire. Cette rationalisation suppose donc une action au niveau administratif (organigramme, profils de poste et gestion de carrière, etc.), financier et technique.

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

Au niveau intermédiaire, un accent sera mis sur la poursuite des réformes en rendant opérationnelles les 26 DPS et 26 IPS, en intégrant les Coordinations et Antennes des Programmes spécialisés dans les DPS, l'extension du contrat unique et le renforcement des capacités des DPS à accompagner les ZS dans leur développement.

Au niveau opérationnel, le leadership se traduira par un encadrement des équipes des centres de santé en ce qui concerne la mise en œuvre du paquet minimum d'activités (PMA) dans les centres de santé et la réorganisation de l'offre du PCA dans les HGR. Au niveau communautaire, il y aura la participation de la communauté dans les activités préventives et promotionnelles.

L'adéquation entre le profil du personnel et les exigences des prestations sera de stricte application. Une meilleure organisation de la référence et de la contre référence entre les CS et les HGR au niveau de référence primaire, les HGR et les Hôpitaux Provinciaux (HP) au niveau de référence secondaire et enfin, entre les HP et les Hôpitaux Nationaux (HN) dont les Cliniques Universitaires au niveau de référence tertiaire, associée à la supervision intégrée, permettra d'assurer la globalité, l'intégration et la continuité des soins. Ceci suppose que ces structures de référence connaissent une ré habitation physique et fonctionnelle et soient équipées en conséquence. Une attention particulière sera accordée à la prise en compte du secteur privé ainsi que d'autres Etablissements du secteur publique de la santé (Armée, Police, Banque, justice...).

5. 1.2. Augmentation de proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs)

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

Renforcement de la participation communautaire

La participation effective de la population à l'action sanitaire permettra d'identifier les problèmes et les besoins de santé de la population et en même temps de mettre en place et/ou de renforcer les organes de participation communautaire définis dans la stratégie commune de participation communautaire. Les membres des organes de participation communautaire seront capacités afin de leur permettre de jouer pleinement leur rôle.

Les prestataires établiront un dialogue avec la communauté organisée, afin d'écouter ses besoins et de l'impliquer dans le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de l'action sanitaire. En outre, ils s'assureront de la prise en compte du point de vue des communautés dans la prise de décision et lors de l'organisation de la prestation de services.

Le contrôle communautaire contribuera à l'amélioration de la qualité de l'offre des soins et permettra de garantir les acquis obtenus.

Promotion de l'utilisation des services de santé

Les actions de promotion seront menées pour faire connaître les interventions offertes par les Services de santé en vue de répondre aux problèmes et besoins spécifiques de la communauté.

Les activités de marketing social et de communication seront intensifiées en collaboration avec les secteurs connexes (Enseignement, Environnement, Eau, Agriculture, Habitat,) et les leaders communautaires pour une meilleure utilisation et appropriation des services et soins de santé. A cet effet, des organes de participation communautaire et les leaders d'opinions seront mis à contribution pour garantir les chances de succès de cette approche. Il sera mis en place un mécanisme/réseau pour assurer l'autonomisation des patients.

Extension des sites de soins communautaires question

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

La mise en œuvre de ce programme demandera un renforcement des compétences et l'appui aux agents de santé communautaire. En outre, un processus de coordination des interventions au niveau communautaire sera opérationnalisé pour une meilleure harmonisation des interventions.

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

Cet axe concerne les interventions à mener dans les différents piliers pour influencer la disponibilité des services et soins de qualité en réponse aux besoins des populations. Les interventions liées à la rationalisation du financement de la santé et le renforcement de la gouvernance sont traités dans les sections qui y sont consacrées

Ces interventions visent les résultats suivants :

- Résultat 2.1 Amélioration de la disponibilité, des compétences et la motivation des ressources humaines
- Résultat 2.2 Amélioration de la disponibilité des médicaments et intrants spécifiques de qualité
- Résultat 2.3 Réhabilitation/construction des infrastructures et dotation en équipements
- Résultat 2.4 Amélioration de la disponibilité et la circulation de l'information sanitaire de qualité.
- Résultat 2.5 Amélioration du financement de la santé et réduction des coûts pour l'accès aux soins.

5.2.1. Développement des ressources humaines pour la santé

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

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

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

Amélioration de la formation de base.

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

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

Développement des compétences des prestataires.

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

En application de la politique sectorielle de la formation continue, le secteur procédera à la vulgarisation du cadre normatif, l'élaboration des référentiels et des plans conjoints de la formation en réponse aux besoins prioritaires, y compris la formation clinique ainsi que la mise en place des centres de training des prestataires à travers les provinces, la remise à niveau des formateurs, la mise en œuvre des plans conjoints annuels de formation continue et le

développement des dispositifs de mise en pratique des acquis de la formation continue à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Dans les 5 prochaines années, le Ministère de la santé publique appuiera en priorité la formation des spécialistes cliniciens dans les domaines prioritaires liés à la santé de la mère et de l'enfant en vue de couvrir les besoins du pays. L'attention sera aussi portée sur la poursuite des efforts en matière de renforcement des capacités des ressources humaines dans les domaines prioritaires, notamment le management des SSP, la gestion des soins essentiels du nouveau-né et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) et la surveillance intégrée des maladies et riposte.

Il sera mis en œuvre, dans les limites des moyens et en fonction des marges de faisabilité, le programme de reconversion du personnel pléthorique vers des catégories déficitaires dont les sages-femmes et accoucheuses d'une part et d'autre part la création des catégories tel le secrétariat médical à l'INPESS pour reconvertir les jeunes administratifs vers cette nouvelle catégorie. Il y a lieu de relancer cette stratégie. En marge du nouveau constat qui par ailleurs remonte d'une longue date, celui des effectifs élevés des infirmiers, il conviendra de recourir à, la stratégie de leur reconversion vers les sages-femmes en passant par la mobilisation des bourses d'études pour les requérants devant faire trois ans à l'ISTM et par l'encouragement des personnes concernées pour que ces personnels répondent aux normes ICM de cette catégorie

5.2.2. Approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et intrants

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

Maitrise des besoins et de gestion des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans les FOSA. Les capacités des structures des ZS sont renforcées dans l'estimation correcte de leurs besoins réels, en gestion et en utilisation rationnelle des médicaments par le recours aux ordinogrammes, aux guides thérapeutiques nationaux, aux fiches techniques et autres directives et protocoles. Les prestataires sont formés aux bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments, et l'encadrement par les DPS et les équipes cadres (ECZ) sur ces questions est effective. Les comités de quantification des médicaments¹⁶, vaccins et intrants spécifiques sont rendus opérationnels. Ils ont la charge d'analyser et de valider les besoins réels en médicaments et intrants spécifiques au niveau provincial et central en vue d'un approvisionnement adéquat. Un accent sera mis sur la chaîne de quantification des besoins et la responsabilisation des formations sanitaires dans les quantifications des médicaments, vaccins et intrants pour tous les produits dont ils ont besoins, y inclus ceux qui sont entièrement financés par les PTFs.

¹⁶ Les comités de quantification des médicaments sont sous la responsabilité de la commission médicament du CCT-SS et des groupes de travail médicament du CPP-SS.

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

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

Amélioration de la qualité des médicaments, vaccins et intrants spécifiques essentiels dans un secteur pharmaceutique mieux régulé.

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

Promotion de la production locale des médicaments.

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

Amélioration de la cohérence du financement des médicaments et renforcement du SNAME. Les ressources financières sont mobilisées à la hauteur des besoins estimés en ; (i) allouant les budgets suffisants incluant les coûts logistiques de distribution, (ii) utilisant en priorité les fonds générés par les fonds recouverts (vente des médicaments ou forfait) pour la reconstitution du stock des médicaments, et (iii) améliorant la coordination et visibilité des financements alloués aux médicaments.

5.2.3. Développement des Infrastructures et équipements

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

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

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

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

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

Renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements acquis. Les normes relatives à la gestion des équipements et matériels seront actualisés et vulgarisés Les pools de maintenance seront organisés dans les 26 DPS. Ils seront dotés des outils collectifs et individuels nécessaires au suivi des infrastructures et de la fonctionnalité des équipements. Il sera institué une politique d'amortissement et de maintenance régulière des équipements, matériels et infrastructures du MSP à tous les niveaux. Une contractualisation avec les maisons d'expertises sera envisagée avec un plan de renforcement des capacités des pools de maintenance du Ministère de la Santé Publique.

5.2.4. Renforcement du système d'information sanitaire

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

Amélioration de la complétude, promptitude et correctitude des données collectées.

Les actions envisagées dans ce programme sont :

- Révision et harmonisation des outils de collecte d'information sanitaire (de toutes les interventions du PMA, PCA et autres activités de santé)
- Déploiement des ressources et renforcement des capacités pour l'usage correct de ces outils
- Définition du circuit et du calendrier de transmission de l'information sanitaire
- Intégration des structures privées dans le SNIS et leur prise en compte dans le paramétrage du DIHS2.
- Extension de la digitalisation et de l'utilisation de logiciels appropriés pour capter et remonter les informations sur l'ensemble des prestations des SSP, les interventions des programmes spécialisés du secteur de la santé, l'information du dossier médical, les logiciels de gestion des malades dans les hôpitaux, de comptabilité, de gestion programmatique et budgétaire, de gestion de stock seront développés et mis à jour.
- Appui au réseau intranet de communication du Ministère de la Santé Publique à tous les niveaux du système par la dotation en équipements modernes (informatique, énergie, VSAT, fourniture de connexion) et le renforcement des capacités des acteurs en maintenance.
- L'évaluation de la qualité des données se fera à tous les niveaux par le processus d'auto évaluation au niveau des FOSA, les audits de qualité des données par des approches harmonisées.

