

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT GENERAL



**PLAN NATIONAL DE
DEVELOPPEMENT
SANITAIRE
PNDS 2011-2015**

MARS 2010

TABLE DES MATIERES

1.	RESUME	Erreur ! Signet non défini.
2.	INTRODUCTION	8
3.	PRESENTATION DU CONEXTE NATIONAL.....	11
3.1.	Situation géographique.....	11
3.2.	Situation sociodémographique	11
3.3.	Situation politico-administrative	12
3.4.	Situation économique et financière	13
3.5.	Stratégie de développement national	13
4.	DIAGNOSTIC SECTORIEL	15
4.1.	Cadre organisationnel	15
4.2.	Etat de santé de la population congolaise	16
4.2.1.	Mortalité générale, infantile et maternelle	16
4.2.2.	La prévalence du VIH/SIDA	18
4.2.3.	Les indicateurs de la lutte contre le Paludisme	20
4.2.4.	Les indicateurs de la lutte contre la Tuberculose.....	21
4.2.5.	Les Maladies Tropicales Négligées (MTN).....	21
4.2.6.	Prévalence des maladies non transmissibles.....	24
4.2.7.	Préparation aux urgences et catastrophes	26
4.3.	Problèmes prioritaires du secteur de la santé	26
4.3.1.	Problèmes liés à la gouvernance du secteur	27
4.3.2.	Problèmes des ressources humaines pour la santé	32
4.3.3.	Problèmes liés aux médicaments et intrants spécifiques.....	37
4.3.4.	Problèmes liés au financement de la santé	40
4.3.5.	Problèmes liés à la gestion de l'information sanitaire.....	48
4.3.6.	Problèmes liés aux infrastructures et aux équipements	50
4.3.7.	Problèmes liés aux prestations de services et soins de santé	55
4.3.8.	Problèmes liés à la collaboration entre le secteur santé et les secteurs connexes	59
5.	BUT ET OBJECTIFS DU PNDS	62
6.	STRATEGIE D'INTERVENTION	63
6.1.	Le développement des zones de santé	63
6.2.	Stratégies d'appui au développement des zones de santé	68
6.3.	Renforcement du leadership et de la gouvernance.....	70
6.4.	Renforcement de la collaboration inter sectorielle	72
7.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS.....	74
8.	SUIVI ET EVALUATION DU PNDS	79
9.	BUDGET DU PNDS	80
9.1.	Cadrage macro économique	80
9.2.	Budget et cadre programmatique	85
10.	Annexes	85

Tableau 1: Répartition de la population de la RDC par province.....	11
Tableau 2: Objectifs quantitatifs de réduction de la pauvreté (en %, sauf indications contraires)	14
Tableau 3 : Répartition des Zones de Santé par province	15
Tableau 4 : Données relatives à la lutte contre le VIH/SIDA.....	19
Tableau 5 : Budget de l'Etat et Budget de la Santé de 1998 à 2009 (en USD)	41
Tableau 6: Nombre de Zones de Santé sans Hôpital Général de Référence selon ELS fév 10	52
Tableau 7 : Situation des CS par province telle que transmise par les divisions provinciales de la Santé	53
Tableau 8 : Cadrage macroéconomique du PNDS 2011-2015.....	80
Tableau 9: Ressources prévisibles du PNDS 2011-2015 par source de financement, en milliards CDF	81
Tableau 10 : Evolution de la répartition des dépenses publiques de santé par nature (2011-2015)	82
Tableau 11 : Répartition par nature des dépenses publiques allouées à la santé (2011-2015).....	82
Tableau 12: Budget du PNDS par niveau en milliards de FC (scénario 1) 1 USD=900 CDF.....	82
Tableau 13 : Répartition des ressources prévisibles du PNDS par province et niveau central par année.....	83

LISTE DES ABREVIATIONS ET DES ACRONYMES

ASRAMES	Association Régionale d'Achat des Médicaments Essentiels
AT	Assistance Technique
BAD	Banque Africaine de Développement
BCAF	Bureau de Coordination des Achats FEDECEME
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
CA	Conseil d'Administration
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion
CDMT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CNP	Comité National de Pilotage
CPP	Comité Provincial de Pilotage
CPN	Consultation Pré Natale
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSR	Centre de Santé de Référence
DEP	Direction d'Études et Planification
DPM	Direction de la Pharmacie, du Médicament et des plantes médicinales
DPS	Division Provinciale de la Santé
DSCRIP	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
ECZ	Équipe Cadre de Zone
ECP	Equipe Cadre Provinciale
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EGS	Etats Généraux de la Santé
ELSS	Etat des Lieux du Secteur de la Santé
EPSP	Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
ESU	Enseignement Supérieur et Universitaire
ETD	Entité Territoriale Décentralisée
FED	Fonds Européen de Développement
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Achat et de Distribution de Médicaments Essentiels
FONAMES	Fonds National Médico-Sanitaire
FOSA	Formation Sanitaire
HGR	Hôpital Général de Référence
IDS	Inspection de District sanitaire
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
IEM	Institut d'Enseignement Médical
ITM	Institut Technique Médical
MESU	Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
MICS 2	Multi Indicators Clusters Suvery
MID	Médecin Inspecteur de District
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MPH	Master of Public Health
MSP	Ministère de la Santé Publique

OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS - AFRO	OMS région Afrique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAP	Programme d'Actions Prioritaires
PARSS	Programme d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PDSZ	Plan de Développement Sanitaire de la Zone de Santé
PEV	Programme Élargie des Vaccinations
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte Contre le Sida
PNLO	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST
PNLT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNS	Politique Nationale de la Santé
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PS	Poste de Santé
PS9FED	Programme Santé du 9ème Fonds Européen de Développement
RDC	République Démocratique du Congo
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
SANRU	Santé en milieu Rural
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSP	Soins de Santé Primaires
SWAP	Sector Wide Approach
TPM+	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
UPPE	Unité de Pilotage du Processus d'Elaboration du DSCR
USAID	Agence Internationale de Développement des États Unis d'Amérique
USD	Dollar américain
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'immunodéficience Acquise
ZS	Zone de Santé

1. INTRODUCTION

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

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

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

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

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

5. Le processus a démarré par la mise à disposition des outils de planification (canevas et directives de planification aux ZS). Ces dernières ont bénéficié de l'appui technique du niveau intermédiaire pour la finalisation de leurs Plans de Développement Sanitaires des Zones de Santé (PDSZ) avant de les faire adopter par leurs

Conseils d'Administration. Il convient de signaler qu'à ce niveau participent déjà tous les acteurs qui interviennent dans la ZS (autorités politico administratives, cadres des ZS, partenaires de la ZS dont les confessions religieuses et le privé lucratif intégré dans la ZS, etc.).

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

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

8. La dernière phase, celle de l'écriture du PNDS lui-même a duré 30 jours. Un groupe de 25 experts composé du secteur public, de partenaires et de la société civile, interné au Centre Caritas a travaillé jour et nuit. Il a bénéficié de l'appui de personnes ressources du secteur public, de partenaires et de la société civile. Le groupe a commencé par l'élaboration du diagnostic politique, macroéconomique et sectoriel qui a duré deux semaines. L'élaboration de ce diagnostic a pris en compte les diagnostics des PPDS, les résultats d'évaluation préliminaire du Plan Directeur de Développement Sanitaire 2000-2009 (PDDS 2000-2009), le rapport préliminaire des états des lieux du secteur de la santé réalisés avec l'appui technique de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2007, le rapport de la Revue des Dépenses Publiques de 2008, les rapports des différentes revues annuelles, les rapports du Ministère des Finances et du Budget, etc.

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

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

11. Après l'établissement du diagnostic sectoriel, les équipes (constituées des cadres du MSP, des partenaires techniques et financiers et de la société civile) internées au Centre d'accueil Caritas, ont poursuivi le travail de l'écriture des autres parties du PNDS. Lors de cette phase des négociations ont été entreprises une fois de plus avec les provinces essentiellement pour la fixation des cibles.

12. En ce qui concerne la partie programmatique, le groupe de rédaction a non seulement consulté les experts de l'UPPE pour s'assurer de l'ancrage du secteur santé au but et aux objectifs du DSCRП, mais aussi a bénéficié de l'assistance technique internationale (OMS Genève, OMS-AFRO, Unicef, Banque Mondiale, Coopération Technique Japonaise, en sigle JICA) et des partenaires des Coopérations multi et bilatérales pour s'assurer de la cohérence et de l'harmonie avec les différents documents et engagements globaux, régionaux et de la sous-région.

13. Le cadre macro-économique opéré sur base de trois hypothèses de travail selon la thèse maximale, optimale et minimale a permis au groupe d'experts d'opter pour la thèse optimale pour le budget du PNDS 2011-2015. Néanmoins, les deux autres options sont annexées au document du PNDS.

14. Les trois parties PNDS ont bénéficié des enrichissements, de la validation et de l'adoption au moment de l'écriture grâce au concours de personnes ressources de chaque partie prenante.

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

2. PRESENTATION DU CONTEXTE NATIONAL

2.1. Situation géographique

16. **La RDC se situe au cœur de l'Afrique et figure parmi les géants du continent** avec une superficie de 2 345 000 km². Elle partage 9 165 kilomètres de frontière avec neuf pays voisins, à savoir : la République du Congo à l'Ouest, l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie à l'Est, la République Centrafricaine et le Soudan (au Nord) ainsi que la Zambie et l'Angola au Sud. L'extension de ses frontières, combinée au manque d'infrastructures de transport et de communication, rend particulièrement ardues les échanges et déplacements des biens et de personnes.

17. **Le pays est situé à cheval sur l'Equateur avec un climat équatorial chaud, humide au centre et tropical au Sud et au Nord.** La moitié de la végétation est incluse en grande partie dans les forêts. Ainsi, six des onze provinces de la RDC ont une forte proportion de zones forestières de l'ordre de 40 à 70 pour cent. L'autre moitié proche des tropiques est dominée par la savane. Toutes ces régions abritent une diversité de population dont une bonne partie, notamment les pygmées, n'est pratiquement pas recensée.

2.2. Situation sociodémographique

18. La RDC est le second pays le plus peuplé d'Afrique subsaharienne avec une population estimée à 64 millions d'habitants, mais disproportionnellement répartie sur le territoire. Selon l'Enquête 1-2-3 (2005), 69,6 % de la population vit en milieu rural contre 30,4% en milieu urbain. Le pays est sous-peuplé avec seulement 24 habitants au km². Il sied de souligner que particulièrement la ville Province de Kinshasa a une très forte densité, avec 577 habitants au km² suite à la concentration des infrastructures économiques, scolaires, universitaires et sanitaires ainsi que des institutions administratives et politiques. Ceci crée pour la population de la capitale une meilleure offre d'emploi que dans les Provinces attirant ainsi, les populations en provenance de l'intérieur du pays.

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

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

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

Source : Institut National de la Statistique

20. La population d'âge économiquement actif (20-64 ans) c'est-à-dire les adultes qui doivent prendre en charge à la fois des enfants et des vieillards, représente 40% de la population totale, soit 38,8% chez les

hommes et 41,2% chez les femmes. La diversité géographique ponctuée par les forêts et les cours d'eau se combine à la grande diversité culturelle et linguistique pour accentuer la dispersion et l'enclavement géographiques de différents groupes. Ainsi l'ampleur des besoins sociaux de base, en l'occurrence des besoins sanitaires, à satisfaire s'articule, pour les politiques nationales, à la complexité d'atteindre des populations dispersées sur de vastes étendues et, de surcroît, dans des zones très difficiles d'accès.

21. Pour l'ensemble du pays, l'incidence de la pauvreté (71,34%) est très élevée si on la compare à celle des autres pays de l'Afrique Centrale. En effet, la pauvreté atteint des proportions effroyables, touchant plus de 70% de la population du pays. L'ampleur de la pauvreté varie considérablement d'une région à une autre, selon qu'on réside en milieu urbain et rural ainsi que selon les groupes socioprofessionnels (les travailleurs indépendants et les apprentis sont les plus pauvres (77%) ; suivies des manœuvres, des employés et ouvriers semi qualifié (66%). On compte plus de 40% de pauvres parmi les cadres de direction et de collaboration) ainsi que selon les groupes sociodémographiques (la pauvreté frappe surtout les ménages où l'âge du chef est compris entre 30 et 65 ans (plus de 70% de pauvres). Il résulte de cette situation la non satisfaction des besoins fondamentaux de la population de sorte que des réformes vigoureuses sont à entreprendre dans le secteur économique pour permettre la réduction de la pauvreté. Dans ces conditions, les besoins de financement massif des secteurs sociaux comme la santé contrastent avec les ressources relativement maigres mobilisées et/ou mobilisables par l'Etat.

2.3. Situation politico-administrative

22. **La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend onze Provinces.** Chaque province est divisée en districts, les districts sont à leur tour, divisés en territoires, les territoires en secteurs et les secteurs sont divisés en villages ou localités. La RDC compte 41 districts et 222 territoires. La constitution de la troisième République prévoit le passage à 26 provinces. Votée en février 2006, cette nouvelle organisation territoriale doit prendre effet dans les trois ans qui suivront l'installation effective des institutions politiques prévue par la Constitution (Article 226). A ce jour, cette nouvelle disposition n'est pas encore en place et devrait l'être d'ici fin 2010. Ce découpage doit permettre une décentralisation du pouvoir vers les Provinces grâce à une plus grande autonomie de gestion.

23. Cette disposition constitutionnelle traduit la volonté politique non seulement de rapprocher, des centres de décision, des administrés dispersés sur de vastes étendues souvent difficiles d'accès, mais elle est également motivée par le souci de bonne gouvernance à travers la participation des communautés de base au processus de décision concernant leurs propres affaires. L'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, la répartition concrète des compétences et l'allocation conséquente des ressources, demeure un véritable défi et doit encore faire l'objet de négociations et de compromis.

Figure 1 : Carte administrative de la RDC



2.4. Situation économique et financière

24. Depuis 2001, avec la mise en place du Programme intérimaire renforcé, la RDC est sur la voie du redressement au regard des progrès accomplis dans les domaines politiques et économiques. En effet, durant cette période, le Gouvernement a pris d'importantes mesures afin d'instaurer la démocratie et rétablir la paix. L'économie a réagi favorablement à ces avancées. Aussi, sur le plan économique, les réformes et les politiques macroéconomiques prudentes ont contribué à relancer la croissance et à réduire significativement l'inflation. Sur la période 2002-08, la croissance et l'inflation ont évolué respectivement de 6 % et de 15,9% l'an. Toutefois, depuis le mois de juillet 2008, il s'observe un essoufflement de la croissance économique suite principalement à l'effondrement du secteur minier, conséquence de la crise financière internationale. Ainsi, la croissance s'est ralentie à 2,7% en 2009 et l'inflation est montée à 45%. Le PIB par tête a chuté d'environ 174,5 dollars américains en 2008 à 156,8 dollars en 2009, soit un niveau cinq fois inférieur à la moyenne africaine. Une telle tendance comporte certainement des effets défavorables au développement du système de santé du fait de la stagnation ou amenuisement des ressources allouées à santé.

25. D'importants dépassements des crédits monétaires ont dégradé la situation budgétaire au cours de la période 2006-09, malgré une bonne performance des recettes. Les recettes budgétaires ont été exécutées au-delà de la programmation, avec une augmentation graduelle de 11,4 % en 2005 à 12,9 % du PIB en 2006 et 18,5% du PIB 2009 pour chuter à 17,9 % du PIB en 2010, sous l'effet de la crise financière internationale. Les dépenses sur ressources propres ont été exécutées au-delà du plafond programmé dans le plan de trésorerie sur la période 2002-09 suite à des pressions sécuritaires et humanitaires. Celles-ci ont induit des accroissements imprévus en cours d'exercice des dépenses courantes de souveraineté, de sécurité et celles liées à la décentralisation. La difficulté de maîtriser les dépenses courantes s'est traduite par un accroissement excessif des agrégats monétaires entre 2006-07.

2.5. Stratégie de développement national

26. Le Gouvernement s'est engagé en 2006, à travers le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) qui a couvert la période allant de 2006 à 2008, à mettre en place une

nouvelle génération de réformes économiques et sociales pour lutter contre l'extrême pauvreté. L'objectif est d'une part de consolider les acquis des programmes économiques passés et rendre durable la croissance, et d'autre part de renforcer la sphère sociale et de s'assurer que les bonnes performances économiques se traduisent par une nette amélioration des conditions de vie des populations.

27. L'objectif ultime que le Gouvernement vise à travers la présente stratégie est l'amélioration durable et effective des conditions de vie des populations pour une période d'une génération de 25 ans (vision 26/25) répartie sur trois ans, en s'attaquant aux principales causes de la pauvreté telles que relevées dans le diagnostic. Le tableau ci-dessous retrace les principaux objectifs quantitatifs de ladite stratégie et les priorités d'action qui en découlent ont fait l'objet d'une préférence dans les choix budgétaires et les allocations de ressources dans le CDMT.

Tableau 2: Objectifs quantitatifs de réduction de la pauvreté (en %, sauf indications contraires)

Indicateurs de développement	2006	2007	2008	2009
Taux de croissance du PIB réel	6,5%	7%	7,7%	8,4%
Taux d'inflation fin de période (IPC)	21,3%	8%	6%	6%
Taux de mortalité infanto-juvénile	126 ¹	-	-	89
Taux de mortalité maternelle	1289	-	-	944
Taux Brut de Scolarisation Primaire	64%	64,1%	70,8%	80%
Taux de prévalence du VIH/SIDA	4,5%	<4,5%	<4,5%	<4,5%
Taux de desserte en Eau Potable	22%	22%	24%	26,9%
Taux de desserte en assainissement	9%	9%	11,5%	15%
Incidence de la pauvreté	70,68%	70%	<70%	<70%

Source : DSCR 2006-2008

28. Le DSCR repose sur 5 piliers : (i) Promouvoir la bonne gouvernance et consolider la paix (par le renforcement des institutions) ; (ii) : Consolider la stabilité macroéconomique et la croissance ; (iii) Améliorer l'accès aux services sociaux et réduire la vulnérabilité ; (iv) : Combattre le VIH/Sida ; et (v) Promouvoir la dynamique communautaire. Pour opérationnaliser la stratégie, le Gouvernement, en collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers, a mis en place un PAP 2007-08 reconduit jusqu'en 2010. Ces piliers sont étroitement liés et interdépendants les uns des autres, et les progrès dans un domaine sont tributaires des avancées faites dans les autres — il en est ainsi de la croissance et de la réforme de l'État, ou encore des prestations de services sociaux dont la santé, de la réforme de l'État et de la dynamique communautaire.

29. Concernant la santé, le DSCR stipule que l'amélioration de l'état de santé des populations est un objectif à la fois économique et social de développement. La réalisation d'un tel objectif nécessite la contribution de l'ensemble des secteurs de la vie nationale, ce qui revient à agir sur les déterminants de la santé tels que l'eau et l'environnement, l'amélioration de conditions de vie des populations, l'éducation, la promotion de bonnes habitudes alimentaires, etc. en même temps qu'on met en place les services de santé et qu'on se rassure de leur utilisation par la population.

¹ Les données relatives à la mortalité infanto juvénile et maternelle correspondent à celle de l'enquête MICS2 réalisée en 2001. Les valeurs de ces deux indicateurs étaient respectivement de 126 décès pour 1000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 5 ans et 1289 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

3. DIAGNOSTIC SECTORIEL

3.1. Cadre organisationnel

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

31. Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat général qui compte 13 Directions et 52 Programmes Spécialisés. Il a une responsabilité normative et de régulation. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives.

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

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

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

Tableau 3 : Répartition des Zones de Santé par province

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

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

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

- i. Le développement de la Zone de santé (ZS) qui en constitue l'axe stratégique de base. Il comprend essentiellement la rationalisation du fonctionnement des Hôpitaux Généraux de Référence (HGR), l'amélioration de la couverture sanitaire (implantation des Centres de Santé) et de la qualité des soins ainsi que la participation communautaire,
- ii. La réforme du niveau central et intermédiaire du Ministère de la Santé Publique (MSP) incluant pour le niveau intermédiaire la remise en état des hôpitaux provinciaux et pour le niveau national, la restauration des Hôpitaux Nationaux ou Cliniques Universitaires ;
- iii. Le développement des ressources humaines pour la santé qui prendra en compte la formation de base du personnel de santé du niveau secondaire, celui du niveau universitaire par le renforcement de la collaboration avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur, la formation en cours d'emploi, la gestion de la carrière du personnel de santé, etc.
- iv. La rationalisation du financement de la santé par l'utilisation rationnelle de toutes les sources de financement existantes, l'augmentation du budget de l'Etat consacré à la santé et une amélioration de la pertinence de l'affectation de ce dernier, la mise en place de 'basket funding' au niveau provincial pour une meilleure allocation des ressources à ce niveau et une réduction des effets du financement vertical sur l'organisation du système de santé en périphérie ;
- v. La collaboration intra et inter sectorielle pour mieux capitaliser les apports du secteur privé et ceux des autres secteurs qui ont une influence sur l'organisation du secteur de la santé et donc, sur la santé des populations ;
- vi. Le renforcement de la recherche sur le système de santé en vue d'une amélioration de la pertinence des politiques, stratégies et normes du secteur de la santé.