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

Dans ce programme, les actions suivantes seront menées :

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

Amélioration de la diffusion de l'information sanitaire.

Dans ce programme, les actions suivantes seront menées :

- Production et diffusion des rapports d'activités à différents niveaux et les bulletins d'information sanitaire.
- Diffusion des informations stratégiques sectorielles à travers les revues annuelles et le site web du MSP.
- Mise à jour et alimentation du site web du MSP pour mise en ligne des documents et informations stratégiques (rapport, annuaire statistique, rapport des enquêtes et recherches),
- Mise en place d'un entrepôt qui permettra une interconnexion de toutes les bases de données du secteur sur un seul serveur central en vue de les rendre disponibles au public.
- Appui au fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé et le développement progressif du plan cybersanté.

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

Les sous-axes liés au financement de la santé reprennent les priorités de la stratégie de financement de la santé et ont a pour objectif de résoudre les 3 problèmes prioritaires identifiés dans le diagnostic du financement de la santé.

Accroître les ressources financières disponibles pour le secteur de la santé :

Cet accroissement passe par les actions ci-dessous :

- **Améliorer le système de collecte et d'administration des recettes existantes.** Cette activité consiste à initier des discussions avec le ministère du Budget autour du Comité de réforme des finances (COREF). Cette activité nécessite une assistance technique ciblant l'amélioration de l'administration fiscale et douanière pour comprendre les retombées de telles reformes sur les recettes et donc ressources disponibles pour la santé.
- **Réviser l'exercice d'établissement des priorités dans le budget du Gouvernement et viser à augmenter l'enveloppe de la santé.** Cette activité permettra d'identifier les priorités du Ministère de la Santé dans le budget, de mettre en place un budget programme avant chaque conférence budgétaire et faire leur suivi. Une assistance technique en finance publique pourrait déjà identifier les classifications en lien avec les priorités clés du PNDS recadré. Il faudrait notamment revoir le CDMT et évaluer si les classifications actuelles sont conformes aux priorités du PNDS.
- **Étudier la faisabilité de « taxes sur les produits nuisibles à la santé » (alcool, boissons sucrées, tabac etc.) au niveau national and régional.**

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

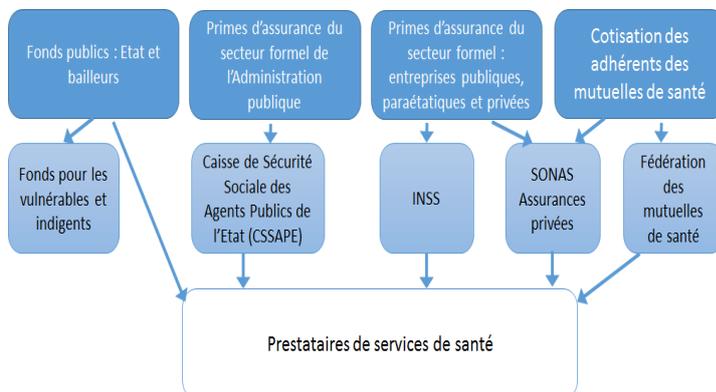
Une mobilisation des ressources ne peut pas passer sans une amélioration de l'utilisation des ressources actuelles. Faire un plaidoyer auprès du Ministère du Budget à la fois pour la santé et pour le niveau décentralisé requière une amélioration dans l'exécution budgétaire, et plus de constance de ce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

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

pyramide sanitaire, la subventions au fonctionnement en faveur des Structures sanitaires publiques au niveau opérationnel et la mise en œuvre l'achat stratégique au niveau des FOSA, qu'elle soit financement basé sur la performance ou autre afin d'augmenter l'utilisation et la qualité des services du paquet de base offerts.

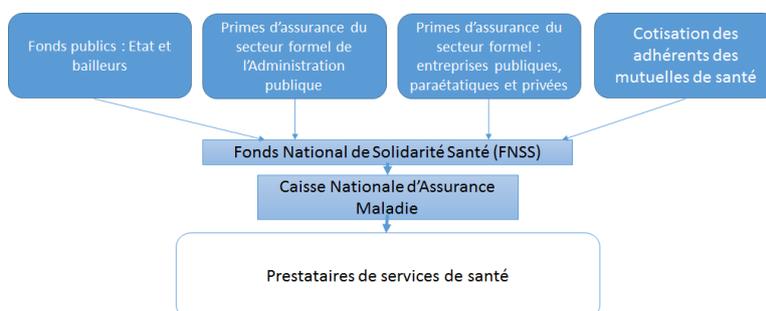
- **Améliorer la gestion des finances publiques et de l'aide extérieur au niveau des provinces :** Cela passe par l'amélioration de l'exécution des budgets au niveau des provinces et la mise en place des mécanismes pilotes de mutualisation et de coordination des ressources externes au niveau provincial, comme première étape vers un meilleur alignement entre les différentes sources de financement. Il s'agira notamment de continuer à mettre en œuvre le « contrat unique » pour harmoniser le financement externe du secteur.
- **Réduire la fragmentation des systèmes de mutualisation des risques et réduire les barrières financières à l'accès aux services de santé de qualité :** Comme le précise la stratégie de financement de la santé, la vision long-terme du Ministère de la Sante est de fédérer les systèmes de mutualisation des risques en un fond unique, le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) couvrant à la fois les individus du secteur formel et non-formel ainsi que les indigents. Un bureau provincial décentralisé de ce fond contractualisera avec les FOSA afin d'acheter des résultats de sante de qualité et d'offrir un paquet de services aux cotisants du FNSS. La vision moyen terme de mutualisation des risques est de rendre fonctionnelle les systèmes existants (CSSAPE, CNSS, SONAS, Mutuelles, Fonds pour les vulnérables et indigents) en s'assurant qu'ils offrent un paquet de services de qualité à leurs cotisants. Par ailleurs, un Fonds serait alimenté par les recettes de l'Etat et les bailleurs pour subventionner les plus pauvres.

Figure 14. La vision moyen-terme de la mutualisation des risques en RDC



Source : Stratégie de Financement de la Sante, 2018

Figure 15. La vision long-terme de la mutualisation des risques en RDC



Source : Stratégie de Financement de la Sante, 2018

Compte tenu de la forte prévalence des dépenses catastrophiques de santé auprès des plus pauvres en RDC, il serait utile d'analyser le processus d'exemption découlant du Fonds pour les vulnérables et indigents, d'en étudier son opérabilité et sa mise en œuvre dans les formations sanitaires. Les enquêtes sociales seront menées avec le Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale pour le dénombrement des Indigents qui pourront bénéficier des services et soins de santé subventionnés par l'État congolais et par des contributions des PTF du secteur de la santé¹⁷. Des études de faisabilité sur le financement des services et soins de santé aux plus vulnérables et indigents seront menées. Concomitamment, l'option est d'étendre les mutuelles de santé dans le secteur public et secteur informel pour faire en sorte qu'elles ne couvrent pas seulement des ménages des quintiles de richesses les plus élevés.

5.3. Axe stratégique 3 : Renforcement de la Gouvernance et du système de santé

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

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

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

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

Le renforcement des capacités institutionnelles du MSP

Le renforcement des capacités du MSP passe par la mise en application du nouveau cadre organique et l'accélération des réformes structurelles afin de permettre aux structures à différents niveaux de remplir correctement les missions qui leur sont dévolues. Il s'agit notamment de l'élaboration des stratégies sectorielles, des normes, directives et standards requis pour le secteur.

Au cours des 4 prochaines années, le secteur de la santé devra prendre des actions ci-après :

- Finalisation des textes légaux institués par la constitution (loi fixant les principes fondamentaux et les règles d'organisation de santé publique et de la sécurité alimentaire, loi sur le commerce pharmaceutique et leurs mesures d'application, y compris sur les matières concurrentes définies par l'article 203 de la constitution relevant du Ministère de la Santé).
- Actualisation et/ou élaboration des stratégies sous-sectorielles, des plans stratégiques et des plans opérationnels à tous les niveaux du système. Il s'agira principalement de ; (i) simplifier les outils de planification opérationnelle, (ii) rendre disponible, consolider et diffuser l'information financière au moment opportun, (iii) respecter le cycle de planification opérationnelle et (iv) rendre disponible l'information sur la mise en œuvre des PAO.

¹⁷ Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Nationale du Ministère de la RDC/ Direction d'Études et Planification : Protocole National d'Application de l'Attestation d'Indigence, Kinshasa, juin 2017

- Elaboration d'une politique nationale de recherche sur le système de santé avec identification des thèmes prioritaires. Un plan de recherche consolidé sera élaboré sur base des priorités de différents Services et structures du MSP. Un soutien sera apporté au comité d'éthique pour qu'il soit encore plus fonctionnel et financièrement indépendant.

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

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

Le renforcement de la coordination du secteur de la santé.

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

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

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

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

Mise en place/renforcement des cadres de concertation intersectorielle

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

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

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

6. Coûts et financement du PNDS

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

6.1. Estimations des coûts des interventions et actions prioritaires

Les estimations des coûts des interventions et actions du PNDS sont faites conformément aux orientations de cadrage budgétaire édictées par le gouvernement en lien avec la stratégie pour l'amélioration de l'offre et l'utilisation des soins de santé de qualité au cours de la période 2019-2022. Ainsi, l'allocation des ressources se focaliseront principalement sur :

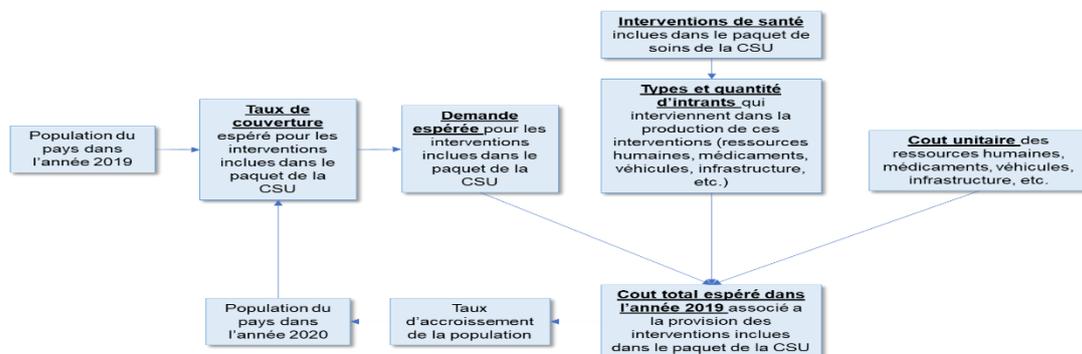
- Les interventions sanitaires prioritaires dans les 26 provinces ;
- Les actions prioritaires en appui aux différents piliers du système de santé dans la vision de renforcement du système de santé
- Les actions de renforcement du pilotage et de coordination du secteur de la santé

6.1.1. Coût estimé des interventions prioritaires, Axe 1

Pour estimer le coût total du paquet de soins de la CSU formulé par les experts, le MSP, avec l'appui des consultants de la Banque Mondiale, a employé le logiciel One Health Tool (OHT). Pour chaque intervention incluse dans le paquet, l'OHT est renseigné sur son coût unitaire à partir de suppositions sur les intrants requis (ressources humaines, médicaments, véhicules, équipement, infrastructure, etc.). L'utilisation de ces interventions est obtenue en multipliant la couverture de la population et les taux de couverture espérés dans chaque année. Le coût total est obtenu en multipliant le coût unitaire de chaque intervention par l'utilisation attendue.

La logique de cet outil est décrite schématiquement dans la Figure 8, ci-dessous.

Figure 8 Schéma du calcul du coût du paquet prioritaire de soins de la CSU en RDC



Le coût espéré du paquet de la CSU se présente dans le Tableau 44 en dollars des États-Unis. Dans l'année 2019, le coût total espéré des interventions de l'axe stratégique 1 du paquet y inclus la santé mentale serait d'US \$ 743,3 million. Il convient de préciser que ces coûts correspondent à un scénario d'accroissement de couverture tel que présenté dans l'Annexe 1.

Tableau 4 : Cout espéré total et par habitant du paquet de soins, 2018-2022 (US\$)

	2019	2020	2021	2022
Axe stratégique 1 du paquet (RMNCA)				
Salaires et médicaments des interventions	743.312.434	928.589.530	1.144.802.190	1.368.427.389
<i>Autres couts opérationnels (20% additionnel)</i>	<i>148.662.487</i>	<i>185.717.906</i>	<i>228.960.438</i>	<i>273.685.478</i>
Cout total espéré	891.974.921	1.114.307.436	1.373.762.628	1.642.112.867
Cout espéré para habitant	10,35	12,51	14,92	17,25
Axe stratégique 1 plus Axe stratégique 2 du paquet (Maladies Non-Transmissibles)				
Salaires et médicaments des interventions	969.898.836	1.272.028.781	1.496.075.566	1.787.367.165
<i>Autres couts opérationnels (20% additionnel)</i>	<i>193.979.767</i>	<i>254.405.756</i>	<i>299.215.113</i>	<i>357.473.433</i>
Cout total espéré	1.163.878.603	1.526.434.537	1.795.290.679	2.144.840.598
Cout espéré para habitant	13,50	17,14	19,50	22,54
Sous-totaux par groupes d'interventions				
Santé maternelle, reproductive et du nouveau-né	229.472.083	298.707.511	377.948.231	456.004.531
Santé de l'enfant	299.583.267	395.778.904	511.061.477	634.901.544
Immunisations	214.257.084	234.103.115	255.792.482	277.521.314
Malaria	46.243.389	112.318.724	61.146.376	68.467.187
Tuberculose	14.218.226	18.144.132	22.463.045	26.454.388
VIH/SIDA	60.653.191	68.193.830	76.274.869	84.285.378
Nutrition	96.410.606	133.107.091	176.782.311	221.957.036
Maladies non transmissibles	9.060.990	11.675.474	14.606.775	17.775.787
Total	969.898.836	1.272.028.781	1.496.075.566	1.787.367.165

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

Les couts des actions prioritaires de cet axe concernent les investissements dans les différents piliers d'appui aux prestations, notamment le développement des ressources humaines, Médicaments, Infrastructures et équipements ainsi que l'information sanitaire et l'amélioration du financement de la santé dans le but d'améliorer les indicateurs de santé de la mère, des enfants, des adolescents, du contrôle du VIH/SIDA, de la TB et de la malaria, des maladies non-transmissibles prioritaires et la protection financière pour les ménages. Ces interventions concernent toutes les provinces et leur financement est indispensable pour la mise en œuvre des composantes du paquet de soins.

Tableau 5 : Synthèse des couts des actions prioritaires de l'axe 2 du PNDS 2019-2022

Programmes/ Sous Programmes/Actions	2019	2020	2021	2022	Total
1. Ressources Humaines	690262358	690262358	690262358	690262358	2070787074
Amélioration de la disponibilité et de la fidélisation des RHS compétentes	689392888	689392888	689392888	689392888	2068178664
Amélioration de la formation de base	443820	443820	443820	443820	1331460
Développement des compétences des prestataires	425650	425650	425650	425650	1276950
2. Médicaments	136 909 415	130 470 000	129 945 000	129 845 000	526 913 415
Amélioration de la chaîne d'approvisionnement des médicaments essentiels et intrants	132 428 000	128 138 000	128 128 000	128 128 000	516 566 000
Amélioration de la qualité des médicaments, vaccins et intrants spécifiques essentiels	4 481 415	2 332 000	1 817 000	1 717 000	10 347 415
3.Financement	62 280 000	88 930 000	132 930 000	176 930 000	461 120 000
Accroître les ressources financières disponibles pour le secteur de la santé	250 000	200 000	200 000	200 000	900 000
Optimiser l'utilisation des ressources	61 830 000	88 330 000	132 330 000	176 330 000	458 820 000
Réduire la fragmentation et les barrières financières	200 000	400 000	400 000	400 000	1 400 000
4.Infrastructures et équipements	62 280 000	88 930 000	132 930 000	176 930 000	461 120 000
Modernisation des infrastructures et équipements	22 750 000	17 750 000	10 250 000	10 250 000	61 000 000
Renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements acquis.	312 000	312 000	312 000	312 000	1 248 000
5.Information Sanitaire	646 116	801 116	726 116	651 116	2 824 464
Amélioration de l'analyse et de la production de l'information sanitaire	10 000	75 000			85 000
Amélioration de la complétude, promptitude et exactitude des données collectées	434 000	524 000	524 000	449 000	1 931 000
Amélioration de la diffusion de l'information sanitaire	202 116	202 116	202 116	202 116	808 464
Total General axe 2	266 586 531	313 606 116	400 816 116	488 641 116	1 469 493 879

6.1.3. Coût estimé des actions prioritaires de l'axe 3 du PNDS 2019-2022

Les coûts des actions prioritaires pour le renforcement de la Gouvernance et la coordination du secteur sont repris dans le tableau 6 ci-dessous.

Tableau 6 : Synthèse des coûts des actions prioritaires de l'axe 3 du PNDS 2019-2022

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

6.2. Financement du PNDS 2019-2022

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

Les dépenses en santé par habitant en 2019 seront probablement de l'ordre de US\$ 26. Le coût estimé pour les interventions des axes stratégiques 1 et 2 pour l'année 2019 est de US\$ 13,50. Ceci veut dire que la moitié de ressources disponibles pour la santé en 2019, devrait être allouée au financement du paquet de soins. L'autre moitié serait disponible pour financer toutes les autres dépenses en santé du pays.