37. La SRSS est cooptée dans le document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR) est devenue la contribution du secteur de la santé aux efforts du Gouvernement destinés à lutter contre la pauvreté. Sa mise en œuvre s'est faite entre 2006 et 2009 à travers des Plans d'Actions Prioritaires (PAP). Ce Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui va couvrir la période 2011-2015, sera le premier plan pluriannuel de mise en œuvre de la SRSS.

3.2. Etat de santé de la population congolaise

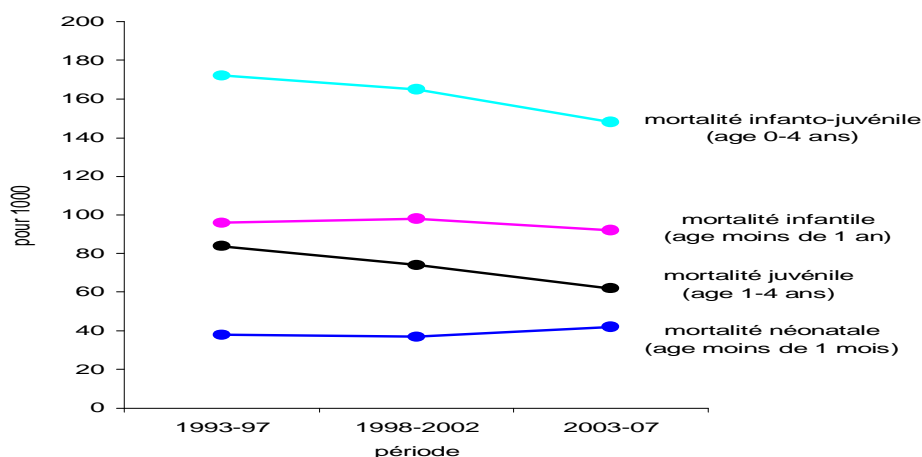
3.2.1. Mortalité générale, infantile et maternelle

38. Les enquêtes rétrospectives sur la mortalité ont fait apparaître un taux de mortalité extrêmement élevé parmi les populations affectées par les conflits armés, et l'on estime que 3.8 millions de décès peuvent être attribués à la guerre depuis 1997. La mortalité infanto juvénile est passée de 192 et 220 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2001. Ce taux représentait entre 450.000 à 500.000 décès chaque année dans cette tranche d'âge (évaluation faite sur base d'une population estimée à 58.3 millions d'habitants).

39. Dans les régions affectées par les conflits, ce taux de mortalité infanto juvénile était extrêmement élevé. Dans la moitié orientale du pays, il était estimé jusqu'à 408 décès pour 1000 naissances vivantes en 2002 !

40. La fin des conflits armés ainsi que les différentes actions entreprises dans le secteur par le Gouvernement et ses partenaires ces dernières années ont contribué à faire infléchir le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Sur l'ensemble de la période allant de 1998 à 2007, il y a une baisse générale de la mortalité des enfants de moins de cinq ans comme le montre le graphique suivant.

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

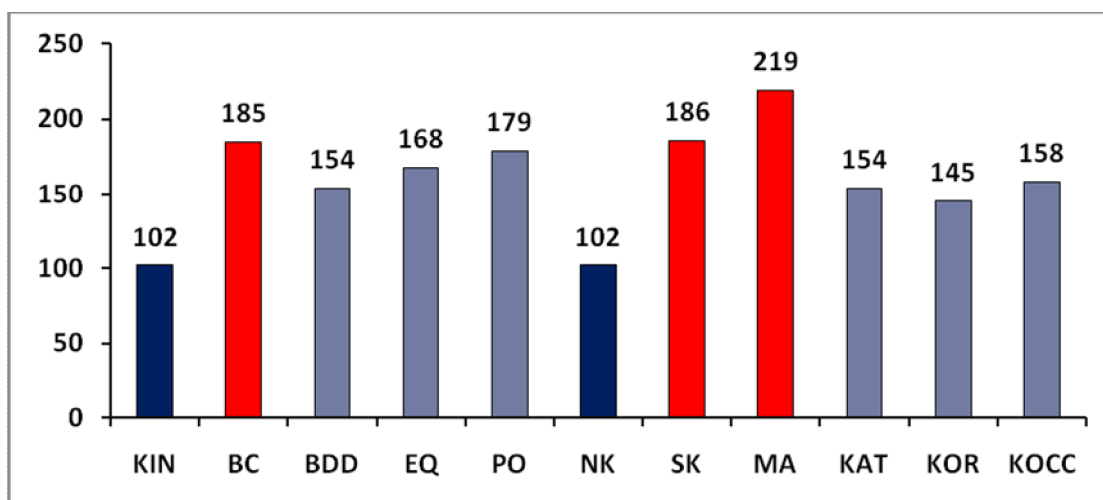


Ministère du Plan : enquête démographique et de santé (EDS 2007)

41. Cette baisse est bien perceptible en ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile et la mortalité juvénile. En effet, le quotient de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 172 ‰ dans la période 1992-1997 à 165 ‰ dans la période 1997-2002, puis à 148 ‰ dans la période 2002-2007. Ainsi, au cours des 15 dernières années, le niveau de la mortalité des enfants entre la naissance et le cinquième anniversaire a connu une baisse de 14 %. Quant à la mortalité infantile, une baisse moins importante (6 %) est observée au cours des dix dernières années, passant de 98‰ en 1997-2002 à 92‰ en 2002-2007. En ce qui concerne la mortalité néonatale, son niveau est resté quasiment stable entre 1997-2002 (37 ‰) et 1992-1997 (38 ‰). Elle est sans doute celle qui reflète le mieux les performances des services de santé.

Des disparités importantes persistent entre provinces en ce qui concerne la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Le risque de mourir avant le 5ⁱème anniversaire est 2 fois plus important pour un enfant qui vit dans le Maniema par rapport à son compatriote qui est dans la même tranche d'âge et qui vit à Kinshasa ou dans le Nord Kivu. Cette tendance est bien représentée dans le graphique ci-après.

Graphique 2: mortalité des enfants de moins de 5 ans par province



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

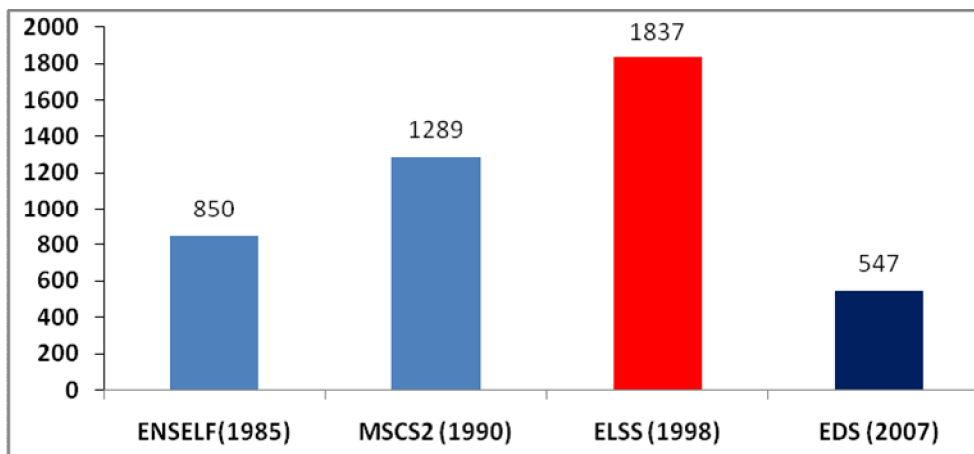
42. Par rapport aux données de 2001 (MICS2), le nombre des vies sauvées chez les enfants de moins de 5 ans est estimé à environ 140 000 chaque année !

43. Le ratio de mortalité maternel qui était de 850 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1985 est passé à 1.289 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001 (MICS2). Ce qui correspond à 36.000 femmes qui mouraient chaque année en couche. Il était ainsi l'un des plus élevés au monde. Il faudra cependant signaler que la méthode utilisée dans le MICS2 est une méthode indirecte qui donne des estimations qui correspondraient à une période d'environ 12 ans avant l'enquête. Ce qui fait remonter aux années nonante. En 1998, les états

des lieux du secteur de la santé ont fait état d'une mortalité maternelle de 1837 pour 100 000 naissances vivantes. L'Enquête de Démographie et de Santé (EDS) qui a été réalisée en 2007 situe le ratio de mortalité maternelle à 549 décès pour 100 000 naissances vivantes.

44. L'ensemble de ces données montrent que le ratio de mortalité maternelle a au fil du temps évolué de la manière qui est reprise dans le graphique suivant :

Graphique 3 : ratio de mortalité maternelle

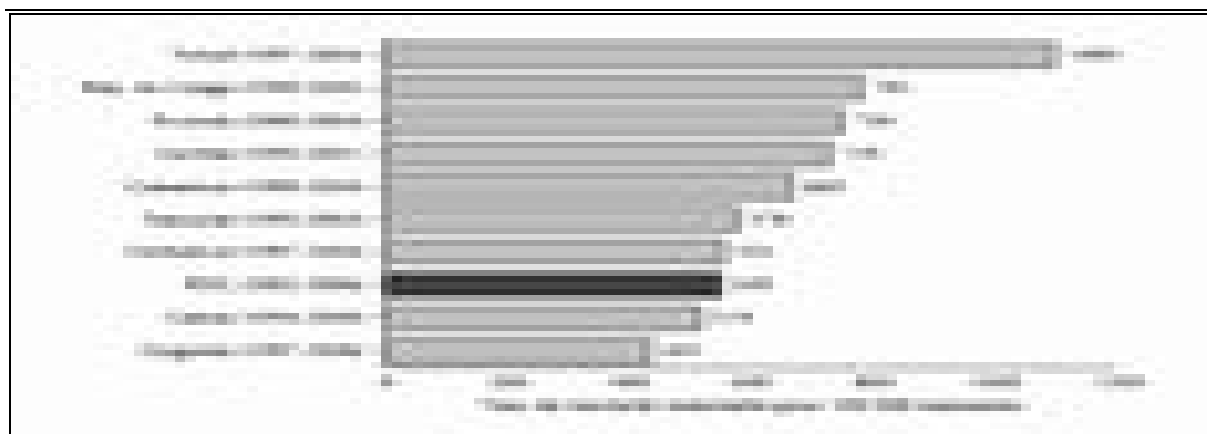


Sources : Enself 1985, MICS2 2001, ELSS 1998, EDS 2007

45. Si nous considérons les données de MICS2 comme celles de départ du fait qu'elles font partie de l'enquête qui a été réalisée le lendemain de la déclaration du millénaire pour le développement, on se rend compte qu'en dépit de progrès réalisés en rapport avec la baisse du ratio de mortalité maternelle, il reste encore du chemin à parcourir pour réaliser l'objectif de développement y relatif qui consiste à réduire la mortalité maternelle de 3/4, soit atteindre un ratio de mortalité maternelle égal à 322 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

46. Comparé à celui des autres pays, le ratio de mortalité maternelle en RDC se situe pour le moment autour de la moyenne des pays de la sous région.

Graphique 4 : ratio de mortalité maternelle des quelques pays africains comparés à la RDC

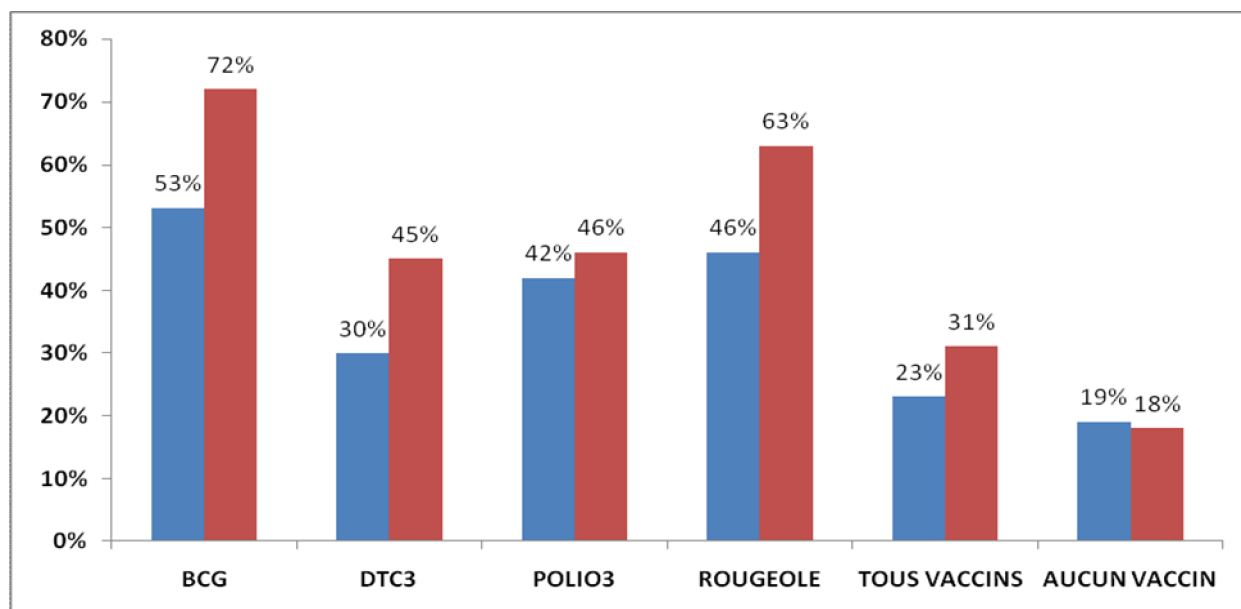


Ministère du Plan : enquête démographique et de santé (EDS, 2007)

3.2.2. La couverture vaccinale

47. Les données de l'EDS montrent que la couverture vaccinale de tous les antigènes a augmenté entre 2001 (MICS2) et 2007 (EDS). Cependant pour tous ces antigènes la couverture vaccinale est en deçà des objectifs nationaux. En effet la couverture vaccinale au BCG est passée de 53% à 72%, celle du DTC3 de 30% à 45%, celle de polio 3, de 42% à 46% et celle des enfants complètement vaccinés de 23% à 31%. Il reste tout de même 18% d'enfants qui n'ont reçu aucun vaccin en 2007. Cette proportion était de 19% en 2001

Graphique 4 : couverture vaccinale



Sources : MICS2 (2001) et EDS (2007)

3.2.3. La prévalence du VIH/SIDA

48. Les données des sites sentinelles montrent que l'épidémie du VIH/SIDA est généralisée en RDC. En effet, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes fréquentant les services de consultation prénatale est de 4,3% (PNLS, 2008). Les données actuellement disponibles montrent que l'épidémie se ruralise (4,6% en milieu rural contre 4,2% en milieu urbain), se « **juvénilise** » et se féminise (sexe ratio : 1,3). Les zones géographiques particulières joueraient un rôle particulier dans la propagation de l'épidémie. C'est le cas de gares ferroviaires, de ports maritimes, de zones minières et de postes frontaliers, etc.

49. L'épidémie du VIH /SIDA en RDC est restée relativement stable au cours de ces 5 dernières années (prévalence chez les femmes enceintes fréquentant les structures de CPN : 4,5 % en 2004 et 4,3% en 2008, IC 95% : 4,0 – 4,7). Les estimations de 2009 et 2010 pour la RDC faites par Spectrum sur les données de 2008 peuvent se résumer comme suit :

Tableau 4 : Données relatives à la lutte contre le VIH/SIDA

Parameters	Année 2009	Année 2010
Nb de personnes vivant avec le VIH (Total)	1 143 336	1 185 464
Nb de femmes enceintes ayant besoin de la PTME	86 312	88 062
Nb de décès dus au SIDA	82 790	84 323
Total d'orphelins dus au SIDA	1 025 55	1 042 124

--	--	--

Source : Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA

50. En 2004, seuls 5000 patients étaient sous traitement anti rétroviral sur l'ensemble du territoire national. En 2008, le nombre de PVVIH sous ce traitement est estimé à 34.967 sur 283 055 PVVIH éligibles, soit 12,4%. Bien que la tendance générale montre l'amélioration de cet indicateur, beaucoup d'efforts sont à déployer pour plus d'efficacité, d'efficience et d'équité.

51. La lutte contre le VIH/SIDA a été caractérisée par de l'incoordination au cours de la période ayant précédé l'année 2007. On y a noté le saupoudrage des interventions à travers l'approche « passe partout » qui consistait à intégrer l'une ou l'autre activité sans tenir compte des principes directeurs des soins de santé primaires. A partir de l'année 2007, le PNLs a redéfini une autre stratégie qui consiste en l'intégration d'un paquet complet d'intervention de lutte contre le VIH/SIDA dans les structures de Zone de santé éligibles. Cette approche novatrice tient à matérialiser les principes de globalité, de continuité, d'intégration, d'efficacité, d'efficience et de l'équité conformément aux orientations de la SRSS.

3.2.4. Les indicateurs de la lutte contre le Paludisme

52. On ne dispose pas des données sur le paludisme pour la période d'avant 1985 pour pouvoir les comparer aux données actuelles. Cependant, tout porte à croire que la désarticulation du système de santé a eu un effet néfaste sur les efforts de contrôle de cette endémie. En effet, en dépit de la création du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et de la définition de la politique, il semble bien y avoir une fracture entre les principes édictés par la politique de lutte contre le paludisme et les habitudes des praticiens. Il n'était pas rare jusqu'il y a quelques temps de voir des partenaires dans certaines parties du pays, continuer à approvisionner les centres de santé en chloroquine au moment où cette molécule était déjà remplacée par la Sulfadoxine-pyriméthamine comme traitement de première intention.

53. Quatre vingt dix sept pourcents (97%) de la population congolaise sont exposés au paludisme endémique, les trois autres pourcentages le sont au paludisme épidémique dans les hautes montagnes de l'Est du pays. La prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans est de 42%. Ceci correspond à 6 à 10 épisodes par enfant et par an. Le nombre total annuel d'épisodes de fièvre présumée palustre dans le pays selon les estimations varie entre 60 et 100 000 000². Cependant, l'OMS estime à 27 millions des cas du paludisme par an³. Depuis le début de l'année 2005, la combinaison Amodiaquine-Artesunate a été introduite comme médicament de première ligne dans le traitement contre le paludisme en RDC. Cependant, le coût des combinaisons à base d'artémisinine reste encore élevé, ce qui pose problème en termes de disponibilité des médicaments dans les Zones de Santé. Ceci pousse plusieurs praticiens à prescrire la quinine pour soigner les épisodes de fièvre/paludisme simples dans plusieurs formations médicales du pays. Ceci explique en grande partie la faible proportion (10%) des enfants de moins de 5 ans pris en charge conformément aux directives nationales, constatée par l'EDS 2007.

54. Le paludisme est la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. On estime à environ 180.000 le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année de paludisme⁴.

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

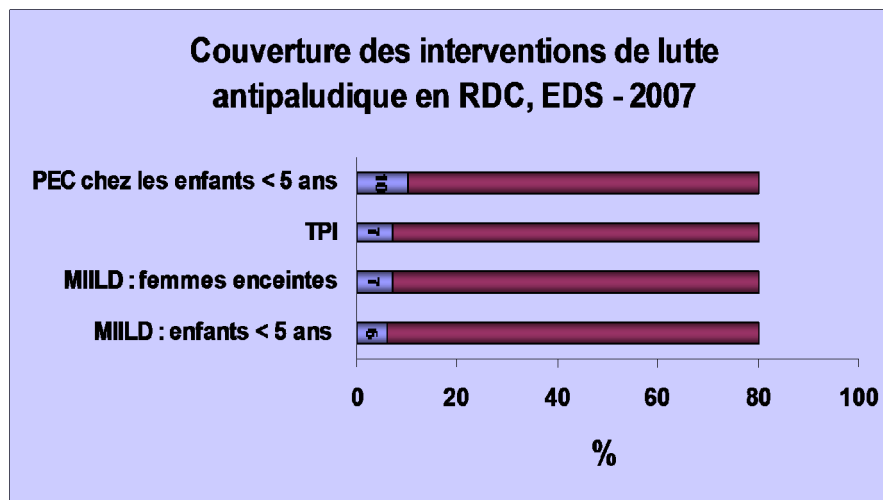
² **Ministère de la Santé et Banque Mondiale : Rapport d'État Santé et Pauvreté en RDC, 2005**

³ **OMS : Global Malaria Report, 2008**

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

2007 selon la même source Le graphique ci-dessous présente l'évolution de la couverture en interventions de lutte contre le paludisme.

Figure 3: Couverture en interventions de lutte contre le paludisme en 2007



3.2.5. Les indicateurs de la lutte contre la Tuberculose

56. La RDC est l'un des 22 pays les plus affectés par la tuberculose dans le monde. Elle occupe le 5^{ème} rang en Afrique et le 11^{ème} au niveau mondial (Global Tuberculosis Control, WHO/HTM/TB/2005.349). L'OMS a estimé qu'en 2003 l'incidence annuelle des Tuberculoses Pulmonaires à Microscopie Positive (TPM+) en RDC était de 160 cas pour 100.000 habitants. Depuis 1987, le nombre de cas de TPM+ notifiés par le programme augmente progressivement. Ce nombre est passé de 15.000 nouveaux cas TPM+ en 1987 à 62.519 en 2004. Cette augmentation est en partie liée à l'infection à VIH dont la prévalence moyenne est de 4,3% (PNLS, 2008). La prévalence de l'infection VIH parmi les tuberculeux est estimée à 30%. En RDC, on estime que 36.000 décès dus à la tuberculose surviennent chaque année, dont 28% sont attribuables au VIH (Corbett et al. 2003).

57. Le Programme de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a toujours été parmi les mieux organisés du pays (programme intégré dans les structures de la ZS avec des performances appréciables). Cependant, l'on assiste depuis quelques années à une stagnation des performances du programme du fait de la désarticulation du système de santé. Pour contourner les difficultés liées au système, le PNT comme tant d'autres programmes mieux financés, développe des stratégies dont l'un des résultats est la verticalité (installation des infirmiers superviseurs 'tuberculose', paiement des primes aux infirmiers qui détectent des cas de tuberculose, etc.), ce qui de toute évidence accentue la désintégration du système.

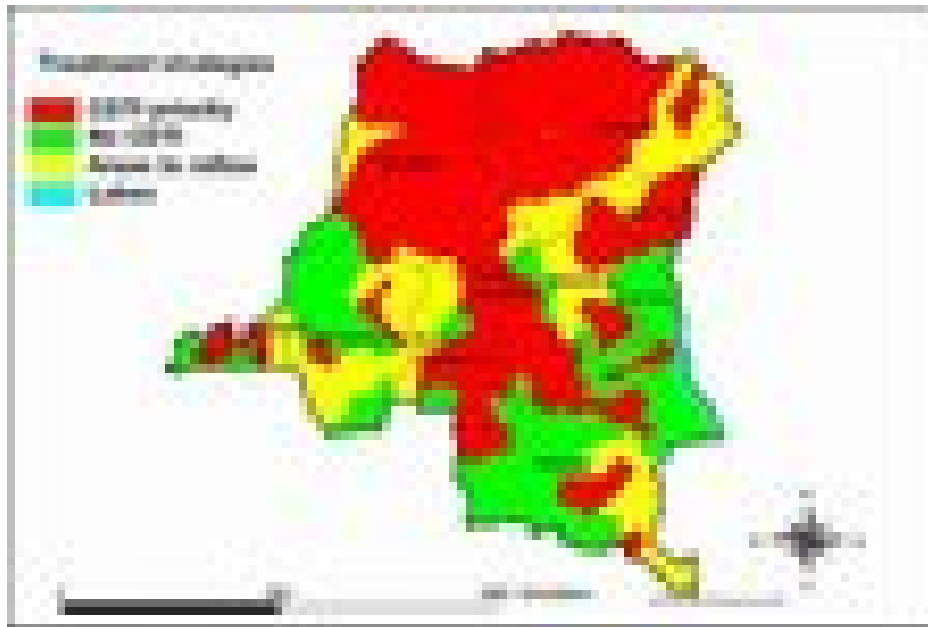
3.2.6. Les Maladies Tropicales Négligées (MTN)

58. Au cours de dernières années, le financement de la santé s'effectuait de manière sélective, ciblant les maladies dites prioritaires, à l'instar du VIH/SIDA, le Paludisme, etc. et certains problèmes de santé spécifiques comme les violences sexuelles. Cette approche a longtemps focalisé l'attention des prestataires sur ces maladies ou problèmes de santé créant une offre des services qui ne répondaient pas au principe fondamental des SSP, 'soins centrés sur l'homme'. Ceci explique la recrudescence des maladies autrefois contrôlées parce qu'elles étaient prises en charge dans le cadre de l'offre globale des SSP. Ces maladies sont appelées « maladies tropicales négligées ». C'est ainsi que certaines de ces maladies telles que la Filariose lymphatique, les schistosomiasis, les géo helminthiasis et l'onchocercose qui pourraient être contrôlées ou éliminées par l'intégration des activités de chimiothérapie préventive (CP) constituent encore un problème de santé publique en RDC. De même pour les leishmanioses, la lèpre, le pian, la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) et l'ulcère de Buruli qui devraient être contrôlées ou éliminées par l'intégration du dépistage précoce et de la prise en charge des cas au niveau opérationnel. Ci-dessous, il est décrit la situation actuelle de ces maladies tropicales dites négligées.

La couverture géographique et thérapeutique de l'onchocercose

59. Il existe en RDC un Programme National de lutte contre l'Onchocercose depuis 2002. Sa stratégie est basée sur le traitement de masse à l'ivermectine sous directives communautaires (TIDC). Environ 26 000 000 personnes sont exposées à l'Onchocercose dans le pays parmi lesquelles plus de la moitié (14 000 000) sont infectées. La couverture géographique est d'environ 60% (2008) tandis que la couverture thérapeutique par le TIDC est de 40%. Ces estimations montrent que la proportion des personnes infectées qui sont sous traitement ne dépasse guère 30%. L'une des raisons qui expliquent cette situation est sans doute la faiblesse de la couverture sanitaire du pays.

Figure 4 Carte épidémiologique de l'onchocercose par la méthode REMO (2003)



Les indicateurs relatifs à la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine

60. Sur les 300 000 à 500 000 cas de Trypanosomiase que compte l'Afrique, la moitié environ se trouve en République Démocratique du Congo (150 000 à 250 000 cas). Ces trois dernières années (2006-2009), la RDC déclare les $\frac{3}{4}$ des cas notifiés. La RDC est le pays le plus atteint avec environ 12. 000.000 de personnes vivant dans des zones endémiques. Chaque année, 10 000 à 15 000 nouveaux cas sont détectés alors que la couverture géographique du programme, elle-même tributaire de la couverture sanitaire du pays, est inférieure à 20%. Une amélioration de la couverture sanitaire permettra d'augmenter celle du programme et d'intensifier la lutte contre cette maladie.

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

62. Selon l'OMS, la Trypanosomiase Humaine Africaine est au 7ème rang des maladies pour ce qui est des années de vie ajustées sur l'incapacité en Afrique Subsaharienne. En plus de la souffrance humaine, la maladie affecte aussi le bétail, ce qui aggrave les pertes économiques liées à celle-ci. En RDC, par exemple, la persistance des infections péri domestiques amène les populations à l'abattage des porcs, des ovins, des caféiers, des palmiers, etc. qui sont incriminés dans la persistance des mouches tsé-tsé. La trypanosomiase est donc l'une des principales maladies appauvrissantes de la RDC.

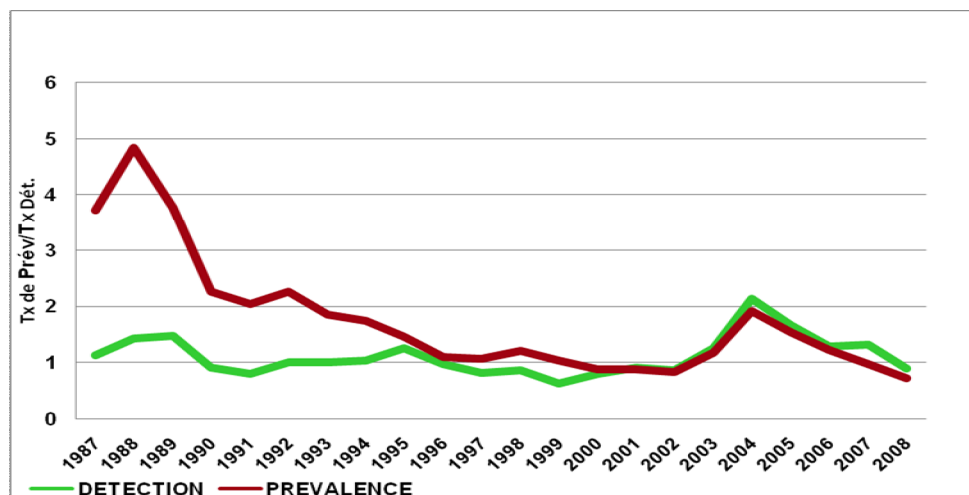
63. Sur les 300 000 à 500 000 cas de Trypanosomiase que compte l'Afrique, la moitié environ se trouve en République Démocratique du Congo (150 000 à 250 000 cas). Ces trois dernières années (2006-2009), la RDC déclare les $\frac{3}{4}$ des cas notifiés. Notre pays occupe ainsi le premier rang parmi les pays les plus atteints. Environ 12 000 000 des personnes vivent dans des zones endémiques et chaque année, 10 000 à 15 000 nouveaux cas sont détectés alors que la couverture géographique du programme, elle-même tributaire de la couverture sanitaire du pays, est inférieure à 20%. Etant donné que 236 ZS sur 515 sont endémiques de la trypanosomiase, une amélioration de la couverture sanitaire permettra d'améliorer celle du programme et donc d'intensifier la lutte

contre cette maladie qui est un facteur sérieux de pauvreté en RDC. Les personnes atteintes par la Trypanosomiase finissent par en mourir si elles ne sont pas traitées. Celles dont le traitement a été tardif gardent généralement des séquelles qui les rendent dépendantes de leurs communautés durant tout le reste de leur vie.

Indicateurs de lutte contre la lèpre

64. La RDC, longtemps considérée comme un pays endémique en matière de la lèpre, a atteint au niveau national, le seuil de l'élimination de la lèpre comme problème de santé publique depuis la fin de l'année 2007. Cette tendance s'est poursuivie en 2008 avec un taux de prévalence de 0,70 pour 10.000 habitants, consolidant ainsi la réalisation de cet acquis. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du taux de détection et de prévalence de 1987 à 2008.

Figure 5 Evolution de l'endémie lépreuse en RDC de 1987 à 2008



65. Cependant, il est à noter que la lèpre n'a pas encore disparu dans notre pays, elle existe dans toutes les zones de santé, mais à des degrés divers. Pour le moment, c'est dans les provinces du Katanga, de Bandundu, de l'Equateur et dans la Province Orientale que la prévalence de la lèpre est encore importante.

66. En termes de détection, la République Démocratique du Congo, avec plus de 6.000 nouveaux cas en 2008, soit plus des 20% de nouveaux cas dépistés en Afrique, est actuellement le pays qui a le plus grand nombre de malades de la lèpre dans notre continent.

67. L'endémie lèpre est une maladie invalidante, elle est souvent associée à l'extrême pauvreté de la population. La détection tardive des cas, responsable des infirmités dans la lèpre, est souvent attribuable soit à la faible accessibilité des lépreux aux services de santé, soit en core à la faible couverture sanitaire.

Filariose lymphatique (FL)

68. Les données historiques disponibles pour quatre provinces montrent que la maladie sévit dans la totalité de ces provinces : Bandundu, Bas Congo, Equateur et Province Orientale. Entre 2007 et 2009, la collecte des données sur les manifestations chroniques de la FL et les enquêtes de cartographie par **cartes immun chromatographiques (ICT)** ont permis d'actualiser les informations sur la FL dans sept provinces du pays (Bas Congo, Bandundu, Katanga, Kasai Occidental, Kasai Oriental, Maniema et Province Orientale). Le taux de positifs a été supérieur à 1% dans toutes les zones de santé enquêtées.

Schistosomiase

69. La situation épidémiologique de la schistosomiase constitue un problème de santé publique en RDC. Les données historiques révèlent la présence de multiples foyers disséminés dans toutes les provinces à l'exception de la province du Bandundu (Fonames, 1976). L'étude menée en 1998 par l'école de santé publique de Kinshasa révèle un taux de prévalence de 84% dans la province du Bas Congo, tandis que dans la ville province de Kinshasa, précisément à Kisenso, elle révèle un taux de prévalence de 96% (KIYOMBO).

L'ancienneté de ces données impose une réactualisation de la cartographie des schistosomiasés dans toutes les provinces du pays.

Helminthiases transmises par le sol

70. Une étude menée par le Programme National de Nutrition (PRONANUT) en RDC en 2005 a trouvé un taux de prévalence moyenne de 82% chez les enfants de 1 à 5 ans dans toutes les provinces. Vu que le programme ne dispose pas des données sur les enfants d'âge scolaire, le programme suggère de mener une enquête de prévalence sur cette tranche d'âge dans les écoles primaires.

Trachome

71. Il existe en RDC des foyers isolés notamment en Ituri dans la Province orientale et au Nord Kivu. Les seules données disponibles sont celles issues des consultations cliniques ophtalmologiques. Ainsi en 1993, 22 cas ont été rapportés, dont 20 seraient venus de l'Ouganda voisin.

72. Il existe un Programme National de Santé oculaire et vision 2020 dont l'objectif poursuivi est celui d'éliminer le trachome en RDC d'ici 2020. Les objectifs spécifiques fixés sont de mener une étude épidémiologique du Trachome en vue d'appliquer la stratégie CHANCE (Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et de mains et Changement de l'Environnement) et de collaborer avec l'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome.

Ulcère de Buruli

73. Troisième maladie à mycobactérie, l'Ulcère de Buruli touche au moins 30 pays répartis sur quatre continents avec 16 pays en Afrique dont la RDC. Le programme national de lutte contre l'Ulcère de Buruli a été créé en 2001 en RDC.

74. Le nombre de cas cumulé de 1959 à 2009 est de 2087 cas confirmés sur plus de 3500 suspectés. De 1989 à 2007, 694 cas confirmés ont été notifiés dans le District des Cataractes dans la province du Bas-Congo où le personnel a été formé et un système de surveillance mis en place. Mais ces données collectées ne représentent que la partie visible de l'iceberg. L'Ulcère de Buruli est sous notifié en RDC en raison de la défaillance du système de santé, de l'insuffisance de formation et la faiblesse de la surveillance.

Pian

75. Le pian est une tréponématose endémique due à *treponema pertenue*. Les données disponibles en RDC sont très parcellaires, mais la maladie est très fréquente dans les communautés pygmées. Une enquête réalisée en 2005 dans la province de l'Equateur (Zone de sante de Wasolo) a montré une prévalence globale des lésions cliniques de pian de 4,6% et une prévalence sérologique de 13%.

Leishmanioses

76. Aucune information officielle n'est disponible à l'heure actuelle sur cette maladie en RDC. Cependant, des cas qui seraient suspects ont été rapportés dans la province de l'Equateur en juin 2009 par des médecins exerçant dans le District de Nord Ubangi pour lesquels la confirmation par le laboratoire n'a pas été obtenue. A préciser que l'Ouganda, la République Centrafricaine et le Soudan, pays voisins de la RDC ont notifié et continuent à rapporter des cas de Leishmaniose cutanée et viscérale.

3.2.7. Prévalence des maladies non transmissibles

77. Une enquête de surveillance, utilisant l'instrument STEPS de l'OMS, sur les facteurs de risque des maladies chroniques a été conduite à Kinshasa, capitale de la République Démocratique du Congo en 2005. Les 3 étapes de la méthode SETPS ont été franchies. Dans le STEP1, des informations sociodémographiques et comportementales ont été collectées. Dans le STEPS 2, des mesures physiques telles que la taille, le poids et la tension (pression) artérielle ont été prises. Cette enquête STEPS [Kinshasa/RDC] a porté sur la population générale, ciblant les adultes âgés de 15 ans et plus. Les résultats de cette étude montrent que dans la ville de Kinshasa, chez les adultes de plus de 15 ans, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 26,7% et celle du diabète est de 15,5%.

78. Par rapport à la **Nutrition**, en 2001, l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS) a montré que 16 % des enfants de 6 à 59 mois étaient atteints de la malnutrition aigue modérée ou sévère. La malnutrition chronique

(retard de croissance) affectait 38 % des enfants. En 2007, l'enquête Démographique et de Santé (EDS) a révélé un taux de malnutrition aigue modérée et sévère de 13 % et une prévalence de malnutrition chronique de 40 %. Malgré les différences méthodologiques entre ces enquêtes, il semblerait qu'entre 2001 et 2007, il y ait eu une légère baisse de la malnutrition aigue. Par contre, la malnutrition chronique semblerait avoir augmenté.

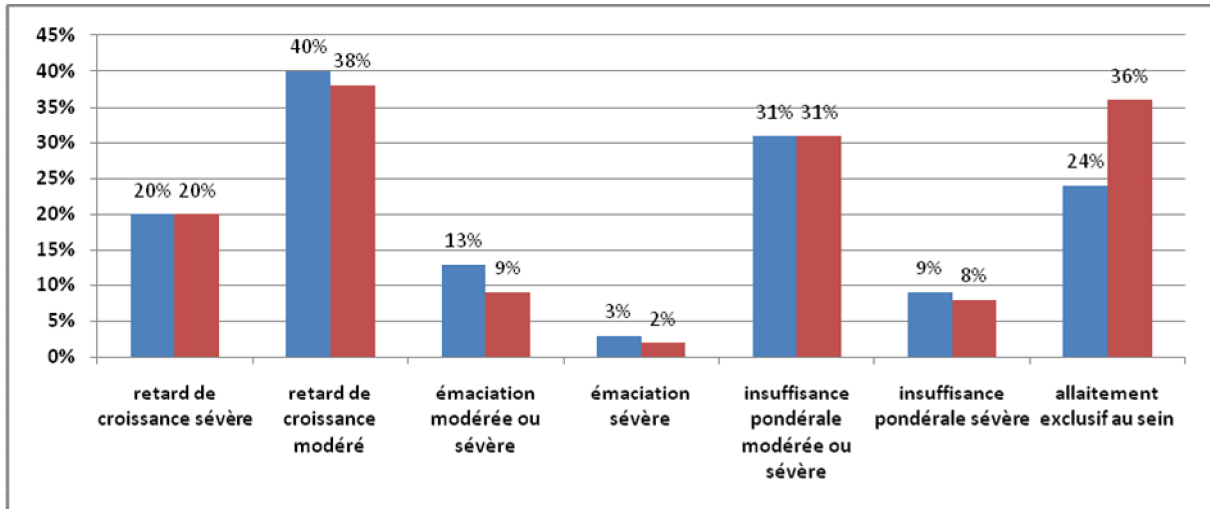
79. En dépit de ces variations, il faut retenir que le pays fait toujours face à des taux de malnutrition qui se situent au-delà des seuils acceptables sur le plan international. En termes de chiffres absolus, ces prévalences se traduisent par plus d'un million d'enfants affectés par la malnutrition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

80. Les carences en micronutriments essentiels pour la survie (vitamine A et fer notamment) sont encore répandues dans le pays. L'EDS montre que 71 % des enfants et 53 % des femmes en âge de procréer sont atteints d'anémie, et en 1998, on a trouvé que 61 % des enfants de 6 à 36 mois souffraient de carence sévère ou légère en vitamine A.

81. Un autre problème qui reste important dans le pays, est le Konzo, paralysie permanente des membres inférieurs d'origine nutritionnelle qui frappe les femmes et les enfants à la suite de la consommation monotone et prolongée de manioc amer insuffisamment traité. La malnutrition joue un rôle déterminant dans l'apparition du Konzo. On ne connaît pas la prévalence nationale de cette maladie, mais dans les villages des zones très affectées comme Kahemba, la prévalence arrive jusqu'à 25 % de la population.

82. La malnutrition est une importante cause de morbidité et de décès des enfants et des femmes. On estime sa part à plus de 35 % des cas de décès d'enfants de moins de cinq ans. Dès lors, si l'on veut améliorer le niveau des indicateurs de santé, il faut endiguer durablement le problème de malnutrition. Cela passe par le maintien des efforts consentis depuis 1998 pour la supplémentation en vitamine A et le déparasitage, une amélioration de l'alimentation des nourrissons et des enfants dont l'allaitement maternel exclusif qui ne couvrait en 2007 (EDS) que 36 % des enfants de moins de 6 mois. Les principaux indicateurs de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans sont repris dans le graphique suivant.

Graphique 5 : état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans



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

Source : Ministère du Plan : MICS2 & EDS

3.2.8. Préparation aux urgences et catastrophes

La RDC est le théâtre d'un éventail impressionnant de situations d'urgence. On y trouve notamment des épidémies (coqueluche, choléra, virus d'Ebola, de Marburg, de poliomyélite, et de rougeole), des tremblements de terre (Bukavu, Goma), des éruptions volcaniques (Nyiragongo, Nyamulagira), des conflits armés (1997-2003), des accidents de train (Kakenge), d'avions et de trafic routier, des inondations (Kisangani, Makelele, Bumba), des naufrages de bateau (Kalemie sur les lacs Tanganyika, Inongo sur le lac Mayi Ndombe), la sécheresse (Bas-Congo), les érosions (Kinshasa, Mbuji Mayi, Kabinda) etc. En fait, l'analyse de toutes ces situations a montré que la santé et la vie des populations ont toujours été mises à risque dans le pays à cause de manque de préparation suffisante pour y répondre.