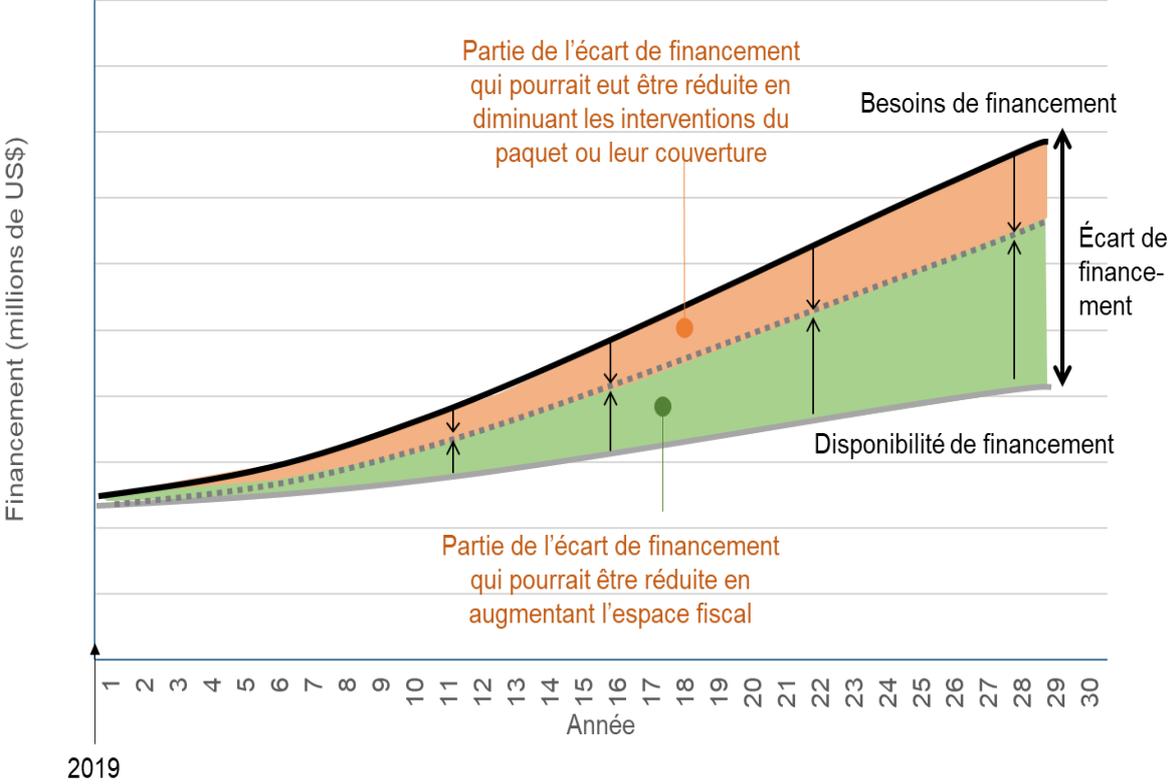
La préoccupation est de savoir si la RDC pourra financer un tel paquet. Pour répondre à cette question on a fait une projection du financement dont disposera le pays pour la santé partant de la projection de l'accroissement du PIB, de la partie du PIB allouée aux dépenses publiques et de la partie des dépenses publiques allouée à la santé en supposant que le financement provenant des ménages diminue au fur et à mesure que le gouvernement augmente son effort pour financer la santé et que le financement des PTF reste constant en dollars les prochaines années.

6.2.2. Espace budgétaire pour la CSU

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

1. La promotion de la croissance économique et des améliorations dans la collecte d'impôts, qui combinés signifient une augmentation du financement public disponible.
2. La réallocation du financement gouvernemental vers les dépenses de santé, à la place d'autres usages.
3. L'adoption de nouveaux impôts ou autres moyens de collecte de revenus et leur allocation exclusive aux dépenses de santé.
4. L'obtention des subventions ou prêts nouveaux pour la santé auprès d'organisations internationales de développement.
5. La mise en œuvre de mesures afin de dégager le financement existant pour des services sanitaires plus nombreux et de meilleure qualité en améliorant l'efficacité des dépenses actuelles.

Figure 9 : Stratégies pour combler l'écart de financement



Source : Auteurs

6.2.3. Prévisions de financement par sources

Tableau 5 Projections macroéconomiques et du financement de la santé en RDC, 2018-202

Indicateur	2018	2019	2020	2021	2022	2023
PIB nominal (CGF x 10 ⁹)	48.132	53.469	59.409	66.019	73.379	81.572
Accroissement nominal du PIB (%)	12,4%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,2%
Accroissement réel du PIB (%)	6,4%	5,7%	5,5%	5,4%	5,2%	5,1%
Déflateur du PIB (%)	5,6%	5,1%	5,3%	5,4%	5,6%	5,8%
Déflateur du PIB cumulatif (Déc. 2011=1,00)	1,30	1,37	1,44	1,52	1,60	1,69
PIB réel (CGF billions of 2014)	40.618	42.934	45.315	47.757	50.258	52.812
PIB par habitant (US\$ courants)	620	649	678	708	738	769
Inflation aux États-Unis	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
PIB nominal (millions de US\$ courants)	48.493	52.303	56.329	60.577	65.049	69.749
PIB réel (millions de US\$ de 2014)	44.271	46.794	49.389	52.052	54.777	57.561
Taux de change (CGF par US\$)	993	1.022	1.055	1.090	1.128	1.169
Population (millions)	78,3	80,6	83,0	85,5	88,1	90,7
Accroissement de la population (%)	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%
Dépenses totales gouvernement (DTG) comme % du PIB	14,9%	15,0%	15,5%	16,0%	16,5%	17,0%
Dépenses gouvernement en santé comme % de DTG (%)	7,0%	7,0%	7,1%	7,1%	7,2%	7,2%
Dépenses totales en santé (DTS, millions de US\$ de 2014)	2.031,8	2.081,6	2.156,4	2.236,3	2.321,3	2.411,5
Gouvernement	459,6	492,9	541,7	593,9	649,4	708,3
Ménages	787,0	803,5	829,5	857,2	886,7	918,0
Coopération	785,2	785,2	785,2	785,2	785,2	785,2
DTS par habitant (2014 US\$)	26,0	25,8	26,0	26,1	26,4	26,6
Gouvernement	5,9	6,1	6,5	6,9	7,4	7,8
Ménages	10,1	10,0	10,0	10,0	10,1	10,1
Coopération	10,0	9,7	9,5	9,2	8,9	8,7
DTS structure (% du PIB)	4,6%	4,4%	4,4%	4,3%	4,2%	4,2%
Gouvernement	1,0%	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%
Ménages	1,8%	1,7%	1,7%	1,6%	1,6%	1,6%
Coopération	1,8%	1,7%	1,6%	1,5%	1,4%	1,4%
DTS structure (% de DTS)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Gouvernement	22,6%	23,7%	25,1%	26,6%	28,0%	29,4%
Ménages	38,7%	38,6%	38,5%	38,3%	38,2%	38,1%
Coopération	38,6%	37,7%	36,4%	35,1%	33,8%	32,6%

Comme le montre le Tableau 6, le financement prévu sera insuffisant pour faire face aux coûts prévus du paquet de soins et aussi aux autres coûts de fonctionnement et investissement du secteur de la santé en RDC. Le pays fera face à un écart croissant de financement.

Tableau 6 : Financement disponible, nécessaire et écart, 2019-2022 (US\$ millions)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Écart de financement (US\$ millions)	260,3	176,6	-1,3	-212,2	-427,8	-642,1
Financement disponible	2.031,8	2.081,6	2.156,4	2.236,3	2.321,3	2.411,5
Besoins de financement pour le paquet	1.771,5	1.905,0	2.157,7	2.448,5	2.749,1	3.053,6

Les options pour équilibrer le financement disponible avec les coûts prévus incluent : (1) réduire les interventions ou la couverture du paquet de soins ; augmenter d'avantage la partie du budget public alloué à la santé ; (3) augmenter l'efficacité du secteur santé de manière à réduire les coûts tout en préservant la qualité et quantité des soins à fournir.

7. Mise en œuvre

7.1. Principes directeurs

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

- **L'unicité du PNDS** : la notion d'unicité renvoie au leadership que le MSP doit garder pour la coordination des interventions au sein du système de santé. Ainsi ce PNDS constitue l'unique cadre fédérateur de la mise en œuvre de la politique nationale sanitaire.
- **L'appropriation** : ce principe sous-entend que toutes l'Etat considère ce plan comme un outil pour la mise en œuvre de sa politique et apportent des ressources nécessaires pour son opérationnalisation à tous les niveaux
- **L'implication des communautés et partenariat dans l'identification des problèmes et la mise en œuvre** pour s'assurer de la prise en compte de leur point de vue dans l'organisation de la prestation de services pour plus d'efficacité dans l'atteinte des objectifs.
- **La décentralisation** : la mise en œuvre du PNDS concerne tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le respect de leurs attributions et compétences. Cette décentralisation concerne aussi bien des services de production des soins que les centres de prise de décisions ;
- **La redevabilité** : l'obligation de rendre compte doit animer tous les acteurs dans la mise en œuvre du PNDS afin d'instaurer la confiance entre l'Etat et les partenaires au développement d'une part, et d'autre part entre les acteurs et les populations bénéficiaires
- **La primauté de la satisfaction et la sécurité du client**. Ce principe met en exergue l'attention à porter à la satisfaction des populations par rapport aux besoins des populations tout au long de la mise en œuvre du PNDS.

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

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

La mise en œuvre coordonnée du PNDS 2019-2022 passe par sa déclinaison en plans d'actions opérationnels (PAO) à différents niveaux reprenant les activités clés liées à ses attributions. Chaque niveau du système sanitaire national élaborera, chaque année, un plan de mise en œuvre du PNDS pour une programmation annuelle des actions prioritaires et qui servira de cadre pour l'alignement des interventions et ressources. Les PAO des ZS seront axées sur la mise en œuvre des interventions du PMA et du PCA. Les actions des Provinces se focaliseront sur la coordination et encadrement des ZS. Le niveau central s'occupera de normalisation, la régulation et l'encadrement des Provinces

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

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

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

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

7.3.1. Les Structures gouvernementales

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

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

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

Les Inspections Provinciales de Santé en tant que Service déconcentré du pouvoir central, seront chargées essentiellement de contrôler la conformité et au respect de l'application des politiques, des stratégies, des normes, lois, règlements, etc.

Le niveau opérationnel constitué par les Zones de Santé représente le lieu d'exécution des prestations des services et soins en vue d'atteindre les résultats du PNDS. Il met en œuvre le PNDS à travers son Plan de Développement Sanitaire de la ZS (PDSZ) et son Plan d'Actions Opérationnel (PAO). A ce niveau, une attention particulière devra être portée sur l'amélioration

de la couverte sanitaire, l'extension des interventions prioritaires et leur accessibilité par les populations.