Le gouvernement de la RDC est conscient que le pays connaît les catastrophes aussi bien initiées par l'homme que d'origine naturelle ou technologique. Il est donc important que la politique nationale, et le plan stratégique qui va en découler, puisse couvrir les différents types de catastrophes et que les communautés soient préparées à y faire face.

Les situations d'urgence et les catastrophes à répétition en RDC, imposent l'efficacité et l'efficience dans les ripostes. La garantie de telles interventions passe par l'amélioration de l'information, de la coordination des acteurs en jeu, du comblement des lacunes et du renforcement des capacités à tous les niveaux du système de santé.

3.3. Problèmes prioritaires du secteur de la santé

83. Dans cette section, les principaux problèmes liés aux fonctions du système et de ses piliers seront analysés. Il s'agit : (i) de la gouvernance, réforme et décentralisation, (ii) des Ressources Humaines pour la Santé, (iii) du financement de la Santé, (iv) de médicaments et intrants spécifiques, (v) des infrastructures, équipements/matériels, laboratoires et nouvelles technologies, (vi) de l'information sanitaire, et (vii) de la prestation des services. De ces analyses, des actions à mener au cours des 5 prochaines années dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire seront identifiées.

3.3.1. Problèmes liés à la gouvernance du secteur

Politiques et législation sanitaire, normes et textes réglementaires

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

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

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

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

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

89. **La législation sanitaire**. Le secteur santé est régi par le décret royal de 1952 portant sur l'art de guérir au Congo, Rwanda et Urundi. D'autres textes législatifs tels que la loi de 1933 sur le commerce pharmaceutique et le décret de 1947 relatif à l'hygiène et salubrité publique régissent encore le système de santé. Un projet de Loi-cadre sur la santé a été élaboré en 1999, adopté par le parlement de transition en 2001 et a été soumis en

seconde lecture. Il fait actuellement l'objet de pourparlers entre le Ministère de la Santé Publique et la Commission des Lois du Gouvernement. **Le contexte de la RDC ayant profondément changé depuis la promulgation de la constitution de la 3ème République et l'adoption de la SRSS en 2006, tous ces textes précités nécessitent d'être actualisés.**

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

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

92. Toutefois, les normes sur le plateau technique des hôpitaux provinciaux et universitaires spécifiques au pays font défaut jusqu'à ce jour alors qu'elles constituent des outils de référence pour les 3 niveaux de la pyramide sanitaire nationale. Il est de même des normes spécifiques à chaque pilier du système de santé.

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

94. **Les réformes dans le secteur santé.** Si la mise en œuvre de la SRSS, notamment en ce qui concerne les actions proposées au niveau périphérique et intermédiaire a fait du chemin, il n'en est pas de même du niveau central dont la structure continue de poser des problèmes pour assurer la coordination intra et inter sectorielle. En effet, en plus du fait qu'il existe une inadéquation entre les attributions actuelles du Ministère de la Santé Publique et sa structure organisationnelle. **Le cadre organique du niveau central, actuellement « éléphantique », rend la coordination intra sectorielle difficile. C'est pour quoi ce cadre mérite d'être actualisé conformément aux compétences attribuées à chaque niveau par la constitution. En plus, il faudra veiller à ce que les profils des animateurs correspondent aux postes.**

95. Hormis quelques programmes spécialisés, la quasi-totalité des Directions Centrales et la majorité de Divisions Provinciales de la Santé ne disposent pas de conditions de travail décentes. **Il y manque de façon chronique des équipements de bureau et des fournitures et intrants indispensables au fonctionnement.**

96. Malgré la révision à la hausse, **le niveau de salaires et primes alloués au personnel de santé constitue un handicap majeur à l'amélioration de la productivité et de la qualité des services.** Toutes ces conditions de travail non attractives entraînent la fuite des cerveaux et engendre la migration de personnel vers les centres urbains.

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

98. Depuis 2003, le Gouvernement a initié la réforme de l'administration publique en vue de la rendre plus productive et plus efficace. **Pour le secteur santé, cette réforme vise notamment à conférer au ministère**

une structure qui soit à la fois efficace et efficiente par rapport à sa mission d'une part et d'autre part, à mettre en place les 4 axes de la réforme adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé, en mai 2009. Il s'agit de (i) **la réforme de la couverture universelle** pour améliorer l'équité en santé, (ii) **la réforme des prestations des services** pour mettre l'individu au centre des systèmes de santé, (iii) **la réforme des politiques de santé** pour promouvoir et protéger la santé des communautés et enfin, (iv) **la réforme du leadership** pour rendre les responsables sanitaires plus fiables.

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

100. Dans le secteur de la santé, la mise en place des gouvernements provinciaux avec des ministres ayant la santé dans leurs attributions a précédé les textes devant clarifier les missions des médecins inspecteurs provinciaux et leurs rapports avec le pouvoir central et les provinces. Cette situation a engendré des sérieux conflits d'attributions avec des effets négatifs sur le fonctionnement des services provinciaux et l'accompagnement des ZS. Les mesures transitoires prises par arrêtés ministériels en 2008 comprenant la réorganisation des niveaux périphériques et intermédiaires, la rationalisation de la gestion des RHS, etc. ont visé le rétablissement de l'harmonie dans la gestion du secteur. Elles ont été faiblement suivies faute de mesures d'application d'une part, et du manque de séparation de fonction d'administration des services et de contrôle/inspection, d'autre part.

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

102. Par ailleurs, il est envisagé d'organiser la zone de santé comme structure déconcentrée de la province et non des ETD pour prévenir toute demande de multiplication des zones de santé avec implantation d'« hôpitaux de fortune » ou de « structures faisant fonction d'HGR ». **Il demeure toutefois nécessaire de clarifier la relation fonctionnelle entre la zone de santé et ces ETD.**

Coordination du secteur de la santé

103. **Le Pilotage du secteur.** Le Ministère de la Santé Publique a mis en place en 2006, des organes de pilotage de la mise en œuvre de la SRSS, à savoir : le Comité National de Pilotage (CNP) et les Comités Provinciaux de Pilotage (CPP). Trois ans après, il a été constaté que le CNP n'était pas fonctionnel et qu'en province, 7 CPP étaient jusque là installés et tous avaient un niveau de fonctionnalité variant d'une province à une autre. Quatre CPP (Nord Kivu, Province Orientale et les 2 Kasai) ont un niveau de fonctionnalité élevé grâce à l'appui du PS9FED. La non fonctionnalité des organes de pilotage et la coexistence d'autres Comités de Pilotage mis en place par différents projets qui interviennent dans le secteur, ont réduit les efforts de s'attaquer à l'approche verticale des interventions, au saupoudrage, au manque de synergie, à l'inefficacité et à l'inefficience.

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

105. En application de l'Agenda de Kinshasa⁵, le Ministère de la Santé Publique et l'ensemble de ses Partenaires ont procédé à la restructuration du CNP comme instance unique de coordination du secteur dans le

⁵ L'Agenda de Kinshasa est issu du Forum National de Haut Niveau sur l'Efficacité de l'Aide tenu en juin 2009. Il reprend les échéances que le Gouvernement de la République et ses partenaires au développement se sont données pour arriver à un certain nombre de produits : production des stratégies sectorielles, production de la politique de gestion des ressources extérieures, revues sectorielles, revues conjointes DSCR/PAP, réactivation de groupes thématiques, mise en place d'une structure interne de

contexte actuel de la décentralisation. Le CNP et les CPP sont constitués chacun de trois organes : stratégique, technique et des commissions techniques. Si le CNP est déjà rendu fonctionnel dans sa configuration actuelle, il importe d'opérationnaliser les commissions techniques et de rendre progressivement opérationnels les CPP restructurés dans les 26 provinces.

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

Partenariat public-privé

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

108. Le secteur privé lucratif s'est sérieusement développé ces dernières années en RDC. Même si son ampleur réelle reste mal connue et insuffisamment régulée, certains services privés lucratifs offrent des soins de santé de qualité à la population.

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

Suivi et évaluation

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

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

La gestion du secteur

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

112. Par ailleurs, le manque d'outils de gestion dans la majorité des formations sanitaires (70% des HGR selon l'ELSS 2009) et l'autonomie de gestion leur accordée à travers l'Arrêté Ministériel N° CAB/MIN/SP/034 du 31 mars 1991⁶, sans contrôle régulier de gestion par l'autorité de tutelle constituent des facteurs importants de malversations financières.

113. En dehors des problèmes de gestion financière, on constate une gestion désordonnée des Ressources Humaines pour la Santé (RHS). Selon le rapport d'évaluation externe du Programme du Gouvernement 2006-2009, cette gestion désordonnée se situe à 3 niveaux : (i) la gestion pratique des fonctionnaires, (ii) le recrutement et (iii) la gestion de la carrière des agents (promotion, mise à la retraite, détachement et la mise en

coordination et de suivi de l'action gouvernementale et de l'aide internationale, renforcement des capacités institutionnelles, modernisation de la fonction publique, mise en place des organes pour appliquer la réforme de la gestion financière qui doit évoluer vers l'appui budgétaire.

⁶ Cet Arrêté Ministériel crée le Conseil de gestion dans les établissements sanitaires et de promotion sociale, et leur accorde l'autonomie de gestion administrative et financière.

disponibilité). Cette situation est aggravée par le fait qu'en RDC les administrations ministérielles, les directions, les divisions ou bureaux organiques sont, dans la plupart des cas pilotés par des fonctionnaires qui n'ont jamais pris connaissance de la loi portant statut du personnel de carrière des services publics de l'Etat et qui ignorent les règlements d'administration. Cette ignorance entraîne le non respect des textes réglementaires régissant la gestion des RHS.

114. On rencontre également des problèmes liés à la gestion des infrastructures, des titres fonciers, des matérielles et des médicaments essentiels. Ceux-ci sont décrits sous les piliers y relatifs.

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

Problèmes prioritaires :

- 1. Le MSP fonctionne avec les documents normatifs (Politique Nationale de Santé et Plans Stratégiques sectoriels) qui ne sont pas adoptés par le Gouvernement.** En plus, les politiques et les plans sous sectoriels ne sont pas toujours en phase avec la PNS basée sur les soins de santé primaires ;
- 2. Les textes qui régissent le secteur de la santé sont déjà obsolètes.** La loi cadre du secteur de la santé n'ayant pas été adoptée, ce dernier (secteur de santé) continue à être régi par le décret de 1952 sur l'art de guérir au Rwanda, Urundi et Congo Kinshasa ;
- 3. Le processus de normalisation manque de cohérence et d'efficacité dans le secteur.** Les normes qui existent notamment pour l'organisation du niveau périphérique entre en conflit avec celles développées par les programmes spécialisés. De plus, plusieurs normes manquent : il s'agit par exemple des normes d'organisation et de fonctionnement des ZS en milieu urbain, des normes du niveau intermédiaire, des normes du niveau central ainsi que des normes qui définissent les plateaux techniques pour les hôpitaux de référence secondaire et tertiaire ;
- 4. La structure actuelle du niveau central et celle du niveau intermédiaire ne sont pas pertinentes par rapport à leurs compétences constitutionnelles.** En plus, la mise en place des pouvoirs provinciaux avant les textes devant les régir à exacerber les conflits entre différents acteurs. Ceci a eu un impact sur l'organisation des services de santé et sur la qualité de ceux-ci en provinces.
- 5. Il y manque de façon chronique des équipements de bureau et des fournitures et intrants indispensables au fonctionnement.** En plus, le nombre de cadres au niveau central qui n'ont pas de compétence pour assumer les missions confiées à ce niveau (régulation, normalisation, élaboration des politiques, etc.) augmente.
- 6. La coordination du secteur a été rendue difficile** à cause de la faiblesse de leadership et de l'insuffisance de collaboration intra sectorielle d'une part, et de la coexistence au côté du Comité National de Pilotage, des Comités de Pilotage mis en place par les projets, d'autre part. Plusieurs Comités Provinciaux de Pilotage ne sont pas fonctionnels.
- 7. Le privé lucratif prend de plus en plus de l'ampleur dans le secteur de la santé mais il n'est presque pas régulé ;**
- 8. La gestion des ressources humaines pour la santé (recrutement, affectations, gestion de carrière, etc.) et des ressources financières notamment celles qui proviennent de la tarification est catastrophique.** Elle influence malheureusement la qualité des soins

3.3.2. Problèmes des ressources humaines pour la santé

116. Bien que fragmentaires, les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé (RHS) sont un problème sérieux en RDC. Les données disponibles sont celles du secteur public et confessionnel. Il n'existe pas de données fiables sur les RHS du secteur privé et des entreprises qui organisent des services de santé. On ne dispose pas non plus de données fiables sur les migrations internes et externes des RHS.

117. En 1998, le nombre de médecins en RDC était d'environ 2.000 et celui des infirmiers 27.000. A l'heure actuelle, il est difficile de dire combien il y a des médecins et d'infirmiers en RDC. Cependant, on sait que l'administration de la santé compte environ 108.000 employés dont 60% sont des professionnels de la santé et 40% des administratifs. Le nombre de médecins qui travaillent dans l'administration de la santé est estimé à 5.000 et celui des infirmiers de 40 000 (tous niveaux et toutes catégories confondus).

118. Concernant les médecins, le dernier numéro enregistré à l'ordre des médecins est 11 000. S'il est vrai qu'il y a eu de décès parmi eux, il est tout aussi vrai que les décès seuls ne peuvent pas expliquer la différence entre les 5000 qui travaillent dans l'administration et les 11 000 enregistrés à l'ordre des médecins. Ceci donne une idée de l'importance du nombre de médecins sur lequel on ne dispose pas d'information. Cette différence s'explique d'une part par les départs massifs observés ces dernières années surtout en faveur des pays de l'Afrique Australe dont l'Afrique du Sud en tête et d'autre part par le nombre de médecins qui travaillent dans le secteur privé et chez les partenaires. L'église catholique, par exemple, utilise dans les formations sanitaires qu'elle gère, environ 500 médecins et 1.610 autres professionnels de santé dont la plupart ne sont pas comptabilisés par le Ministère de la Santé Publique.

119. **Problèmes liés à la production des Ressources Humaines pour la Santé (RHS).** Les problèmes liés à la production des RHS sont de plusieurs ordres. Il s'agit de : la prolifération des établissements de formation du niveau secondaire, supérieur et universitaire, la baisse de la qualité de la formation de base des RHS, la surproduction des professionnels de santé ne répondant pas aux besoins de soins de santé exprimés par la population.

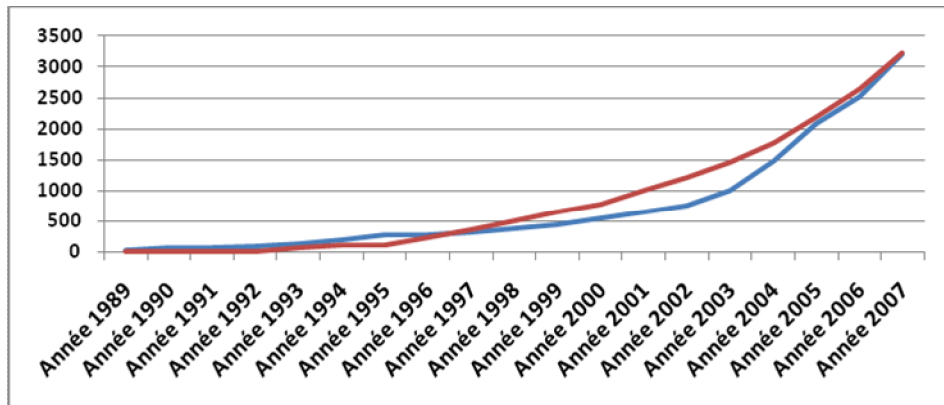
120. En effet, 470 Instituts de Techniques Médicales (ITM) et Instituts d'Enseignement Médical (IEM) ont été inventoriés lors des états de lieux de 2009 contre 255 en 1998, 108 Instituts Supérieurs de Techniques Médicales (ISTM) en 2008 contre 53 en 1998, 39 facultés de médecine en 2008 contre 3 en 1998.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

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

122. Les effets pervers de cette inflation du personnel commencent déjà à se faire sentir sur terrain. On assiste depuis quelques années à une multiplication du nombre de structures de santé dans les ZS. Le nombre d'aires de santé qui disposent de plus de 10 structures de santé devient de plus en plus important. La Zone de Santé de Lukula dans le Bas Congo comptait jusqu'à 108 structures de santé de premier contact (Centres de Santé, postes de santé, dispensaires) en 2009 pour 18 aires de santé planifiées. Ces structures sont pour la plupart créées par le personnel de santé formé en surplus et qui n'a pas trouvé de travail dans une structure formelle. Pour des raisons de survie individuelle ou institutionnelle, ces structures de santé qui offrent de soins de santé de qualité pour le moins douteuse, sont entretenues du fait qu'elles contribuent au fonctionnement des niveaux hiérarchiquement supérieurs.

123. Les données de la carte sanitaire de la ville de Lubumbashi illustre bien la relation entre le nombre très élevé de RHS formées dans nos universités et l'inflation que l'on constate au niveau des infrastructures sanitaires de premier contact. La figure 7 montre l'incidence cumulée du nombre de médecins et infirmiers de niveau supérieur produits à Lubumbashi entre 1989 et 2007. On constate une évolution quasi exponentielle à partir de 1999- 2000

Graphique 6 : Evolution du nombre de diplômés (incidence cumulée) en médecine et à l'ISTM de 1989 à 2007

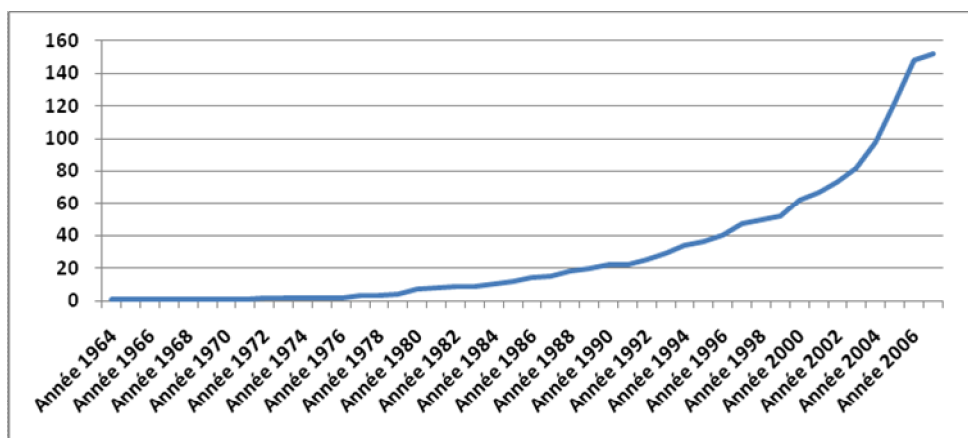


Légende : en rouge : évolution du nombre de diplômés des ISTM et en bleu : évolution nombre de diplômés en médecine

Division provinciale de la Santé du Katanga

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

Graphique 7 : Evolution du nombre (incidences cumulées) de structures de soins à Lubumbashi



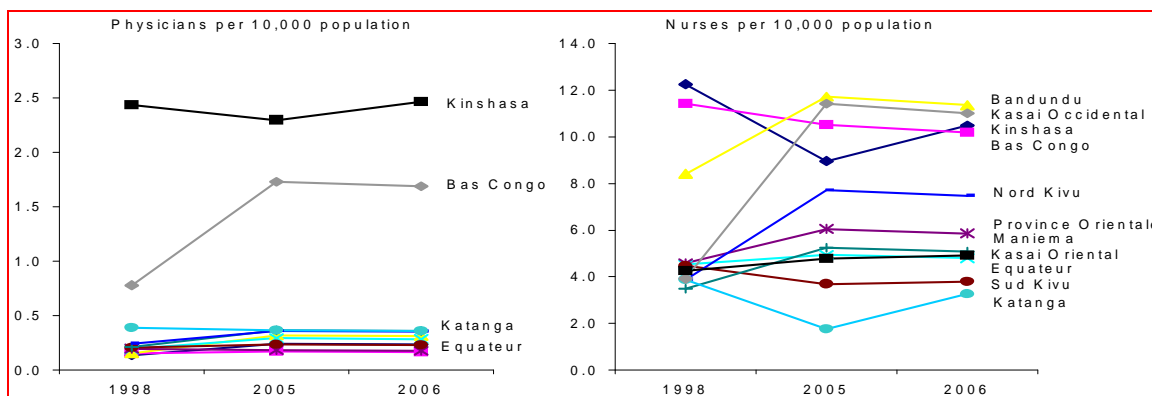
Division provinciale de la Santé du Katanga

124. L'insuffisance de rémunération du personnel a conduit, dans une logique d'appui aux interventions spécifiques, à la mise en place des systèmes de primes de performance et d'autres modes de rétribution par per diem, dont les effets pervers sur le personnel et les services ne se sont pas fait attendre. Ce système amène inexorablement au paiement à l'acte tout à fait en contradiction avec une approche globale de la santé et contraire au principe de solidarité retenu dans la Politique Nationale de Santé. Il y a lieu d'envisager le paiement de la prime spéciale de fonction en complément de salaires indécents actuellement payés par l'état.