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

7.3.2. Les Partenaires techniques et financiers

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

7.3.3. La Société Civile et le secteur privé

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

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

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

Les Ordres et Associations des professionnels de santé vont jouer le rôle d'auxiliaires du Ministère de la Santé Publique pour veiller au code de déontologie et appuyer le recensement des différents corps des métiers par un suivi des mouvements du personnel de santé. Leur participation active au développement du secteur santé doit être garantie en prenant une part active aux Commissions techniques du CNP-SS et aux Groupes de travail des CPP-SS. Un des domaines où ils peuvent jouer un rôle c'est l'accréditation des structures.

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

7.4. Conditions de succès/Gestion de risques

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

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

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

7.5. Plan de Communication

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

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

8. Cadre de Suivi-Evaluation et de Redevabilité

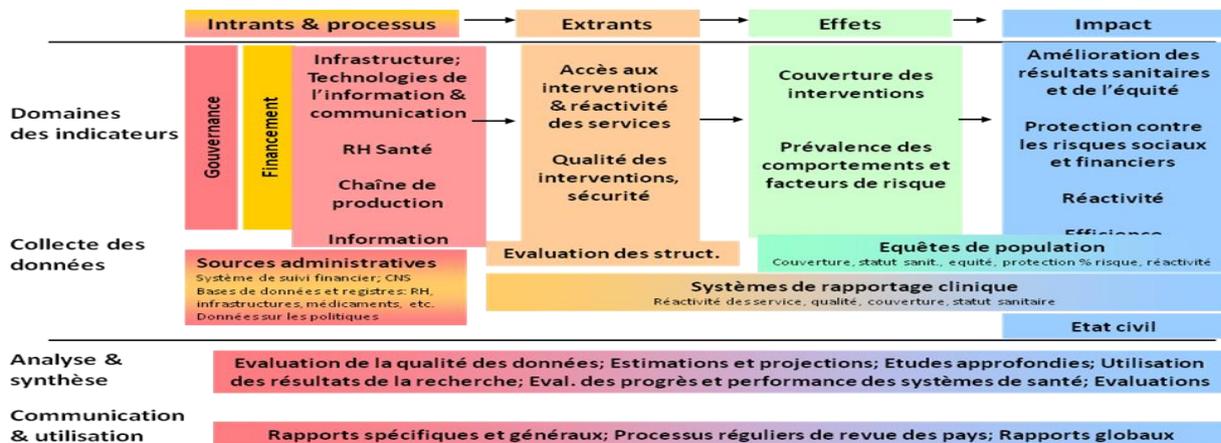
8.1. Considérations générales

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

Ce cadre est inspiré du cadre de référence de l'IHP+ (OMS : Guide de S&E) sur le Suivi, évaluation et revue des stratégies sanitaires nationales présenté par la figure (ci-dessous). Il décrit les modalités et les indicateurs traceurs permettant d'apprécier l'efficacité, l'efficience ainsi que l'impact des interventions menées dans le secteur de la santé. Il permet de répondre à

plusieurs préoccupations, notamment celles de savoir sur quoi, comment et par qui le secteur sera renseigné sur ses réalisations et performances.

Figure 10: Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé (IHP+)



8.2. Les Indicateurs du CSE du PNDS

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

Les indicateurs clés ont été tirés de la liste mondiale des 100 indicateurs sanitaires de base de l'OMS (OMS, 2015). Leur sélection a aussi tenu compte de leur pertinence par rapport aux axes du PNDS aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ainsi que la faisabilité. Ainsi répondent-ils aux critères ci-après :

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

Le tableau ci-dessous reprend la dénomination de l'indicateur, sa justification, le mode de calcul, le niveau de désagrégation, la valeur de base ainsi que la valeur cible au terme de 4 ans, la source

Tableau 7 : Indicateurs du CSE avec leurs sources des données et valeurs cibles

Chaîne de résultats	Domaine	Nom Indicateur	Valeur base (source, année)	Cible 2019	Cible 2020	Cible 2021	Cible 2022	Fréquence de mesure	Source	Ventilation	Responsabilité / programme
Impact	État de santé	Ratio de mortalité maternelle	846/100.000 NV, EDS 2013	827	809	790	773	Quinquennale	Enquête EDS	Age et DPS	PNSR/INS
Impact	État de santé	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	104‰	101	98	95	92	Quinquennale	Enquête EDS		PNSR/INS
Impact	État de santé	Taux de mortalité infantile	58‰	56	55	53	51	Quinquennale	Enquête EDS	Age et sexe	PNSR/INS
Impact	État de santé	Taux de mortalité néonatale	28‰	27	26	25	24	quinquennale	Enquête EDS	Age et sexe	PNSR/INS
Impact	État de santé	Taux d'incidence du paludisme	134 ‰, RA PNLP, 2014	123‰	102‰	80‰		annuelle	Routine/notification	Age,sexe, DPS	PNLP
Impact	État de santé	Taux de prévalence du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois	23%, EDS 2014			13%		3 à 5 ans	Enquête	Age, sexe, DPS	PNLP/INS
Impact	État de santé	Taux d'incidence de la tuberculose	322p 100000 Global report TB 2018	320p 100000	%319p 100000	318p 100000	317p 100000	Annuelle	Données de routine, Notification	Age et sexe, DPS	PNLT
Impact	État de santé	Taux de détection de la tuberculose par rapport aux cas estimés	57%, Global report TB 2018	65%,	70%,	70%,	70%,	Annuelle	Données de routine, Notification	Age et sexe, DPS	PNLT
Impact	État de santé	Taux de succès thérapeutique pour la tuberculose	89%, Global report TB 2018	91%,	92%,	93%,	94%,	Annuelle	Données de routine, Notification	Age et sexe, DPS	PNLT
Impact	État de santé	Taux d'incidence du VIH chez les jeunes (15-24 ans)	0,03%, Estimation spectrum 5.41	0,03%	0,02%	0,01%		Annuelle	Estimations spectrum	Age et sexe et population spéciales	PNMLS
Impact	État de santé	Taux d'infirmité de 2 ème degré parmi les nouveaux cas de lepre	5,5 cas p. 1000000 habitants	: 3 cas pour 1000000 habitants	2 cas pour 1000000 habitants	1, 5 cas pour 1000000 habitants	1 cas pour 1000000 habitants	Annuelle	Données de routine,notification	Age et sexe et population spécifiques	PNEL
Impact	État de santé	Taux d'infection global par THA	0,07% (rapport annuel 2015 du PNLTHA)					Annuelle	Données de routine		PNLTHA
Résultats	Couverture par intervention	Proportion d'enfants de moins de 1 an qui ont reçu la troisième dose de DTC-HepB-Hib	93,5% RA 2015 PEV	90%	92%	94%	96%	Annuel	Routine	par DPS et ZS	PEV

Résultats	Couverture intervention par	Proportion des ZS ayant réalisé une couverture vaccinale d'au moins 80% pour tous les antigènes, en vaccination de routine	5,8%, RA 2015 PEV	20%	60%	80%			Routine	Annuelle	DPS, ZS	PEV
Résultats	Couverture intervention par	Proportion d'enfants de moins de 1 an complètement vaccinés	45% EDS 2013		55%	65%			Bi annuelle	Enquete (MICS et EDS)	par DPS	PEV
Résultats	Couverture intervention par	Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé la CPN 4	52%, RA PNSR 2014	55%	57%	59%	61%	Annuel	Routine		par DPS	PNSR
Résultats	Couverture intervention par	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	80%, RA PNSR 2014	82%	84%	86%	88%	Annuel	Routine		par DPS	PNSR
Résultats	Couverture intervention par	Prévalence contraceptive moderne des femmes en union	8%, EDS 2014	10%	11%	12%	13%	Bi annuelle	Enquete		par DPS	PNSR
Résultats	Couverture intervention par	Proportion d'enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes qui ont dormi sous MII	56% et 60%, EDS 2014	60% (femmes enceintes)	62%	64%	66%	5 ans	Enquête (EDS)		age et sexe	PNLP/INS
Résultats	Couverture intervention par	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une confirmation biologique du paludisme et qui ont reçu un traitement	6%, EDS 2014	29%	31%	33%	35%	Annuelle (SNIS), 5 ans (EDS)	Enquête		sexe, DPS	PNLP (RA)/INS (EDS)
Résultats	Couverture par les services	Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu TPI	14%, EDS 2014	14%	16%	18%	20%	5 ans	Enquête		DPS	PNLP/INS
Résultats	Couverture par les services	Taux (Pourcentage)de détection de la tuberculose par rapport aux cas estimés	53%, Global Report TB 2015	53%	55%	57%	59%	Annuelle	Global Report TB		Age et Sexe	PNLT
Résultats	Couverture par les services	Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique	40,8%, EDS 2014	50%	65%	80%		Quinquenal	Enquête EDS		Age et sexe	PNMLS
Résultats	Couverture par les services	Nombre De personnes vivant avec le VIH/SIDA qui reçoivent les ARV	121762 RA 2015 PNLs	164377	249607	315000		Annuelle	Routine Spectrum		Age et sexe	PNMLS
Résultats	Couverture par les services	Proportion de personnes sous ARV dont la charge virale a été supprimée	ND	20%	40%	60%		Annuelle	Routine		Age et sexe	PNMLS