125. **Problèmes liés à l'instabilité du personnel de santé.** La modicité des salaires actuellement payés par la Fonction Publique est un autre facteur qui compromet sérieusement la mise en œuvre de notre politique de santé basée sur les soins de santé primaires et la réalisation d'autres priorités tant nationales qu'internationales (OMD). En effet, outre le fait de renforcer la stratégie de survie mentionnée plus haut, le caractère non attractif des salaires payés crée une instabilité du personnel qui se trouve ainsi dans une recherche continue du plus offrant. Les migrations internes et externes du personnel de santé deviennent ainsi une menace non négligeable

pour l'offre et la qualité des soins en RDC. Le graphique 8 met en évidence les tendances des effectifs de médecins et infirmiers par province entre 1998 et 2006.

Graphique 8 : Tendances des effectifs de médecins et infirmiers fonctionnaires pour 10 000 habitants et par province, RDC 1998-2006

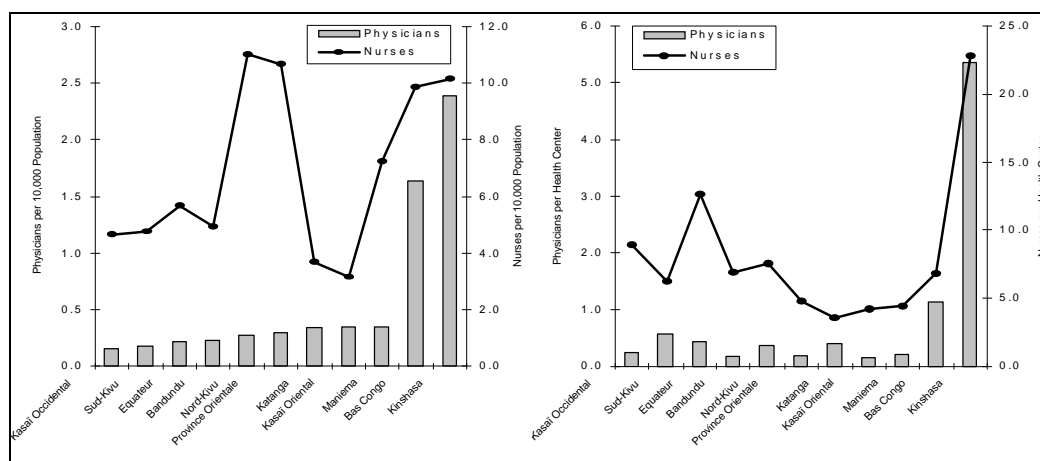


Source Ministère de la Santé Publique : revue des dépenses publiques, 2008

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

127. **Problèmes liés à la répartition des ressources humaines pour la santé.** La répartition non équitable des RHS entre provinces et entre le milieu rural et urbain est un autre problème que pose la gestion des ressources humaines pour la santé en RDC. Les données disponibles au niveau de la fonction publique montrent que le nombre de médecins pour 10 000 habitants était en moyenne de 6 avec des extrêmes qui variaient entre 0.2 pour le Kasai Occidental et 8 pour Kinshasa en 2006. Au cours de la même année, la moyenne du personnel infirmier pour 10 000 habitants se situait à environ 3.5 avec des extrêmes allant de 1.3 pour le Kasai Occidental et 11 pour le Nord Kivu comme le montre Le graphique suivant :

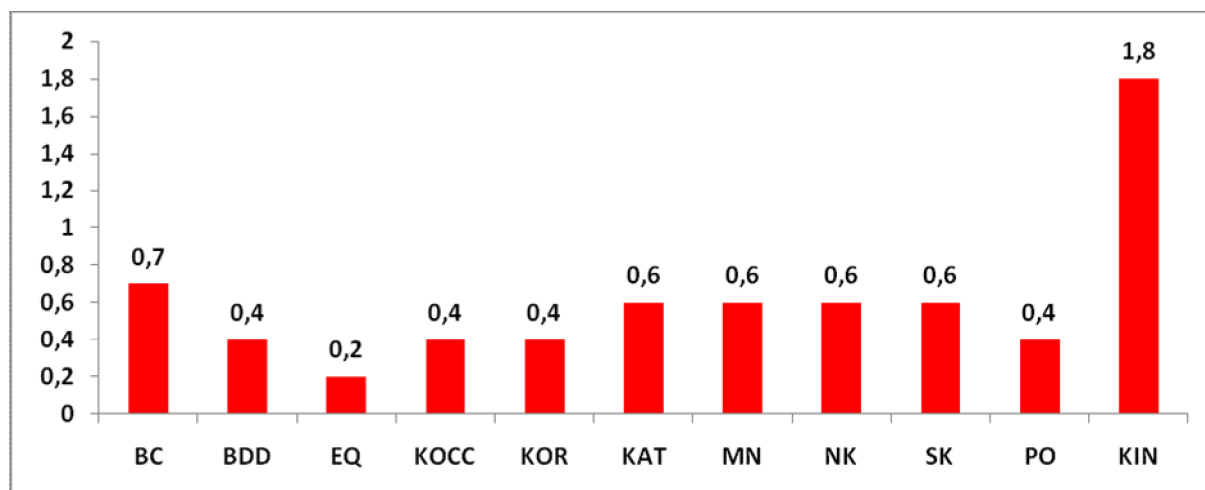
Graphique 9 : Nombre de médecins et d'infirmiers fonctionnaires pour 10 000 habitants (graphique de gauche) et par centre de santé public fonctionnel (graphique de droite) par province, RDC 2006



Source : revue des dépenses publiques

128. En 2009, la densité de médecins pour 10 000 habitants varie entre 0.2 à l'Equateur et 1.8 à Kinshasa. Ceci confirme non seulement la forte instabilité des RHS (du fait des migrations internes et externes), mais aussi la persistance de la répartition inéquitable des RHS entre les provinces. Le graphique 6 reprend la densité des médecins par province en 2009.

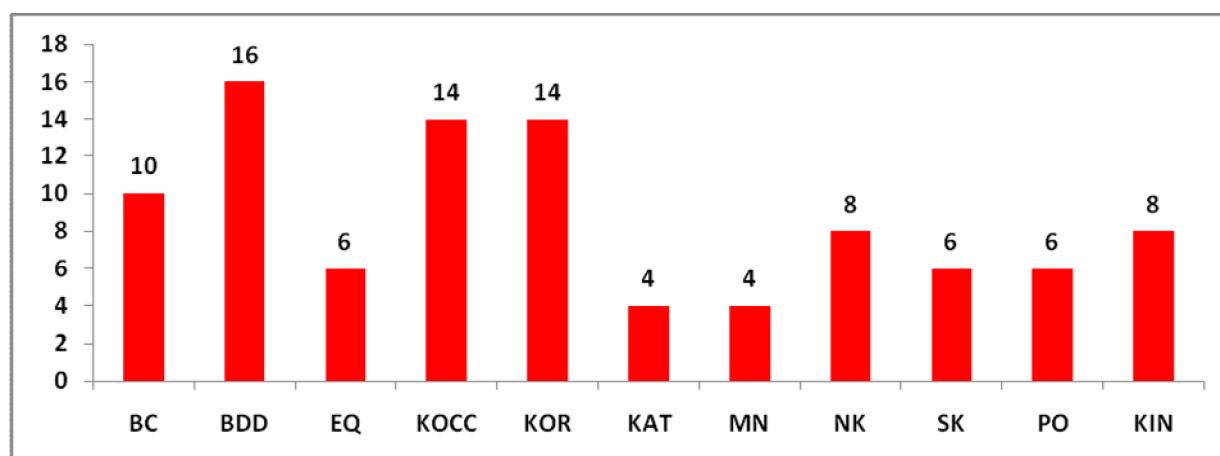
Graphique 10 : densité des médecins par province dans le secteur public (2009)



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

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

Graphique 11 : Densité des infirmiers pour 10 000 habitants dans le secteur public (2009)

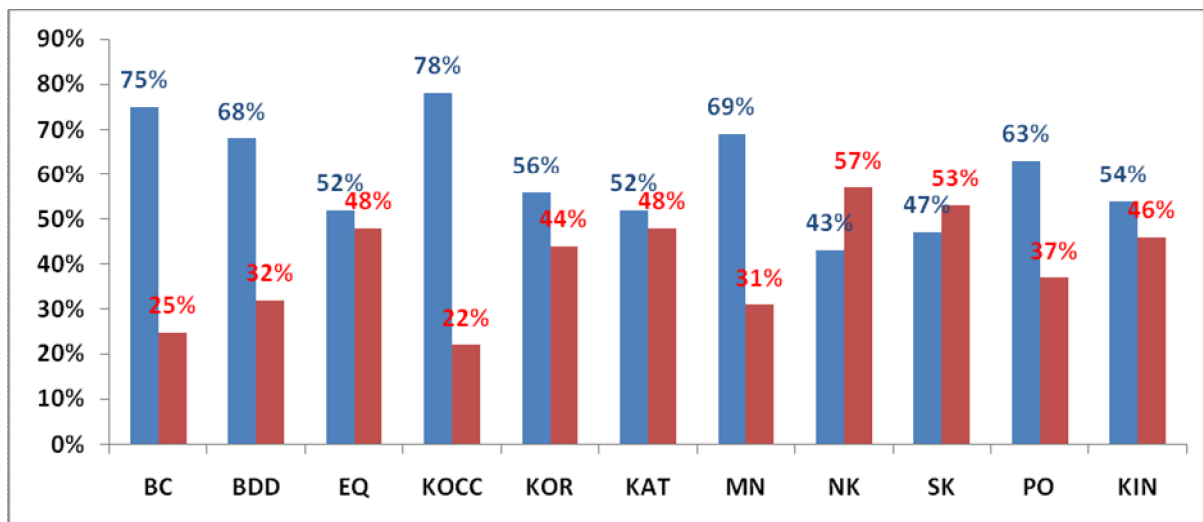


Source : direction des ressources humaines du Ministère de la Santé Publique

130. **Problèmes liés à la gestion de carrière des RHS.** Les problèmes liés à la gestion de carrière des ressources humaines pour la santé sont parmi les plus importants dans ce domaine. Il s'agit de : (i) le recrutement et les affectations se font à tous les niveaux du système de santé y compris par les cadres de l'administration du territoire (maires, commissaires de district, etc.), (ii) l'absence de définition des besoins en RHS pour le moyen et le long terme, (iii) l'inadéquation entre le profil et les postes, (iv) le vieillissement du personnel du fait des non départ en retraite, ce qui crée une pléthore du personnel dans plusieurs formations

surtout en milieu urbain ; (v) les difficultés de rationaliser le personnel du fait des interférences politiques ; (vi) la forte proportion d'administratifs dans l'ensemble du personnel de l'administration de la santé, etc. La proportion du personnel administratif par rapport au professionnel de santé est reprise sur le graphique suivant :

Graphique 11 : proportion du personnel administratif (en rouge) par rapport au professionnel (en bleu) de santé dans le secteur public.



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

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

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

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

Problèmes prioritaires :

1. **La surproduction RHS du niveau secondaire et universitaire** (infirmiers et médecins) menace l'organisation des services de santé du fait d'une part de la qualité du personnel formé qui n'est pas garantie et, d'autre part du fait que le personnel en surplus, est en partie responsable de l'ouverture anarchique des formations sanitaires privées de premier contact dont le nombre est de fois largement supérieur aux normes.
2. **L'instabilité des RHS est devenue inquiétante.** Elle menace l'offre et la qualité des soins et entretient l'inégalité dans la répartition de ces dernières entre provinces et dans une même province entre le milieu urbain et rural.
3. **La gestion des carrières des RHS est déficiente.** Les besoins en RHS ne sont pas connus ni pour le court, ni pour le moyen terme. Il y a inadéquation entre les postes et les profils des personnes. Dans plusieurs formations médicales existent de la pléthore du personnel du fait que la fonction publique a arrêté la mise en retraite du personnel pendant plusieurs années.

4. **Le système de formation continue est déficitaire.** Il y manque les documents normatifs et les outils de suivi et évaluation.
5. **La rationalisation des RHS**

3.3.3. Problèmes liés aux médicaments et intrants spécifiques

134. Le médicament, un maillon essentiel du développement du système de Santé, connaît des problèmes de disponibilité, d'accessibilité (économique et géographique), de qualité, de gestion et d'utilisation rationnelle affaiblissant ainsi le système de santé en RDC. Pour faire face à cette situation, il a été mis en place le Système National d'Approvisionnement en Médicaments, SNAME en sigle.

135. **Description du SNAME.** Le SNAME est mis en place en 2002. Il est basé sur la centralisation des approvisionnements et la décentralisation de la distribution à travers les centrales d'achat et d'approvisionnement en Médicaments, CDR en sigle. A ce jour, le pays compte 15 CDR fonctionnelles sur les 20 à 25 prévues. Ces 15 CDR couvrent théoriquement 337 ZS. Deux provinces ne sont pas encore couvertes en CDR (SUD-KIVU et MANIEMA). Les CDR se sont fédérées en Fédération des Centrales d'Achat et de Distribution des Médicaments Essentiels (FEDECAME) pour bénéficier des avantages liés aux achats groupés. Le Gouvernement congolais a signé une convention avec la FEDECAME dans laquelle il confie à celle-ci la mission de passer des commandes groupées. Il s'engage dans la même convention à mettre à disposition de la FEDECAME des bâtiments pour l'aider à mieux remplir sa mission.

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

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

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

Les principaux problèmes liés au médicament sont :

139. **La coexistence de plusieurs systèmes parallèles rend complexe le circuit d'approvisionnement en médicaments.** L'étude sur la cartographie des approvisionnements réalisée en 2009 a mis à jour un système d'approvisionnement et de distribution extrêmement complexe avec 19 agences d'approvisionnement, 99 circuits de distribution qui mobilisent 52 partenaires différents et 85% des partenaires financiers utilisant leurs propres agences d'approvisionnement. Dans la plupart des cas, ces approvisionnements sont réalisés sans réel plan d'appui du niveau intermédiaire (DPS) et périphérique (ZS) dont les capacités en gestion des médicaments sont très faibles. Cette fragmentation fragilise l'efficacité du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) mis en place en 2002 et qui n'est pas utilisé par ces différents intervenants. Au niveau de la sélection, seuls 39% des partenaires se basent exclusivement sur la sélection des programmes de santé et des

CDR qu'ils appuient. Par ailleurs, l'absence d'une structure et d'un mécanisme de coordination entre le Ministère de la Santé et les partenaires ne permet pas une élaboration optimale du Plan National d'Approvisionnement en fonction des besoins.

140. **L'absence d'appropriation du SNAME par le Gouvernement.** En dépit de la convention signée entre la FEDECAME et le Gouvernement, ce dernier ne semble pas s'approprier le système mis en place. En effet, les ressources financières contenues dans le budget de l'Etat qui sont destinées à l'approvisionnement en médicaments utilisent un système autre que le SNAME donnant ainsi l'impression que ce dernier, c'est-à-dire le SNAME est mis en place pour l'approvisionnement en médicaments sur ressources extérieurs uniquement. En plus, le système de distribution utilisé par le Gouvernement pour acheminer les médicaments qu'il commande vers les formations sanitaires (généralement sous forme de dons), n'offre aucune possibilité de rationalisation de l'utilisation des médicaments et de pérennisation du système.

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

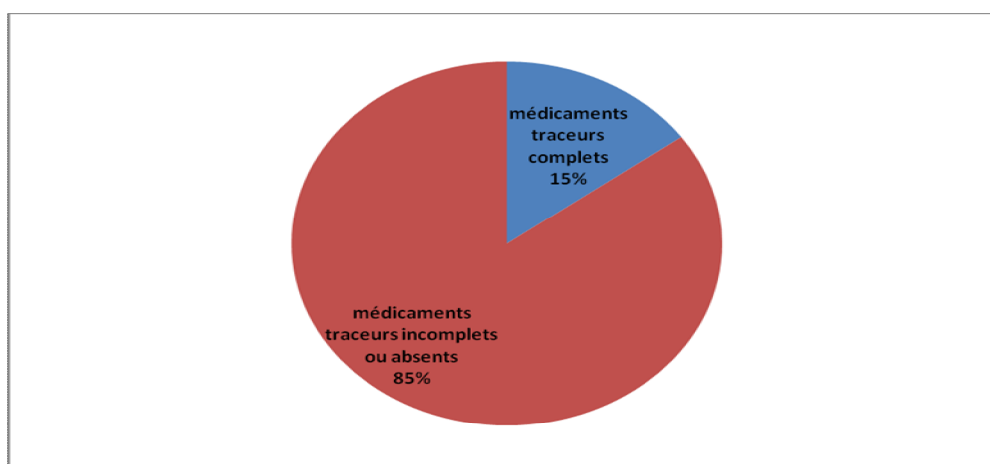
142. La production locale intervient pour 10% contre 90% des produits importés selon le rapport de la revue de la Direction de la Pharmacie, Médicaments et Plantes Médicinales (DPM) réalisé en 2008 par l'OMS. Cette contre performance de l'industrie pharmaceutique locale s'expliquerait par plusieurs facteurs dont une fiscalité asphyxiante. En plus, la plupart d'entre elles ne sont pas à niveau pour les normes des Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF), seules 3 sur 5 auditées (qualité) sont pré qualifiées à ce jour.

143. **Insuffisance de régulation dans le secteur pharmaceutique.** La régulation du secteur pharmaceutique congolais pose d'énormes problèmes. Les établissements pharmaceutiques (détaillants) fonctionnent illégalement pour la plupart et de façon et anarchiquement. La plupart des importateurs et grossistes privés sont hors d règles de Bonnes Pratiques Pharmaceutiques (BPF). La qualité des médicaments entrant et circulant dans le pays est douteuse, et les laboratoires de contrôle de qualité sont sous équipés. La prescription et la dispensation sans norme claire définie contribuent à augmenter l'utilisation irrationnelle des médicaments. Cet état des choses est relevé dans le Rapport de la Revue de la Direction de la Pharmacie (DPM), du Médicament et des Plantes Médicinales réalisée par l'OMS en 2008. En effet, le rapport cité indique que la législation et réglementation pharmaceutique sont incomplètes, inadéquates et non appliquées. La DPM ne dispose pas de locaux, équipements et un environnement de travail adaptés à ces missions. Le personnel en charge des opérations réglementaires n'est pas adéquat en terme de nombre et de qualification au regard des responsabilités attribuées par les textes. Les fonctions réglementaires sont pour certaines partiellement remplies.

144. La disponibilité du médicament dans les formations sanitaires n'est pas garantie même dans les formations sanitaires couvertes par le SNAME. Cette situation est due d'une part à la faiblesse du chiffre d'affaire comme on vient de le voir, mais aussi à l'absence de fidélisation des formations sanitaires au SNAME. En effet, les différents circuits d'approvisionnement en médicaments qui existent notamment dans le secteur privé, rendent disponibles des médicaments de qualité douteuse, mais à des prix souvent inférieurs à ceux qui sont pratiqués par le SNAME. Les responsables des formations sanitaires semblent être plus intéressés par cette question des prix que par la qualité du médicament.

145. L'état des lieux du secteur de la santé réalisé en 2009 a montré que sur les 364 structures de santé faisant fonction d'HGR qui ont été enquêtée, seules 55, soit 15% disposaient au moment de l'enquête de tous les médicaments traceurs retenus comme le montre le graphique suivant :

Graphique 12 : disponibilité des médicaments traceurs dans les structures faisant fonction des HGR.



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

146. L'enquête sur l'évaluation du secteur pharmaceutique réalisée par le MSP en 2006, a relevé des problèmes dans l'utilisation des médicaments au niveau périphérique. En effet l'analyse des prescriptions médicales a montré une moyenne de 4 médicaments par ordonnance, 62,2% d'ordonnances avec au moins un antibiotique et 32,6% avec une injection. A ces prescriptions irrationnelles s'ajoutent d'autres problèmes de gestion qui se traduisent par la disparition quasi généralisée de la pharmacie hospitalière, la mauvaise gestion des recettes générées par les médicaments, les ruptures de stock, la mauvaise gestion des péremptions, la commercialisation illicite (« les pharmacies de poche et de tiroir ») qui entravent la disponibilité.

147. En plus des problèmes d'accessibilités géographiques, il se pose également la question de l'accessibilité financière des populations aux médicaments. Celle-ci semble également très limitée. En effet, l'enquête sur les prix des médicaments en RDC réalisée par le PNAM en 2007 évalue à 55,6%, la disponibilité générale des médicaments génériques, le traitement du diabète par exemple pendant 30 jours exige les revenus de 13 jours de travail du congolais moyen pour les spécialités et de 2 jours pour les génériques.

Problèmes prioritaires :

1. **La coexistence de plusieurs circuits d'approvisionnement en médicaments** aux côtés du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels et génériques rend l'approvisionnement et la distribution très complexe ;
2. **Le Gouvernement ne s'est pas encore approprié le SNAME qui a été institué par le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires. Les médicaments achetés sur financement public utilise autre circuit que celui du SNAME ;**
3. **La part la plus importante des ressources extérieures destinées au médicament a mis en place un circuit différent de celui du SNAME.** Les ressources Fonds Mondial, PEPFAR, etc. destinées au médicament et intrants spécifiques représentent plus de 20 voire 30 fois le chiffre d'affaire de la FEDECAME. Ces ressources ne passent pas par le SNAME, ce qui contribue à affaiblir celui-ci.
4. **La production locale est faible, environ 10% des médicaments consommés en RDC.**
5. **La disponibilité du médicament dans les formations sanitaires n'est pas garantie même dans les formations sanitaires couvertes par le SNAME.** Cette situation est due, d'une part, à la faiblesse du chiffre d'affaire de la FEDECAME, et d'autre part, à la baisse constante du chiffre d'affaire due à la non fidélisation des formations sanitaires qui préfèrent des médicaments moins chers quelle que soit leur

qualité. L'insuffisance de régulation du secteur pharmaceutique contribue à alimenter cette question.

6. **L'accessibilité financière des populations aux médicaments de qualité n'est pas garantie** du fait de la pauvreté (plus de 70% des congolais vivent avec moins d' 1 USD par jour) et de l'absence de mécanismes de partage de risque.

3.3.4. Problèmes liés au financement de la santé

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

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

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

Budget de l'état consacré à la santé

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

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

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

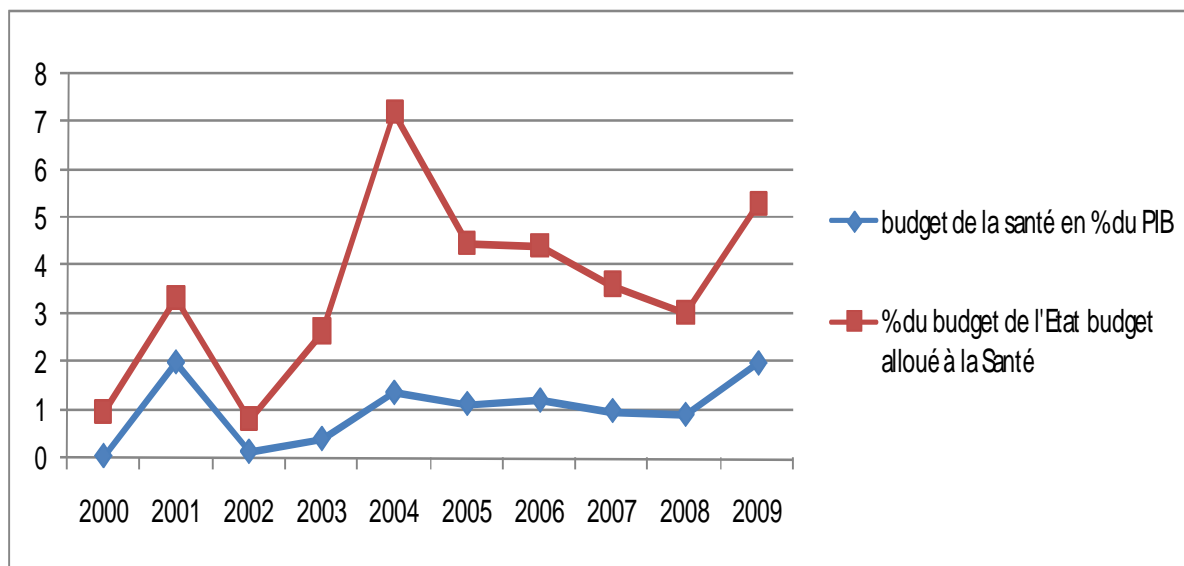
Année	Budget Global			Budget Santé			
	Budget global (USD)	Exécution budget global (USD)	Taux d'exécution	Budget Santé (USD)	Exécution budget santé (USD)	Taux budget alloué à la Santé	Taux d'exécution budget Santé
1998	680 848 463	572 001 443	84,01%	12 304 616	10 967 616	1,81%	89%
1999	739 692 508	739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

Source : DPSB, Ministère du budget.

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

154. En pourcentage du PIB, le niveau des dépenses publiques de santé est passé de 0,39% en 2000 à 1,99% en 2009 tout en restant inférieur à 2% sur l'ensemble de la période considérée. Toutefois ces dépenses ont évoluées proportionnellement à la part du budget de l'Etat alloué à la santé pour la même période tel que le montre la figure ci-dessous.

Graphique 13 : évolution comparée du budget de la santé en % du PIB et du % du budget de l'Etat alloué à la santé de 2000 à 2009.

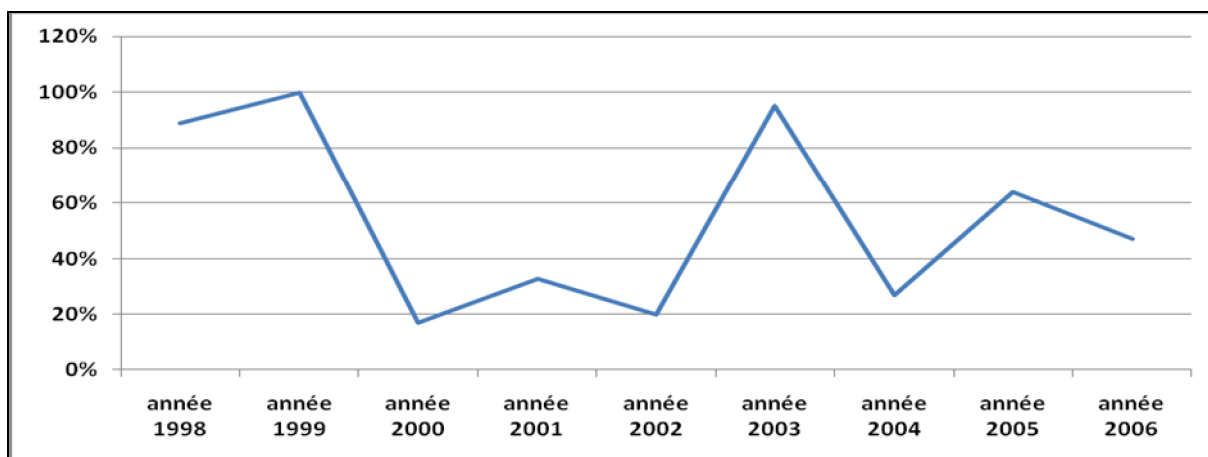


Source : DPSB, Ministère du Budget

155. Le taux d'exécution du budget de la santé est en moyenne de 70% au cours de la période 1999 à 2009 avec une performance exceptionnelle observée au cours des trois dernières années. Ce taux d'exécution supérieurs au budget alloué est la résultante des dépassements liés aux dépenses relatives aux équipements, aux urgences (épidémies) et catastrophes et, évidemment, aux réajustements en cours d'exercice budgétaire de la rémunération du personnel (salaires et primes). Outre ces situations exceptionnelles intervenues en 2007, 2008 et 2009, la moyenne du taux de décaissement du budget de l'Etat consacré à la santé se situe à environ

54% pour la période allant de 1998 à 2006. En 2006 par exemple, sur les 1.6 USD par habitant prévu dans le budget de l'Etat consacré à la santé, seul 0.8 USD ont été décaissés, soit environ près de 50%. Le graphique suivant montre l'évolution du taux de décaissement du budget de l'Etat consacré à la santé entre 1998 et 2006. On constate que ce taux a évolué en dents de scie d'une année à une autre. En dehors du pic observé en 2003 dû très probablement à l'augmentation des dépenses pro pauvres (admission du pays à l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés), le taux de décaissement n'a plus atteint son niveau des années avant 2000.

Graphique 14 : taux de décaissement du budget de l'Etat consacré à la santé entre 1998 et 2006



Source : DPSB, Ministère du budget.

156. Le processus budgétaire a peu de crédibilité dans les provinces, depuis son élaboration jusqu'à son exécution. A part les fonds de rémunération qui sont transférés vers les provinces, les décisions concernant l'exécution des autres dépenses (principalement les fournitures, équipements, investissements en construction ou en réfection des bâtiments) sont prises à Kinshasa, en dépit de l'existence des gouvernements provinciaux. Très peu de fonds de fonctionnement sont transférés aux provinces. Les informations sur le budget et son exécution ne sont pas généralement communiquées aux provinces, encore moins aux districts et aux zones de santé⁷.

157. La répartition géographique du budget est nettement en faveur de Kinshasa. Les données sur le budget du secteur de la santé de 2002 montrent que 10-20 cents USD par habitant sont alloués aux provinces, à comparer avec 1 USD par habitant pour la ville de Kinshasa. En ce qui concerne les dépenses réelles : 60% à 65% du montant des salaires (budget exécuté) sont dépensés à Kinshasa où vit environ 10% de l'ensemble de la population congolaise, tandis que 35% à 40% sont destinés au personnel en provinces. En 2005, 17 % de l'enveloppe budgétaire allouée aux dépenses de fonctionnement des administrations de santé des provinces et des districts a été engagé, tandis qu'en 2006, le taux d'exécution a été de 3 %. A titre illustratif, dans l'Équateur, les montants de fonctionnement reçus se chiffraient à 3000 USD en 2005 et à 1500 USD en 2006. Tandis qu'au Katanga, ces montants s'élevaient à 4220 USD en 2005 et à 1400 USD en 2006⁸. Le résultat final est que les administrations provinciales de la santé n'ont aucune motivation pour participer au processus d'élaboration du budget national.

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

159. A cause du désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de santé, il s'est créé des flux financiers où l'argent de la contribution des malades remonte pour financer les niveaux administratifs supérieurs. Cette pratique s'est intensifiée à partir des années 1990, lorsque les centres de santé et hôpitaux ont

⁷ Banque Mondiale, « Rapport d'Etat de Santé Pauvreté », 2004

⁸ Banque Mondiale, « Revue de Dépenses Publiques », idem

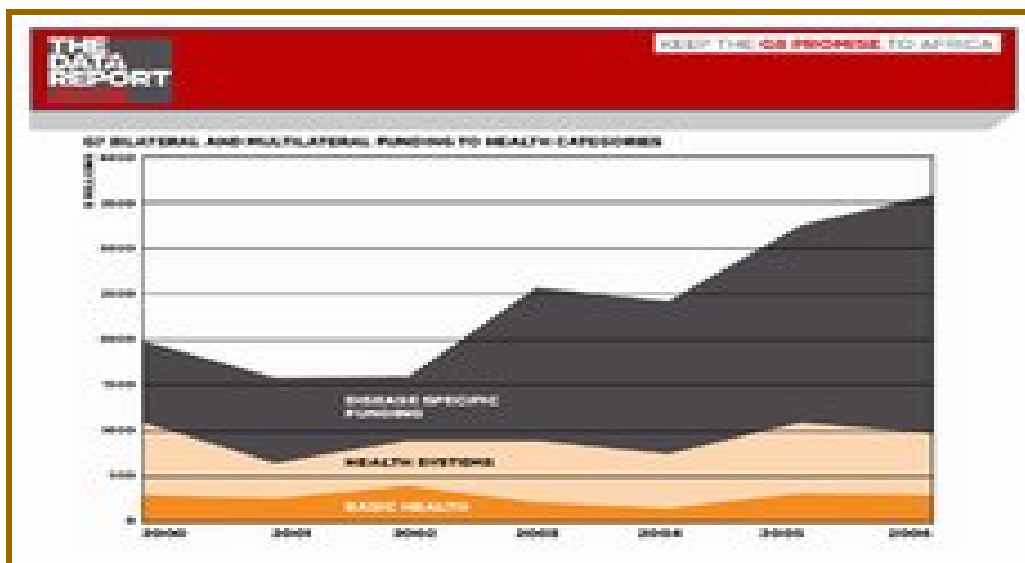
été amenés à reverser 5-10% de leurs entrées financières aux bureaux centraux des zones de santé (BCZS) qui eux-mêmes devaient en faire autant pour le niveau provincial, et celui-ci pour le niveau central. Ces versements servent au fonctionnement des activités, mais également aux rémunérations des personnels à ces différents niveaux. Au fil des années ce système de taxation informelle et inéquitable s'est enraciné et est devenu un des moteurs du système pour la survie financière des individus et des institutions.

160. Ce système « de survie » est également alimenté par toute une série de canaux comprenant notamment toutes sortes d'autorisations de fonctionnement ou d'ouverture pour les privés, les amendes et taxes,...etc. Un privé à but lucratif non régulé s'est installé. Dans un contexte d'absence des mécanismes pour assurer la qualité des soins, le développement anarchique du privé constitue un facteur de danger pour la santé des populations et un facteur d'explosion des coûts des soins de santé et partant de l'accentuation de la pauvreté (les grands contributeurs étant les ménages)

Aide internationale consacrée a la santé

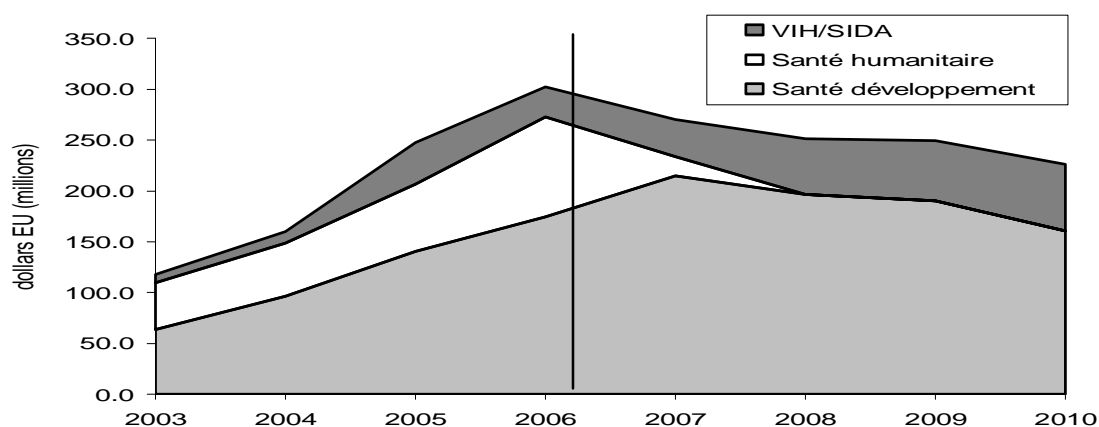
161. L'aide extérieure consacrée à la santé a certes augmenté depuis 2001, mais elle est en grande partie destinée aux programmes verticaux (Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, le VIH/SIDA et la Tuberculose). Le fait que ces ressources destinées à la lutte sélective contre la maladie aient été pratiquement les seules disponibles dans le secteur de la santé au lendemain de la redéfinition de la politique nationale de santé, a certainement contribué à la marginalisation de la stratégie basée sur les soins de santé primaires et de la zone de santé comme unité opérationnelle. On a donc assisté à des services de santé basés sur les indicateurs des programmes spécialisés contre la maladie en lieu et place des services de santé basés sur l'homme.

Graphique 15 : Evolution de l'aide internationale consacrée à la santé entre 2000 et 2006



162. La forte dépendance du financement de la santé vis-à-vis de l'extérieur a fortement influencé la structure du financement de la santé en RDC. Il s'en est donc suivi des dysfonctionnements qui se matérialisent dans la structure du MSP à tous les niveaux du système de santé : la multiplication de directions et de programmes spécialisés ainsi que la fragmentation des prestations au niveau périphériques. La figure suivante réalisée en 2007 lors de la revue des dépenses publiques consacrées à la santé, montre l'évolution de l'aide au développement consacrée à la santé et en fait une projection jusqu'en 2010. Sa structure est comme on le voit proche de l'aide mise à disposition par des pays industrialisés au cours de la même période.

Graphique 16 : Estimation et projection de l'appui des bailleurs de fonds internationaux aux programmes de santé et de lutte contre le VIH/SIDA, 2003-10



Source : Revue des dépenses publiques, 2007

163. Outre la création des structures correspondantes au niveau intermédiaire, les programmes exercent un effet d'aspiration des ressources importantes du niveau intermédiaire vers des réunions fréquentes au niveau de Kinshasa. Au lieu de se préoccuper d'appuyer le développement des ZS, la structure intermédiaire regarde vers le haut, pour en tirer des bénéfices immédiats.

164. Il est à noter cependant que la plupart des financements internationaux alloués au secteur de la santé en RDC ont un caractère extrabudgétaire, avec un faible alignement et peu d'harmonisation. Si à Kinshasa, les bailleurs se réunissent pour partager leurs expériences dans les appuis apportés au secteur de la santé sur le terrain, il existe tout de même une faible coordination des différents intervenants par le gouvernement.

165. L'absence d'une parfaite coordination dans les interventions des bailleurs a ainsi favorisé une certaine désarticulation du système de santé due à une fragmentation des prestations et une verticalisation des interventions. Les services de l'Etat n'ayant pas été en mesure d'assurer suffisamment leur leadership dans ce secteur.

166. Pour arriver progressivement à l'alignement des ressources extérieures aux besoins réels du pays, la revue des dépenses publiques consacrées à la santé a recommandé : i) de renforcer les pratiques d'une gestion saine et transparente, ii) de renforcer les mécanismes de coordination et de suivi de l'aide à travers le Comité National de Pilotage et la Plate Forme pour la Gestion de l'aide Internationale (PGAI); iii) de mettre en place une cellule fonctionnelle d'appui à la gestion pour une meilleure gouvernance des ressources du secteur; iv) d'élaborer un plan national de développement du secteur de santé; v) d'évoluer progressivement vers un appui budgétaire, vi) disposer d'un manuel harmonisé des procédures de gestion applicables aux financements du secteur, et enfin (vii) de respecter scrupuleusement les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Ceci est bien conforme à l'agenda de Kinshasa, le forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide qui a été organisé en juin 2009.

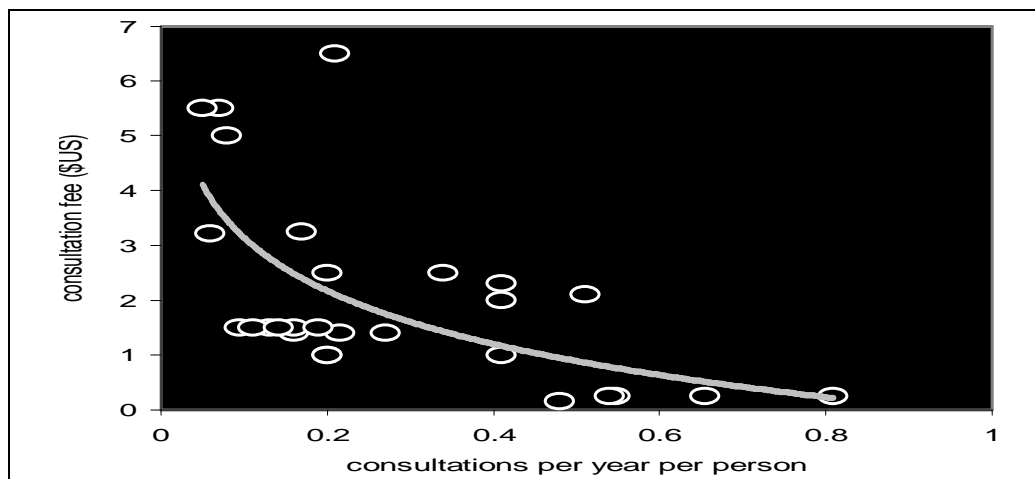
Financement communautaire

167. Au début des années 1990, avec la compression drastique des financements publics et l'arrêt presque complet de l'aide internationale à la suite de la rupture de coopération structurelle avec les institutions de Bretton

Woods, les ménages étaient amenés à supporter la quasi-totalité de la charge financière des services de santé. Ce mode de paiement direct par les ménages au lieu où sont administrés les soins, constitue un important obstacle financier à l'accès aux soins par les couches les plus pauvres de la population et a entraîné une baisse du taux d'utilisation des services curatifs passant de 0,60 contacts par habitant et par an pendant les années 80 à 0,15 (0.07 – 0.42) contacts pendant les années 1990 à 2010 (Banque mondiale, 2005). Le paiement direct entre ainsi en conflit avec l'une des caractéristiques des soins de santé primaires à savoir : l'équité en matière des soins.

168. La revue des dépenses publiques consacrées à la santé a démontré que la capacité des populations à payer les soins et services de santé a un impact réel sur l'utilisation de ceux-ci.

Graphique 17 : taux d'utilisation des services de santé en fonction du coût de la consultation



Source : revue des dépenses publiques, 2008

169. Deux tiers des patients en RDC ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens (financiers) pour y accéder. Selon une étude réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa en 2003, parmi les membres de familles qui sont tombés malades, 30% sont allés dans un centre de santé public ou confessionnel, 40% ont pratiqué l'automédication, 21 % n'ont reçu aucun traitement et 9% ont consulté un guérisseur traditionnel. Ceci correspond à environ 70% des malades qui n'ont pas accès aux services de santé modernes.