Résultats	Couverture par les services	Pourcentage de femmes enceintes VIH+ mises sous TAR pour réduire le risque de transmission	66%, RA 2015 PNLS	70%	72%	74%	76%	Annuelle	Routine	Age	PNMLS
Résultats	Facteurs de risque	Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	43,2% MICS 2010/EDS 2014		37%	33%		3-5 ans	Enquete (MICS,EDS) Etude PRONANUT	Age, sexe, DPS	PRONANUT/INS
Résultats	Facteurs de risque	Prévalence allaitement maternel précoce	52%, EDS 2014	62%	72%	80%		Bi-annuelle	Enquete	Age, DPS	PRONANUT/INS
Résultats	Facteurs de risque	Prévalence allaitement maternel exclusif	48%, EDS 2013	60%	70%	80%		Bi-annuelle	Enquete	Age, DPS	PRONANUT/INS
Résultats	Facteurs de risque	Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois et la femme de 15 à 49 ans	60% et 30%, EDS 2014		30% et 15%	< 20% et < 10%		3-5 ans	Enquete (MICS,EDS)	Age, sexe, DPS	PRONANUT/INS
Résultats	Facteurs de risque	Proportion de la population ayant accès à l'eau potable	50,4% ,EDS 2014		60%	70%		3-5 ans	Enquête	par DPS	Hygiene/INS
Résultats	Facteurs de risque	Proportion de la population qui utilise les toilettes améliorées (latrines hygiéniques)	20,5%, EDS 2014		25%	30%		3-5 ans	Enquete	par DPS	Hygiene/INS
Extrants	Utilisation	Taux de utilisation des services (consultation externes)	22% (Données fonctionnelles SNIS 2014)	30%	40%	50%		Annuelle	Routine	Age et sexe, DPS	D5
Extrants	Disponibilité	Proportion des FOSA avec au moins 90 % des médicaments traceurs	<10% (Enquete PNAME, 2013)	20%	30%	60%		Annuelle	Routine		PNAME/D3
Extrants	Disponibilité	Proportion de FOSA ayant intégré les services de santé adaptés aux adolescents et jeunes	160, rapport PNSA 2015	500	800	1068		Annuelle	Routine		PNSA
Extrants	Disponibilité	Pourcentage des FOSA qui intègrent les aspects liés à l'eau, hygiène et assainissement (WASH Fit) selon les normes	40%, SARA 2014		50%	60%		Annuelle	Enquete	DPS	Hygiene/SARA
Extrants	Disponibilité	Pourcentage des villages des aires de santé déclarées assainies selon les normes	20%, RA, PNVA		30%	50%		Annuelle	Enquete	DPS	Hygiène

Extrants	Qualité services	Taux de mortalité intra hospitalière au-delà de 48 heures	5,6% (Données fonctionnelles SNIS, 2014)	5%	4%	4%		Annuelle	Routine	Age et sexe, DPS, type d'hôpital	D5
Extrants	Qualité services	Pourcentage de survivants des violences sexuelles ayant bénéficié d'une prise en charge médicale avec kit PEP dans un délai de 72 heures	53% (données SNIS 2015)	0,56	0,65	0,7		Annuelle	Routine	Age, DPS	PNSR/SNIS
Extrants	Qualité services	Proportion des décès maternels hospitaliers audités/Comptabilisation des décès maternels	0% RA 2014 PNSR	10%	30%	50%		Annuelle	Routine	Age et sexe, DPS	PNSR/DPS
Extrants	Protection et Sécurité sanitaire	Proportion des provinces disposant d'une équipe d'intervention rapide (ERR) formées en surveillance intégrée de la maladie et Riposte (SMIR) et des kits normés pour une riposte rapide aux épidémies et catastrophes	11 (43,30%)	26 (100%)	26 (100%)	26 (100%)		Annuelle	Rapp Ann Prov / Rapp Ann DLM	NA	DPS/DLM
Extrants	Protection et Sécurité sanitaire	Proportion des épidémies, urgences et catastrophes dont la riposte a été organisée dans le délai	0%	50%	80%	80%		Annuelle	Rapp de gestion ou riposte épid	DPS / ZS/maladie	ZS/DPS/DLM
Intrants	Finance	% du budget national alloué à la Santé (voir groupe financement)	7,6% (Mini Budget, 2018)	7,80%	8,10%	8,300%	8 ;6	Annuelle	Loi de l'exercice budgétaire du Min Budget	par Dépenses courantes et d'investissement	DPSB
Intrants	Finance	Taux d'exécution du budget de l'état alloué à la Santé	52,2% (Mini Budget, 2017)	66,280%	73,50%	81,500%	90 ;50;6	Annuelle	ESB/Mini Budget	par Dépenses courantes et d'investissement	DPSB
Intrants	Finance	Taux d'exécution du budget de l'état alloué à la Santé hors reünération	37,2% (Mini Budget 2017t)	46,3%	55,00%	66,00%	79 ;20	Annuelle	ESB/Mini Budget	par Dépenses courantes et d'investissement	DPSB
Intrants	RH	Ratio personnel de santé/habitans	medecin=0,73/10000; inf=4,20/5000, accoucheuses=0,24/10000			Personnel/Hab		Annuel	Annuaire RH 2020	par catégorie du personnel médical, DPS	Serv Gen Res Hum
Intrants	RH	Proportion de personnel de santé bénéficiant du salaire de l'Etat	40% (Rapport de paie/DRH)	45%	55%	65%		Routine	Annuelle	DPS	DRH
Intrants	RH	Proportion des ZS avec cadres formés en MSSP	42% (RA D11)	42%	81%	100%		Routine	Annuelle	DPS, ZS	DRH

Intrants	RH	Proportion des ITM ayant une filière des accoucheuses	5%, RA D6	6%	15%	25%		Routine	Annuelle	DPS	DESS
Intrants	Infrastructure	Ratio lits hospitaliers par habitant	Voir SNIS							DPS, niveau de reference	Directions infrastructre
Intrants	Infrastructure	Proportion de la population vivant à moins de 5km d'une FoSa								DPS	Directions infrastructre
Intrants	Renforcement Systeme Medicaments	Proportion des CDR conformes aux normes								DPS	Medicaments
Intrants	Renforcement système Medicaments	Proportion des EVG certifiés								DPS	Médicaments
Intrants	Information	Complétude/ promptitude et correctitude des rapports SNIS	79%, (Données SNIS, 2014)	80%	85%	90%		Annuelle	Routine		DDSSP
Intrants	Gouvernance	Taux de mise en œuvre des résolutions du CNP-SS)	33% (7/21)			100%		Annuelle	Routine		
Intrants	Gouvernance	Taux de réalisation des actions intersectorielles									
Intrants	Gouvernance	Proportion des DPS appliquant le contrat unique	0		8	26	26	Annuelle	Routine		DEP
		Indicateurs qui demandent l'organisation des enquêtes additionnelles dans le secteur santé									
Impact	État de santé	Incidence des dépenses en santé catastrophiques								milieu R/U,	
		Tous les quintiles de richesse	4%, (Etude protection contre risque financier Min Plan , Sante , OMS et BM)	4%,	3,5%,	3,5%,	3%,	Periodique	Rapport enquete consommation des menages	Payement direct des services et soins de santé des menages	DEP et CNS
		Pauvres	8%, (Etude protection contre risque financier Min Plan , Sante , OMS et BM)	8%,	6%,	5%,	4%,	Periodique	Rapport enquete consommation des menages	Payement direct des services et soins	DEP et CNS
Résultats	Facteurs de risque	Consommation de tabac (18 ns ou >) chez la population enquêté									
Résultats	Facteurs de risque	Consommation d'alcool (15 ans ou >) selon les statiques (quantité enregistrée, plus quantité non enregistrée enquêté.									
Extrants	Qualité services	Niveau de satisfaction des patients et accompagnants						3-5 ans	Enquête	Age, sexe, lieu de residence	Hôpitaux

8.3. Rôles et responsabilités dans le Suivi et évaluation du PNDS

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

8.3.1. Rôles et responsabilités des structures du MSP

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

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

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

Tableau 8. Planning de rapportage des activités de routine du PNDS.

Niveau	Périodicité	Outils
Zone de Santé	Mensuelle	Rapport mensuel d'activités et scorecard des aires de santé
Division Provinciale de la santé	Trimestrielle	Rapport trimestriel d'activités, scorecard des Zones de santé
Programmes spécialisés et directions centrales	Trimestrielle	Rapport trimestriel d'activités, scorecard des provinces
Niveau central	Annuelle	Rapport annuel d'activités et scorecard des provinces

Le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires se sont convenus d'organiser une revue annuelle chaque année pour analyser, sur base du rapport sectoriel global, les performances du secteur par rapport aux cibles assignés aux différents indicateurs. Ces revues sont précédées par les revues provinciales et par des ateliers de consolidation des données des programmes spécialisés qui seront organisés en harmonie avec leurs partenaires d'appui dans un esprit de rationalisation du système d'informations sanitaires.

Tableau 9. Programmation des revues du secteur de la santé en RDC.

Niveau	Périodicité des revues		
	Semestrielle	Annuelle	
Zone de Santé		Chaque année -	Rapport d'activités et cadre des performances des aires de santé
Division Provinciale de la santé	Chaque semestre	Chaque année	Rapport d'activités, et cadre des performances des ZS
Programmes spécialisés		Chaque année	Rapport d'activités, et cadre des performances des provinces
Niveau central		Chaque année	Rapport d'activités et cadre des performances des provinces

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

8.3.2. Rôles et responsabilités des autres acteurs

Les autres services publics

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

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

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

Les Partenaires Techniques et Financiers

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

participation aux évaluations doit tenir compte de la nécessité d'éviter de conflit d'intérêt dans la conduite de ces évaluations du fait de leur appui financier à ces évaluations.

La société civile

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

Le secteur privé

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

Bibliographie

1. Ministère de la Sante Publique (2010), *Politique Nationale de santé*, Kinshasa 2010.
2. Ministère de la Sante Publique (2010), *Stratégie de renforcement du système de santé*, 2^{ème} édition, Kinshasa 2010.
3. Ministère de la Sante Publique (2010), *Plan National de Développement Sanitaire 2010-2015*, Kinshasa.
4. Ministère de la sante Publique (2015), « *Plan National de Développement Sanitaire 2010-2015 : rapport d'évaluation de la mise en œuvre* », Kinshasa.
5. Banque Mondiale, *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en RDC*, Mai 2018
6. Ministère de la Sante Publique (2016), « *Rapport annuel 2016 des activités du secteur de la santé* », Kinshasa.
7. Ministère de la Sante Publique (2017), « *Rapport annuel 2017 des activités du secteur de la santé* », Kinshasa.
8. Ministère de la Sante Publique, *Evaluation à mi-parcours du PNDS 2016-2020 : Rapport provisoire (inedit)* , juillet 2018.
9. Ministère de la Sante Publique, *Plan stratégique du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels*, Kinshasa 2017.
10. Ministère de la Sante Publique, *Plan National Stratégique Multisectoriel de Nutrition (2016-2020)*, Kinshasa 2016.
11. Ministère de la Sante Publique; *Cadre d'investissement de la SRMNEA*, Kinshasa 2017.
12. OMS, *Liste Mondiale de référence de 100 Indicateurs sanitaires de base*, 2015
13. Présidence de la République. *Constitution de la République Démocratique du Congo*. Journal Officiel, février 2006, 47^e année, Kinshasa, RDC.
14. Ministère du Plan, INS , *Annuaire statistique 2014*
15. Guengant : *Projections Spectrum (Août 2013) et Projections des Nations Unies (Juin 2013)*
16. PNUD , *Rapport sur le Développement Humain*, 2014
17. PNUD , *Rapport sur le Développement Humain*, 2015
18. Groupe de la Banque Mondiale (2014), *Revue des dépenses publiques de santé : investir dans la couverture santé universelle : opportunités et défis pour la République Démocratique du Congo*, Banque Mondiale.
19. RDC, *Equipe nationale de prospective stratégique : « RDC, dynamiques et enjeux de développement à long terme »*, juillet 2014
20. FMI, 2014
21. Unicef, *Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et de la femme ENSELF* , RDC 1985
22. RDC, *Ord n°014/078 du 7 Décembre 2014 portant attribution des Ministères*, Journal Officiel 2014.
23. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité MdISPMell. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, Maryland, États-Unis d'Amérique : MPSMRM, MSP et ICF International.
24. MSP, *Rapport Revue SRMNEA*, 2018
25. RDC, *Rapport de l'Etude sur le Coût de la Faim en Afrique, Incidence sociale et économique en RDC*, Juillet 2017,
26. Siddigi et al, *Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance in Health Policy* 90 (2009) 13–25
27. André-Pierre Contandriopoulos, « *La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance* », *Santé Publique* 2008/2 (Vol. 20), p. 191-199

28. Groupe de la Banque Mondiale (2017), *rapport de l'étude Diagnostic de la pauvreté et de l'eau, assainissement et hygiène*, 2017.
29. Ministère de la Sante Publique, Rapport du PNLS, 2017.
30. Ministère de la Sante Publique, Directions des ressources humaines, Rapport annuel d'activités 2017, Kinshasa, Mars 2018
31. Le role du scteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République Démocratique du Congo

Annexes

1 : Interventions contenues dans le paquet de soins

Intervention	Population cible	Besoin normatif de la population	Couverture de base (2017)	Couverture cible (2023)	Couverture cible (2028)	Source de la couverture de base
Axe stratégique 1 : Santé maternelle et de l'enfant						
<i>Maternal/newborn and reproductive health</i>						
Family planning (CPR)			24,8	30,8	35,8	
Pill - Standard daily regimen	Femmes en âge de procréation en union	100				
Pill - Progestin only		100				
Pill - Peri-coital contraception (PCC)		100				
Condom - Male		100				
Condom - Female		100				
Injectable - 3 month (Depo Provera)		100				
Injectable - 2 month (Noristerat)		100				
Injectable - 1 month (Lunelle)		100				
Injectable - 6 month		100				
Injectable - Uniject		100				
IUD - Copper-T 380-A IUD (10 years)		27,25954				
IUD - LNG-IUS (5 years)		100				
Implant - Implanon (3 years)		100				
Implant - Jadelle (5 years)		31,5158				
Implant - Sino-Implant (4 years)		100				
Female sterilization		15,4455				
Male sterilization		15,4455				
LAM		100				
SDM		100				
Vaginal barrier method		100				
Vaginal tablets	100					
Periodic abstinence	100					
Withdrawal	100					
Traditional (not specified)	100					
Other contraceptives	100					
Safe abortion						
Safe abortion	Abortions	100,00	25,00	35,00	45,00	In 2016, an estimated 37,865 women obtained treatment for induced abortion complications in health facilities in Kinshasa. For every woman treated in a facility, almost four times as many abortions occurred. In total, an estimated 146,713 abortions were performed, yielding an abortion rate of 56 per 1,000 women aged 15–49.
Management of abortion complications						
Post-abortion case management	Avortements	0,7	2,50	12,50	22,50	Assume 10% receive complication management
Management of ectopic pregnancy care						

Intervention	Population cible	Besoin normatif de la population	Couverture de base (2017)	Couverture cible (2023)	Couverture cible (2028)	Source de la couverture de base
Ectopic case management	Femmes enceinte	1	5,00	15,00	25,00	No data on ectopic pregnancy care
Pregnancy care - ANC						
Tetanus toxoid (pregnant women)		100	43,00	53,00	63,00	43 % de femmes ont reçu au moins deux injections de vaccin antitétanique au cours de leur dernière grossesse
Syphilis detection and treatment (pregnant women)		100	46,76	56,76	66,76	
Basic ANC		100	88,00	98,00	100,00	88 % des mères ont effectué au moins une visite prénatale auprès du personnel formé (médecin, infirmier/infirmière, et accoucheuse). Près de la moitié des mères (48 %) ont effectué au moins les quatre visites recommandées
Pregnancy care - Treatment of pregnancy complications						
Hypertensive disorder case management		1,172	42,05	52,05	62,05	
Management of pre-eclampsia (Magnesium sulphate)		2,8	9,82	19,82	29,82	
Management of other pregnancy complications		5	5,00	15,00	25,00	
Deworming (pregnant women)		5	5,00	15,00	25,00	
Childbirth care - Facility births						
Labor and delivery management	Naissances vivantes et mortinaissances	100	80,74	90,74	100,00	
Active management of the 3rd stage of labour		100	59,90	69,90	79,90	
Pre-referral management of labor complications		5	5,00	15,00	25,00	
Management of eclampsia (Magnesium sulphate)		1	59,90	69,90	79,90	
Neonatal resuscitation (institutional)	Naissances vivantes	1	79,86	89,86	99,86	
Management of obstructed labor	Naissances vivantes et mortinaissances	10	5,00	15,00	25,00	
Treatment of local infections (Newborn)	Naissances vivantes	10	5,00	15,00	25,00	
Kangaroo mother care		11,88541	5,00	15,00	25,00	
Feeding counselling and support for low-birth-weight infants		12	5,00	15,00	25,00	
Childbirth care - Home births						
Clean practices and immediate essential newborn care (home)	Naissances vivantes et mortinaissances	100	80,74	90,74	100,00	
Childbirth care - Other						
Antenatal corticosteroids for preterm labor		12	5,00	15,00	25,00	
Antibiotics for pPRoM		4	59,90	69,90	79,90	
Induction of labor (beyond 41 weeks)		5	47,92	57,92	67,92	

Intervention	Population cible	Besoin normatif de la population	Couverture de base (2017)	Couverture cible (2023)	Couverture cible (2028)	Source de la couverture de base
Postpartum care - Treatment of sepsis						
Maternal sepsis case management		4,1	5,00	15,00	25,00	
Postpartum care - Treatment of newborn sepsis						
Newborn sepsis - Full supportive care	Live births	10	5,00	15,00	25,00	
Newborn sepsis - Injectable antibiotics	Live births	10	5,00	15,00	25,00	
Postpartum care - Other						
Clean postnatal practices	Live births	100	8,22	18,22	28,22	
Mastitis	Live births	10	5,00	15,00	25,00	
Treatment of postpartum hemorrhage	Live births and stillbirths	9,8	33,00	43,00	53,00	
Chlorhexidine	Live births	100	33,00	43,00	53,00	
Other sexual and reproductive health						
Treatment of syphilis	Adults 15-49	14	54,00	64,00	74,00	DHS 2013/14
Treatment of gonorrhea	Adults 15-49	14	54,00	64,00	74,00	
Treatment of chlamydia	Adults 15-49	14	54,00	64,00	74,00	
Treatment of trichomoniasis	Adults 15-49	14	54,00	64,00	74,00	
Treatment of PID (Pelvic Inflammatory Disease)	Adults 15-49	25,25	54,00	64,00	74,00	
Treatment of urinary tract infection (UTI)	Adults 15-49	25	54,00	64,00	74,00	
Cervical cancer screening	Women 15+	33	5,00	15,00	25,00	
Other				10,00	20,00	
Vitamin A supplementation for treatment of xerophthalmia in WRA	Women of reproductive age (15-49)	9,8	5,00	15,00	25,00	
<i>Child health</i>				10,00	20,00	
Vitamin A supplementation for treatment of xerophthalmia in children	Children 6-59 months	2	70,00	80,00	90,00	Parmi tous les enfants de 6-59 mois, 70 % avaient reçu des suppléments de vitamine A au cours des six mois avant l'enquête.
Deworming (children)	Children 12-59 months	100,00	61,00	71,00	81,00	En ce qui concerne le pourcentage d'enfants ayant reçu des vermifuges au cours des six derniers mois, le tableau 11.8 montre que seulement 61 % des enfants avaient été déparasités avec des vermifuges.
Zinc supplementation	Children 6-59 months	100	5,00	15,00	25,00	
Diarrhea management				10,00	20,00	
ORS	Children 0-59 months	290,4	39,11	49,11	59,11	
Zinc (diarrhea treatment)	Children 0-59 months	330	2,44	12,44	22,44	
Antibiotics for treatment of dysentery	Children 0-59 months	39,6	38,37	48,37	58,37	
Treatment of severe diarrhea	Children 1-59 months	7,2	5,00	15,00	25,00	
Pneumonia						
Pneumonia treatment (children)	Children 1-59 months	145,92	41,64	51,64	61,64	
Treatment of severe pneumonia	Children 1-59 months	3,648	5,00	15,00	25,00	