170. Des études sur l'accessibilité des ménages aux soins de santé indiquent qu'en moyenne les ménages paient environ 7 USD par personne et par an². Les recettes issues des formations sanitaires, sont utilisées en application de l'ordonnance n°DSASS/1250/004/82 et de l'arrêté de 1987 autorisant l'utilisation à la source des recettes recouvrées par les formations hospitalières.

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

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

² Revue des Dépenses Publiques de Santé, Banque Mondiale, Annexe 5, Février 2008

173. Cependant, comme mécanisme essentiel pour atteindre les objectifs d'équité, le prépaiement connaît un développement assez mitigé avec toutefois des initiatives encourageantes.

174. En effet, on dénombre 39 initiatives mutualistes dans toutes les provinces du pays avec environ 300.000 membres. Cet effectif peut sembler insuffisant en termes de couverture mais, il est très significatif quand on considère le taux de pénétration par rapport aux zones de rayonnement. En effet, on note des taux de pénétration allant de 4 à 16% par rapport aux zones d'action des mutuelles de santé. Bien que des mutuelles de santé existent et permettent à leurs membres d'accéder aux soins, celles-ci travaillent sans appui ni réelle politique nationale en la matière. En outre, les initiatives n'échangent pas beaucoup entre elles et sont très dépendantes de stratégies externes (bailleurs et partenaires techniques).

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

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

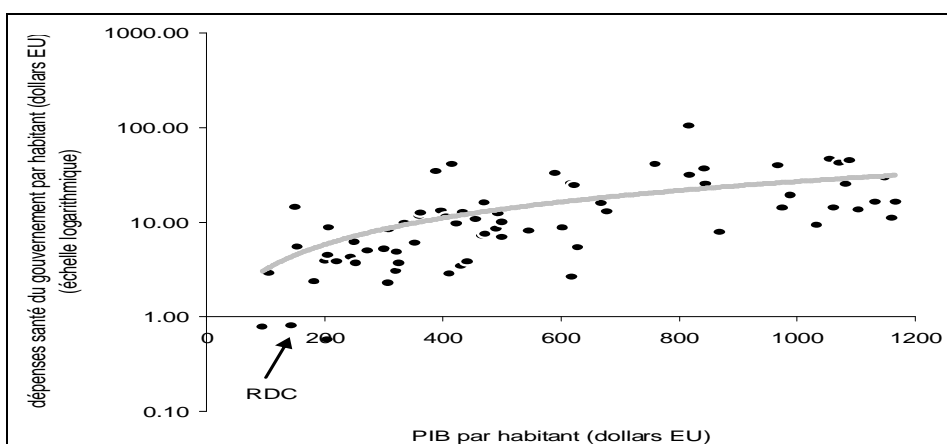
Financement privé

177. Le secteur privé lucratif et non lucratif a toujours été un partenaire traditionnel de l'Etat dans l'offre des soins. Sa contribution est estimée à hauteur de 40% dans la fourniture de l'ensemble des soins ambulatoires et hospitaliers⁹ dont 36% fourni par le privé non lucratif (confessionnel) et 6% par le privé lucratif.

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

179. De façon générale, les dépenses de santé en RDC restent très faibles par rapport aux besoins. Elles sont parmi les plus faibles des pays à produit intérieur brut inférieur à 1200 USD.

Graphique 18: Dépenses publiques de santé par habitant vs. PIB par habitant, pays avec un PIB par habitant inférieur à 1200 (dollars EU)



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

180. **Le costing et la planification des ressources.** Une étude des coûts du paquet minimum des activités (PMA), du paquet complémentaire des activités (PCA) et de l'équipe cadre de la zone de santé (ECZ) à l'aide de l'outil appelé « iHTP » a été réalisée par le Ministère de la Santé Publique en 2009. Pour un Centre de Santé (CS) ayant un niveau de fréquentation de 0.40 contacts par habitant et par an, les coûts du PMA se situent à 6.05\$/hab./an. Pour un CS avec « soins de base » plus les soins VIH/SIDA et qui dispose d'un Centre de Dépistage Volontaire (CDV), le coût est de 9.13 \$/hab./an, tandis que pour un CS offrant les soins de base plus les soins VIH/SIDA mais sans CDV le coût est de 7.90 \$/hab./an.

181. Pour un Hôpital Général de Référence (HGR), qui assure un PCA complet y compris le VIH/SIDA et la trypanosomiase humaine africaine (THA), les coûts se situent à 11.86 \$/hab./an pour un niveau de fréquentation de 0.15 contacts par habitant et par an dans une Zone de Santé (ZS) ayant 100 000 habitants. Globalement, pour une Zone de Santé dont l'HGR a un niveau de fréquentation de 0.15 contacts/hab./an et des CS dont le taux d'utilisation de services est de 0.4 contacts/hab./an, le coût par habitant par an est de 17.91\$ dont 11.86\$ pour le PCA et 6.05\$ pour le PMA.

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

Problèmes prioritaires :

- 1. Le budget de l'Etat consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux engagements des chefs d'Etat à Abuja (15%).** Dans la plupart des cas, il est inférieur à 5% du budget global de l'Etat. En plus, son taux de décaissement est en moyenne de 54%. Son affectation ne tient pas compte des priorités du secteur ;
- 2. L'aide internationale consacrée à la santé reste fragmentée.** Cette fragmentation de l'aide dans un contexte marqué par le désengagement de l'Etat a conduit à celle des prestations mettant ainsi à rude épreuve le caractère global, continu, intégré des soins de santé primaires dans les ZS. En plus cette aide a contribué à mettre en place de multiples unités de gestion et comités de pilotage. Les coûts de transaction sont très importants (jusqu'à 39% dans certains projets) et la coordination des interventions très complexe.
- 3. Les ressources financières qui proviennent de la communauté par la tarification ne sont pas encadrées.** Elles constituent dans la plupart des cas les seules ressources qui font fonctionner les formations sanitaires. Là où existent d'autres sources de financement, la contribution de la communauté est dans la plupart des cas la principale source pour les formations sanitaires.
- 4. Le paiement direct au lieu où les soins de santé sont offerts est contraire aux principes de couverture universelle chère aux soins de santé primaires.** Près des ¾ des usagers sont exclus des services des soins formels du fait de la pauvreté. On note par ailleurs des expériences pilotes de partage de risque dans certaines provinces qui méritent d'être encadrées et documentées.
- 5. Il existe très peu d'informations sur le secteur privé lucratif et non lucratif. (confessions**

religieuses, les entreprises et le privé lucratif). Ces ressources sont de toute évidence importantes du fait que ce secteur détient 40% des services hospitaliers au niveau des ZS et sans doute plus au niveau du premier contact avec la communauté (Centres de Santé, postes de santé, dispensaires, etc.). en 1989, les entreprises paraétatiques avaient dépensé pour leurs services de santé 142 millions UDS !

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

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

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

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

186. La composante Comptes Nationaux existe sous forme d'un projet d'appui mais sans trop de liens avec le reste des composantes. La composante Gestion administrative avec les ressources humaines a défini des indicateurs et un outil de collecte au cours de l'atelier sur l'élaboration de l'annuaire de ressources humaines, mais n'est pas encore fonctionnelle de façon routinière. La composante Enseignement des Sciences de Santé a défini les indicateurs et les outils pour les états des lieux des ITM/ IEM mais n'est pas encore fonctionnelle. Toutes les autres composantes n'existent pas encore.

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

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

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

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

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

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

192. Par ailleurs, **la qualité de l'information disponible est insuffisante.** Cette situation est due entre autre par la multiplicité des outils (souvent sans instructions claires) suite à la fragmentation créée par les programmes, la non disponibilité des outils de collecte, de transmission et d'analyse dans les ZS ; l'absence d'une démarche systématique d'analyse de données, de la rétro-information à tous les niveaux, de plusieurs circuits parallèles et de l'absence d'un système de rapportage (outils primaires familiaux et individuels pour l'amélioration de la prise en charge) axé sur la prestation de services qui elle-même est centrée sur la personne dans son contexte familial et communautaire.

193. Il y a lieu de noter les problèmes liés à l'informatisation du SNIS qui nécessite source d'énergie, système de protection électrique et informatique, compétence du personnel, équipement informatique et de communication, maintenance du parc informatique qui restent encore faibles.

194. Enfin, il faut noter le traitement, l'utilisation et la diffusion des informations (rapports, annuaires et bulletins qui sont produits en retard, la non fonctionnalité du site Web, ...) qui sont encore insuffisants.

Tous ces problèmes prioritaires évoqués ci haut entraînent des conséquences diverses tant sur la production et la qualité de l'information que sur la qualité de services en terme de l'offre et de la demande que la santé de la population

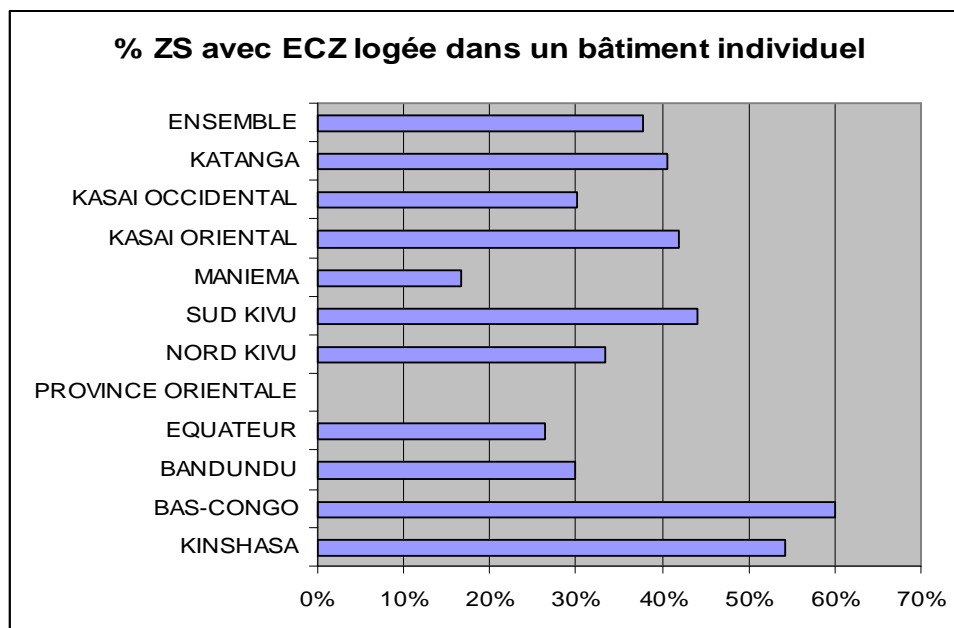
Problèmes prioritaires :

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

3.3.6. Problèmes liés aux infrastructures et aux équipements

195. Les différents services administratifs du niveau central, directions et programmes sont éparpillés dans la ville. Les bâtiments qui les abritent sont vétustes et ne répondent plus aux normes d'hygiène. Quand des financements sont disponibles pour réhabiliter l'un ou l'autre service, il n'y a jamais de plan de masse pour pouvoir intégrer ces travaux dans une vision globale de ce que devrait devenir l'habitat du niveau central. Au niveau intermédiaire, les Etats des Lieux de 1998 montraient que les Divisions Provinciales de la Santé du Bas-Congo, Equateur et Bandundu disposaient de locaux distincts mais dans un état de délabrement avancé. Dans l'entre-temps, la DPS du Bas-Congo a été réhabilitée. Tandis que les provinces du Kasai Oriental et du Kasai Occidental ne disposaient pas de bâtiments propres. Des bâtiments ont été construits pour héberger la DPS du Kasai Oriental. Au niveau périphérique, seulement **38%** des ECZS sont logées dans des « **bâtiments propres** » dont la finalité n'est que de leur servir de bureaux avec des extrêmes de 17% pour la province du Maniema et de

60% pour le Bas-Congo. C'est dire que la majorité des ECZS travaillent dans des conditions difficiles où l'archivage et la capitalisation des expériences ne sont sans doute pas possible.



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

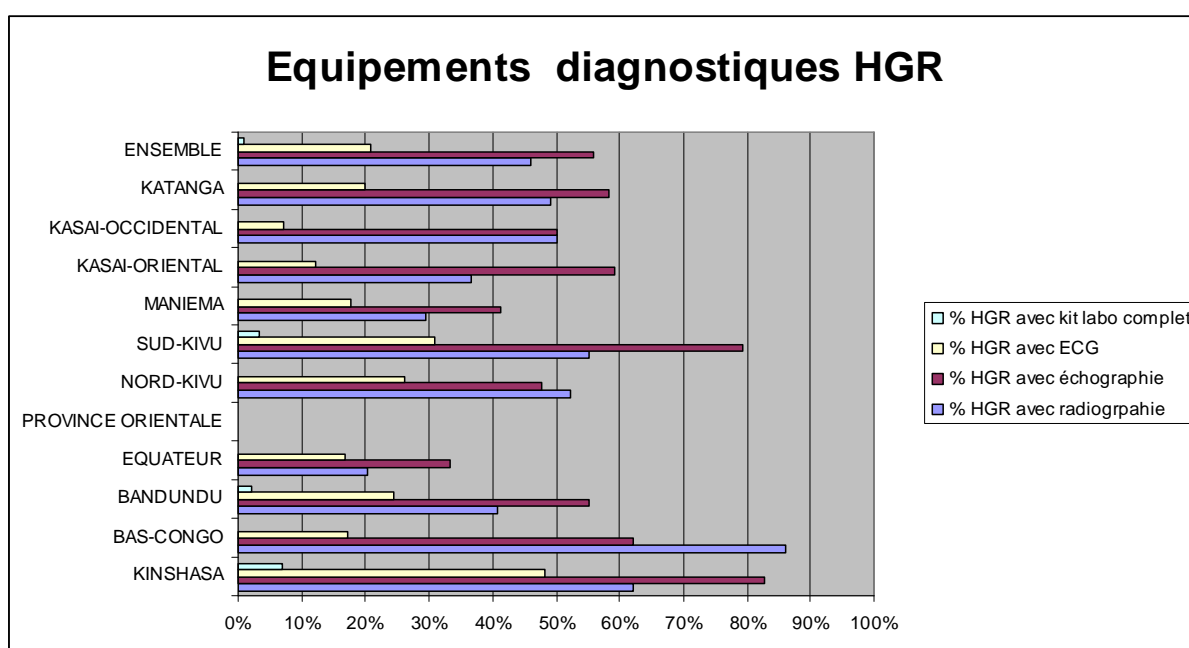
- faiblesse à se concerter avec les Ministères connexes comme le Ministère des Travaux Publics, Infrastructures et Réhabilitation (TPIR) pour les suivi des travaux s'effectuant dans le secteur de la santé, avec les Ministères de l'Environnement, de l'Habitat et du Développement Rural en matière d'assainissement,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

197. Aujourd'hui, le système de santé montre une inadéquation entre l'offre de services et de soins de santé de qualité et le plateau technique requis dans un grand nombre d'infrastructures sanitaires existantes toutes catégories confondues y compris les établissements d'enseignement de la santé : il manque des infrastructures, certaines infrastructures sont dans un état de délabrement avancé, les équipements sont vétustes, les équipements sont incomplets, non conformes, insuffisants, l'approvisionnement des infrastructures sanitaires en eau courante et en électricité est difficile,...

Tableau 6: Nombre de Zones de Santé sans Hôpital Général de Référence selon ELS fév 10

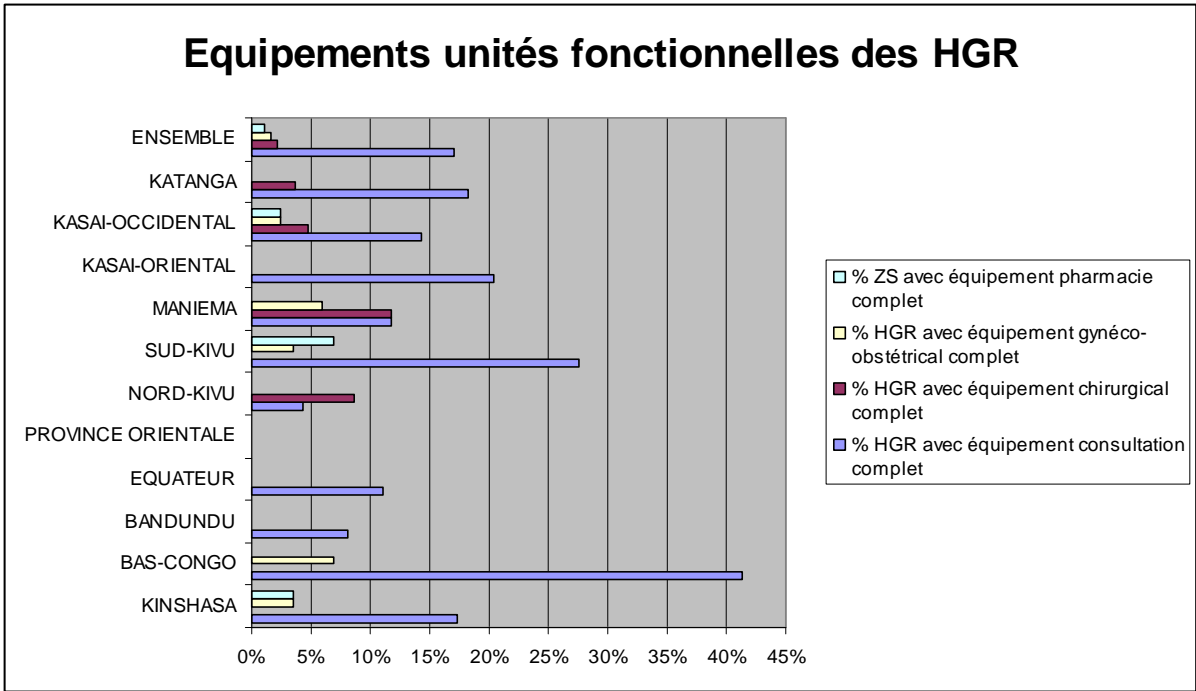
Province	Nombre de ZS dans la Province	Nombre ZS sans HGR	Population ZS sans HGR/ total ZS
KINSHASA	35	9	26%
BAS-CONGO	30	2	7%
BANDUNDU	50	2	4%
EQUATEUR	57	15	26%
PROVINCE ORIENTALE			
NORD-KIVU	24	0	0%
SUD-KIVU	34	2	6%
MANIEMA	18	3	17%
KASAI-ORIENTAL	50	1	2%
KASAI-OCCIDENTAL	43	6	14%
KATANGA	64	1	2%
TOTAL	405	41	10%

Graphique : Equipements diagnostiques des HGR selon ELS 2010



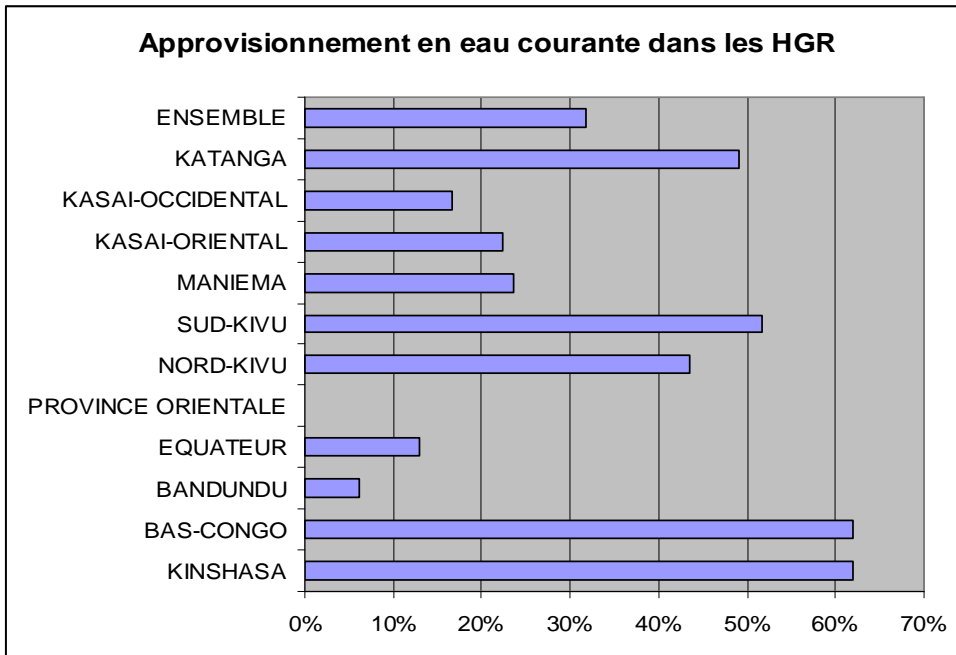
Ces équipements sont entendus devoir aider au diagnostic ! Ces chiffres déforcent encore la couverture du pays en HGR.