Intervention	Population cible	Besoin normatif de la population	Couverture de base (2017)	Couverture cible (2023)	Couverture cible (2028)	Source de la couverture de base
Malaria						
Malaria treatment (children 0-4)	Children 1-59 months	368,488	29,00	39,00	49,00	Parmi les enfants de moins de cinq ans qui avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, près de trois sur dix (29 %) ont été traités avec des antipaludéens, mais 6 % seulement avec une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA).
Treatment of severe malaria (children 0-4)	Children 1-59 months	100,00	5,00	15,00	25,00	
Measles						
Vitamin A for measles treatment (children)	Children 1-59 months	3,07833	44,00	54,00	64,00	
Treatment of severe measles	Children 1-59 months	0,03078	5,00	15,00	25,00	
Immunization						
Measles vaccine	Infants surviving past one month	100	77,00	87,00	97,00	
DPT vaccination	Infants surviving past one month	100	79,00	89,00	99,00	
Hib vaccine	Infants surviving past one month	100	79,00	89,00	99,00	
Hep B vaccine to prevent liver cancer	Infants surviving past one month	100	79,00	89,00	99,00	
Polio vaccine	Infants surviving past one month	100	74,00	84,00	94,00	
BCG vaccine	Infants surviving past one month	100	80,00	90,00	100,00	
Yellow fever immunisation	Total population	100	59,00	69,00	79,00	
Axe stratégique 2 : Maladies transmissibles prioritaires et maladies chroniques						
Malaria						
Prevention						
Insecticide treated materials	Total population	91,6	69,95	79,95	89,95	
Pregnant women sleeping under an ITN	Pregnant women	91,6	60,00	70,00	80,00	La proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII a aussi augmenté de manière importante, passant de 7 % en 2007 à 60 % en 2013.
Indoor residual spraying	Number of households	91,6	5,00	15,00	25,00	
IPT (pregnant women)	Pregnant women	91,6	15,02	25,02	35,02	
Vector control (other)	Number of households	100	5,00	15,00	25,00	
Larviciding	Number of households	100	5,00	15,00	25,00	
Seasonal malaria chemoprophylaxis	Children 3-59 months	1	5,00	15,00	25,00	
Case management						
Malaria diagnosis (malarial fevers)	Total population	100	10,00	20,00	30,00	
Malaria diagnosis (non-malarial fevers)	Total population	150	10,00	20,00	30,00	

Intervention	Population cible	Besoin normatif de la population	Couverture de base (2017)	Couverture cible (2023)	Couverture cible (2028)	Source de la couverture de base
Malaria treatment (children 5-14)	Total population	100	10,00	20,00	30,00	
Malaria treatment (adults, excluding pregnant women)	Adults 15+	91,6	10,00	20,00	30,00	
Treatment of malaria (pregnant women)	Pregnant women	91,6	53,80	63,80	73,80	
Treatment of severe malaria (5+)	Total population	100	5,00	15,00	25,00	
Treatment of non-malarial parasite positive fevers	Total population	5	5,00	15,00	25,00	
TB						
TB diagnosis: Microscopy						DRC TB Profile, WHO, 2016
Diagnosis microscopy: Passive TB case finding	Number of new pulmonary, bacteriologically confirmed TB cases (adults)	2.000,00	51,00	51,00	61,00	TB treatment coverage (notified/estimated incidence), 2016 51% (36–79)
TB diagnosis: Culture						
Diagnosis culture: Passive TB case finding	Number of new pulmonary, bacteriologically confirmed TB cases	1.000,00	51,00	51,00	61,00	
TB diagnosis: Culture and DST						
Drugs susceptibility testing for first-line drugs: New TB cases	Number of new pulmonary, bacteriologically confirmed TB cases	100	0,11	10,11	20,11	
TB X-rays						
Diagnosis X-rays: Passive TB case finding	Number of new pulmonary TB cases	1.000,00	51,00	61,00	71,00	
First-line TB treatment						
First-line TB treatment: Initial treatment	Number of new non-MDR cases, excluding relapse (adults)	100	51,00	61,00	71,00	
First-line TB treatment: Initial treatment for children	Number of new non-MDR cases, excluding relapse (children)	100	51,00	61,00	71,00	
First-line TB treatment: Previously treated	Number of previously treated non-MDR cases, including relapse (adults)	100	51,00	61,00	71,00	
First-line TB treatment: Previously treated for children	Number of previously treated non-MDR cases, including relapse (children)	100	51,00	61,00	71,00	
HIV/AIDS						
Prevention - Other						
Voluntary counseling and testing	Adults 15-49	100	10,00	20,00	30,00	
Condoms	Adults 15-49	100	10,00	20,00	30,00	
Male circumcision	Men 15-49	100	78,75	88,75	98,75	
PMTCT	Women in need of PMTCT	100	70,00	80,00	90,00	UNAIDS estimate for 2016
Care and treatment			5,00	15,00	25,00	
ART (First-Line Treatment) for men	Number of men needing ART	100	64,63	74,63	84,63	
ART (First-Line Treatment) for women	Number of women needing ART	100	66,03	76,03	86,03	
Cotrimoxazole for children	HIV+ children	100	70,00	80,00	90,00	
Pediatric ART	Number of children needing ART	100	49,00	59,00	69,00	
Nutrition						
Pregnant and lactating women						

Intervention	Population cible	Besoin normatif de la population	Couverture de base (2017)	Couverture cible (2023)	Couverture cible (2028)	Source de la couverture de base
Daily iron and folic acid supplementation (pregnant women)	Pregnant women	46	4,74	14,74	24,74	
Intermittent iron and folic acid supplementation (non-anaemic pregnant women)	Pregnant women	42,9	10,00	20,00	30,00	
Vitamin A supplementation in pregnant women	Pregnant women	13,5	10,00	20,00	30,00	
Calcium supplementation for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia	Pregnant women	100	10,00	20,00	30,00	
Children				10,00	20,00	
Breastfeeding counselling and support	Live births	100	44,19	54,19	64,19	
Complementary feeding counselling and support	Children 6-23 months	100	19,90	29,90	39,90	
Home fortification of food with multiple micronutrient powders (children 6-23 months)	Children 6-23 months	59,2	75,00	85,00	95,00	
Vitamin A supplementation in infants and children 6-59 months	Children 6-59 months	100	44,00	54,00	64,00	
Intermittent iron supplementation in children	Children 2-12	100	16,00	26,00	36,00	
Daily iron supplementation for children 6 to 23 months (where anaemia is \geq 40%)	Children 6-23 months	100	16,00	26,00	36,00	En ce qui concerne la supplémentation en fer au cours des 7 jours précédant l'interview, on constate que seulement 16 % des enfants avaient reçu ce supplément.
Iodine supplementation in children	Children 0-23 months	42,3	10,00	20,00	30,00	
Management of severe malnutrition (children)	Children 6-59 months	3	11,21	21,21	31,21	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
Management of moderate acute malnutrition (children)	Children 6-59 months	8	10,00	20,00	30,00	
<i>Non-communicable diseases</i>						
CVD & diabetes						
Screening for risk of CVD/diabetes	Adults 40+	100	5,00	15,00	25,00	
Follow-up care for those at low risk of CVD/diabetes (absolute risk: 10-20%)	People <50, 50-59, 60-69, 70+	3,74236	5,00	15,00	25,00	
Treatment for those with very high cholesterol but	People with cholesterol > 8 mmol/L and total CVD risk < 20%	100	5,00	15,00	25,00	

Intervention	Population cible	Besoin normatif de la population	Couverture de base (2017)	Couverture cible (2023)	Couverture cible (2028)	Source de la couverture de base
low absolute risk of CVD/diabetes (< 20%)						
Treatment for those with high blood pressure but low absolute risk of CVD/diabetes (< 20%)	People with SBP > 160 mmHG and total CVD risk < 20%	100	5,00	15,00	25,00	
Treatment for those with absolute risk of CVD/diabetes 20-30%	People with a 20-30% chance of developing CVD or diabetes	100	5,00	15,00	25,00	
Treatment for those with high absolute risk of CVD/diabetes (>30%)	People with a greater than 30% chance of developing CVD or diabetes	100	5,00	15,00	25,00	
Standard Glycemic control	People with diabetes	100	20,00	30,00	40,00	
Emergency care						
Average annual emergency care needs	Total population	25	5,00	15,00	25,00	