Graphique : Equipements des unités fonctionnelles des HGR selon ELS 2010



Le proportion d'HGR possédant les équipements requis pour ses services de base est très faible. Cela ne va pas sans porter préjudice à la qualité de l'offre de soins que les HGR peuvent fournir.

Graphique: Approvisionnement en eau courant dans les HGR selon ELS 2010



Pas une province ne dépasse les 62% d'HGR disposant d'eau courante et pourtant l'eau est un élément primordial dans l'hygiène hospitalière !

Tableau 7 : Situation des CS par province telle que transmise par les divisions provinciales de la Santé

Province	ZS dans la Prov.	AS planifiées	AS couvertes	Proportion	CS en matériaux durables

Bas-Congo	31	392	353	90%	53
Bandundu	52	1099	824	75%	124
Equateur	69	1188	891	75%	134
Kinshasa	35	352	135	38%	20 ¹⁰
Kasaï Occidental	43	804	643	80%	96
Kasaï Oriental	49	882	851	96%	128
Katanga	67	1040	780	75%	117
Maniema	18	230	207	90%	31
Nord-Kivu	34	583	554	95%	83
Province Orientale	83	1367	957	70%	144
Sud-Kivu	34	567	510	90%	77
TOTAL	515	8504	6705	79%	1006

Sur les 6705 CS existants seuls 1006 sont construits en matériaux durables, ce qui représente 15% des aires de santé couvertes et 12% de l'ensemble des aires de santé planifiées dans le pays. Le reste des Centres de Santé sont soit en semi durable ou en pisé. Le nombre de Centres de Santé construits en matériaux durables et qui nécessitent une réhabilitation est de 671, soit 66%.

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

199. Le système accuse aussi du retard par rapport à l'acquisition de nouvelles technologies diagnostiques et thérapeutiques qui s'avèrent pourtant utiles et efficaces

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

Problèmes prioritaires :

- 1. Les services administratifs du MSP sont logés dans des bâtiments vétustes, parfois insalubres et trop étroits pour contenir tous les services même d'un ministère rationalisé**
- 2. Les infrastructures des services de santé sont pour les unes vétustes, pour les autres construites en matériaux non durables, pour les autres encore construites de manière non-conforme aux normes et d'autres enfin manquent.**
- 3. Les équipements des services administratifs et des services de santé sont également pour certains vétustes à déclasser, plus en état de marche, non adaptés aux besoins, ou manquant**

¹⁰ La plupart des Centres de santé de la ville de Kinshasa appartient à des privés pour la plupart lucratifs. Le nombre des Centres de santé public est très faible.

4. La capacité de maintenance du MSP est pratiquement inexistante

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

201. **Prestations des services et des soins de santé au niveau de la Zone de Santé.** La couverture sanitaire est faible¹¹ en RDC. En effet, depuis le découpage qui a été effectué en 2003 et qui a fait passer le nombre de 306 à 515 (théoriquement), très peu d'investissements ont été faits dans le secteur de la santé. Ceci a eu pour effet de réduire la performance générale des Zones de Santé concernées.

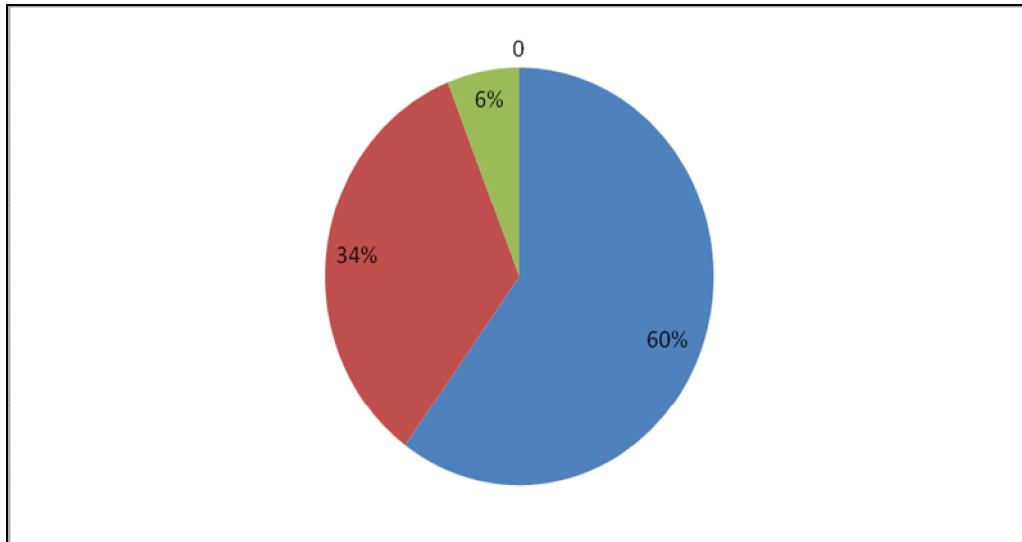
202. De façon générale, on constate que la structure du financement internationale dont la plus grande partie est destinée à la lutte sélective contre la maladie ainsi que la recherche des résultats rapides et dans le court terme imposée par certains bailleurs, a conduit à verticaliser le système de santé. Ceci est d'autant plus perceptible dans les centres de santé où l'on trouve du personnel de santé attaché à la lutte contre tel ou telle maladie et payé en tant que tel, le nombre des rapports à élaborer chaque mois qui atteint de fois 40 pour répondre aux exigences des uns et des autres, des fiches de stocks pour le même médicament (aspirine par exemple), qui sont remplis en autant de fois qu'il y a des partenaires qui approvisionnent le CS en aspirine, etc. **Des interventions verticales non coordonnées, peu efficaces, peu efficaces ont ainsi supplanté dans les ZS les services de santé intégrés, continus et globaux** qui constitue l'une des principales caractéristiques des soins de santé primaires.

203. Au niveau des structures de premier contact, on a constaté une émergence des services privés lucratifs non coordonnés et de qualité douteuse et qui rendent encore plus complexe l'organisation de l'offre des soins de qualité. Cette situation qui est due d'une part à l'offre du personnel de santé (médecins et infirmiers) qui de plus en plus dépasse la demande et dont l'exercice libéral de la pratique médicale constitue la seule voie d'issue, et d'autre part au développement des stratégies de survie individuelles et institutionnelles qui se traduisent par une ouverture anarchique et en surnombre des postes de santé, des dispensaires, des Centres de Santé dits de référence dans lesquels on fait de la chirurgie et des Instituts des Techniques Médicales. Cette situation qui était une caractéristique des ZS en milieu urbain est de plus en plus constatée en milieu rural. Dans la ZS de Santé de LUKULA dans le Bas Congo par exemple, on dénombre jusqu'à 103 structures de premier contact (Centres de santé, postes de santé et dispensaires, etc.)

204. **Problèmes de prestations des soins et services de santé au niveau de l'HGR.** Les résultats de l'état des lieux des structures de santé réalisés avec l'appui de l'Ecole de Santé Publique montrent que le pays dispose de 498 ZS qui fonctionnent en tant que tel et 290 HGR à proprement parlé dont environ 1/3 appartiennent aux confessions religieuses. Le désengagement du Gouvernement vis-à-vis des services de santé en ce qui concerne essentiellement le fonctionnement et la tendance pour les partenaires du secteur à travailler plus avec les CS ont fait que les HGR sont restés marginalisés pendant plusieurs décennies. Ils constituent de ce fait le maillon faible de notre système de santé.

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

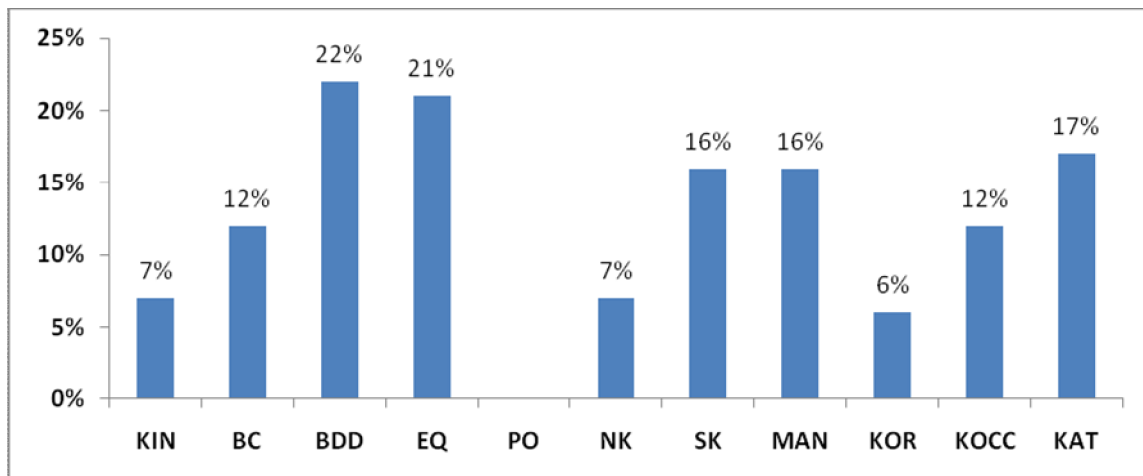
Graphique 19 : les d'HGR selon leur appartenance



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

206. La proportion d'HGR qui dispose d'au moins 100 lits (norme nationale) est inférieure à 25% dans toutes les provinces du pays. La proportion la plus élevée est celle de la province de Bandundu dont 22% d'HGR disposent de 100 lits. Le graphique suivant reprend la proportion d'HGR qui dispose d'au moins 100 par province.

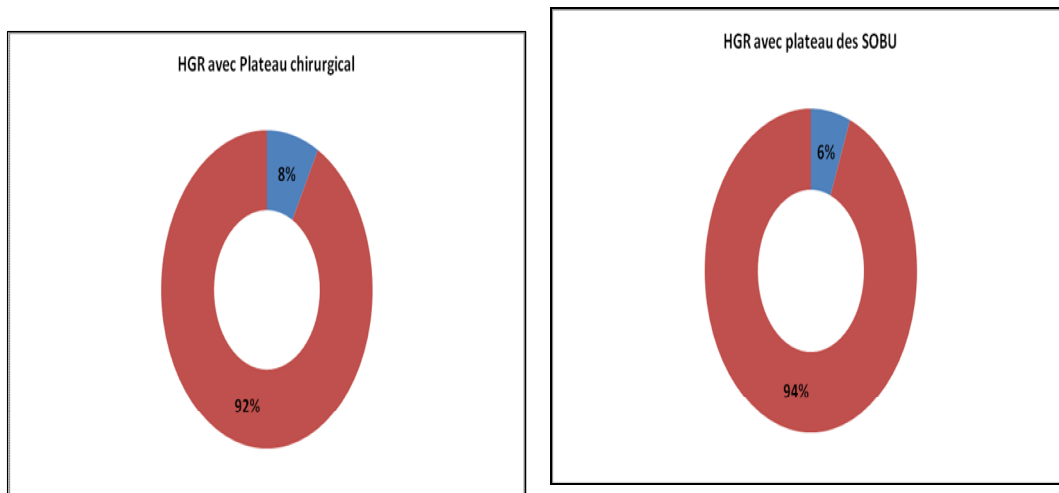
Graphique 20 : proportion d'HGR qui dispose d'au moins 100 lits par province.



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

207. Le nombre de lits métalliques montés dans les HGR du pays est de 49 999. Le nombre d'HGR qui disposent de tous des médicaments traceurs est de 55 pour l'ensemble du pays, soit moins de 20%. Seuls 65 HGR disposent des kits complets de consultations et 4 d'un service de laboratoire complet. La proportion d'HGR qui dispose d'un plateau technique pour la réalisation des interventions chirurgicales et obstétricales d'urgence est respectivement de 8% et 6% comme le montre le graphique suivant :

Graphique 21: proportion d'HGR qui dispose des plateaux techniques pour la chirurgie et les soins obstétricaux d'urgence



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

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

209. La faillite des entreprises dont les hôpitaux servaient de lieu de référence a réduit la desserte et l'accessibilité de la population aux soins de santé de qualité. C'est le cas de la GECAMINES¹², de l'ONATRA¹³, de la SNCC, de la MIBA¹⁴, du PLC etc. D'autres entreprises à l'instar de la Sucrière de Kwilu Ngongo et la SNEL ont restreint les cibles de leurs prestations aux seules ressources humaines sous leur responsabilité. L'utilisation des services de santé reflète généralement la performance de ces derniers. Comme on devrait s'y attendre, la mauvaise qualité des services de santé disponibles a eu un effet très négatif sur l'utilisation de ces derniers.

Problèmes de prestations des services et des soins de santé de référence secondaire et tertiaire.

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

¹² La Générale des Carrières et des Mines ou GECAMINES est une société basée dans le sud du Katanga et qui dans le temps avait pour mission l'exploitation et la commercialisation des minerais comme le cuivre, le cobalt, etc. Cette entreprise a connu des problèmes lors de la longue transition vers la démocratie qui ont conduit à sa faillite. Elle disposait jusque vers les années 80 des services de santé parmi les mieux organisés du continent.

¹³ L'Office National de Transport (ONATRA) et la Société des Chemins de Fer du Congo (SNCC) sont des sociétés de transport. La mission de la première était plus centrée sur le transport maritime et celle de la seconde sur le transport ferroviaire. Elles ont toutes deux été mises en place essentiellement pour le transport vers l'extérieur de la production de la GECAMINES. La faillite de celle-ci a entraînée celle de deux autres et donc celle de leurs services de santé.

¹⁴ La Minière de Bakwanga (MIBA) est une société basée dans le Kasai Orientale. Sa mission est l'exploitation et la commercialisation du diamant industriel. Elle aussi est en faillite pour le moment.

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

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

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

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

215. Les soins de santé de référence tertiaire sont offerts par les Cliniques Universitaires de Kinshasa, de Lubumbashi et de Kisangani. Là encore la vétusté des infrastructures, l'insuffisance de l'équipement, la non intégration de nouvelles technologies en termes de diagnostic et de prise en charge des patients, la démotivation du personnel, l'insuffisance des programmes de mise à niveau du personnel académique ont entamée sérieusement la qualité des soins qui y sont offerts.

216. L'Hôpital du cinquantenaire, en construction à Kinshasa, qui aura 450 lits est un hôpital à vocation tertiaire. Son implantation dans la ville soulève un certain nombre de questions qui doivent être résolues au préalable pour lui permettre de fournir des soins efficaces et efficaces. La première question est celle relative à son coût de fonctionnement qui de toute évidence sera très élevé et ne pourra probablement pas être pris en charge du moins en totalité par le budget de l'Etat consacré à la santé. Le second problème est celui du personnel de santé qui devra y travailler. Le caractère ultramoderne de cet hôpital lié entre autre à l'équipement qui y sera implanté pourra nécessiter des compétences qui ne sont pas disponibles au pays. Une fois acquises, ces compétences doivent être entretenues (formation en cours d'emploi) et stabilisées dans un contexte régional et international où les migrations des ressources humaines pour la santé sont entrain de prendre des ampleurs de plus en plus inquiétantes.

217. Le dernier problème est celui de l'intégration de cet hôpital dans le système de santé de la ville. En effet, pour que l'hôpital du cinquantenaire puisse bien remplir sa mission qui est celle d'offrir les soins de santé de référence tertiaire, il faut que les formations qui offrent les soins de référence primaires (HGR) et secondaire de la ville aient un degré de fonctionnement appréciable. Dans le cas contraire, il subira par son caractère attrayant une forte demande y compris sur les problèmes de santé pouvant trouver solution dans les CS.

Problèmes prioritaires :

- 1. L'accès aux soins de santé primaires de qualité est insuffisante** dans la plupart des provinces du fait de la faiblesse de la couverture sanitaire et du mode de paiement pratiqué qui ne sont pas basés sur les principes de la couverture universelle des soins ;
- 2. La régulation du privé lucratif est presque inexistante.** L'implantation des structures de soins au niveau de premier contact avec la population par le privé lucratif se fait de façon anarchique. Leur nombre toujours croissant et la qualité des services offerts entravent l'organisation des soins de santé de qualité à ce niveau ;
- 3. Les HGR des ZS n'ont pas des ressources nécessaires pour remplir leur mission** du fait de leur marginalisation qui a duré plusieurs décennies. Leur plateau technique en baisse constante les met dans une situation où ils entrent en concurrence avec les CS ;

4. Les hôpitaux de référence secondaire publics et les services de ce niveau de référence développés autre fois dans le secteur privé non lucratifs n'ont plus les ressources nécessaires pour remplir leur mission ;
5. L'implantation de l'hôpital du cinquantenaire est une opportunité pour améliorer l'offre des soins de santé de référence tertiaire, cependant la question du coût de son fonctionnement, des ressources humaines devant y prester de l'organisation des services de santé dans la ville pour une utilisation efficiente de ses services et de l'accessibilité financière des population à ses derniers reste entière.

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

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

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

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

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

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

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

224. **La collaboration entre le secteur de la santé et de l'éducation n'est pas au beau fixe.** L'amélioration de la qualité des soins commence par celle de la formation des RHS. La production des RHS relève du Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire (MESU) pour les cadres supérieurs et universitaires. L'absence d'un plan de développement des RHS ne permet pas d'initier un dialogue constructif avec le Ministère de l'ESU quant à la production rationnelle des ressources humaines répondant aux besoins du

secteur santé, y compris le secteur privé. Le cadre de concertation MSP-MESU envisagé dans les PAP 1&2 n'a jamais été rendu opérationnel. En attendant, le Gouvernement a entamé depuis 2009 une action d'envergure pour la fermeture des établissements d'enseignement supérieur et universitaire ne répondant pas aux normes.

225. Le renforcement de la collaboration avec le secteur éducatif pourra s'étendre non seulement à l'opérationnalisation du cadre de concertation MSP-MESU, mais également au développement de la santé scolaire et en milieu universitaire ainsi qu'à la révision des curricula de formation des personnels de santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. BUT ET OBJECTIFS DU PNDS

But : contribuer au bien être de la population congolaise d'ici 2015.	
Objectif général : contribuer à l'amélioration de la santé de la population congolaise dans le contexte de lutte contre la pauvreté.	
CIBLES	INDICATEURS D'IMPACT
Cible 1 : contribuer à réduire de 549 à 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015	1. Ratio de mortalité maternelle
Cible 2 : contribuer à réduire la mortalité infanto-juvénile de 92 à 40 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015	1. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 2. Taux de mortalité infantile 3. Taux de mortalité néonatale 4. Taux de mortalité juvénile
Cible 3 : D'ici à 2015, stopper la propagation du VIH/sida, maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle	5. Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans 6. Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie 7. Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie 8. Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe
Cible 4 : contribuer à réduire de 2/3 la mortalité et la morbidité liées aux maladies non transmissibles d'ici 2015	9. Prévalence de l'hypertension artérielle chez les personnes adultes 10. Mortalité liée à l'hypertension artérielle chez les personnes adultes 11. Prévalence du diabète chez les personnes âgées de plus de trente 12. Mortalité liée au diabète chez les personnes adultes
Cible 5 : la mortalité intra hospitalière est réduite de 50% d'ici 2015	13. Taux de mortalité intra hospitalière
Objectif sectoriel : assurer des soins de santé primaire de qualité à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables en vue de combattre les grandes endémies telles que le VIH/SIDA, le paludisme, tuberculose, onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine, les maladies non transmissibles ; etc.	
CIBLES	INDICATEURS DES RESULTATS
Cible 7 : la proportion de la population qui a accès aux soins de santé primaires de qualité augmente de 25% d'ici 2015	14. Couverture sanitaire nationale

<p>Cible 6 : La proportion des femmes qui enceintes qui utilisent les services des CPN lors de leur dernière grossesse et celle d'accouchement assistés passent respectivement de 85% à 95% et de 74% à 85%</p>	<p>15. Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé les CPN lors de la dernière grossesse</p> <p>16. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</p>
<p>Cible 7 : la couverture vaccinale des enfants complètement vaccinée passe de 31 à 55% d'ici 2015</p>	<p>17. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole</p> <p>18. Proportion d'enfants qui ont reçu leur troisième dose de DTC</p> <p>19. Proportion d'enfants complètement vaccinés</p>
<p>Cible 8 : la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous MII et celle de ceux qui reçoivent un traitement correct au paludisme/fièvre augmente respectivement de 6% à 40% et de 25%</p>	<p>20. Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi la dernière nuit sous MII</p> <p>21. Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont reçu un traitement correct au paludisme/fièvre</p>
<p>Cible 9 : les personnes vivant avec le VIH et qui reçoivent un traitement aux antirétroviraux passe de 37 000 à 80 000 d'ici 2015</p>	<p>22. Nombre des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et qui reçoivent les antirétroviraux</p>
<p>Cible 10 : le taux d'infections post opératoires est réduite de 75% d'ici 2015</p>	<p>23. Taux d'infections post opératoires</p>

5. STRATEGIE D'INTERVENTION

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

5.1. Le développement des zones de santé

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

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

239. Les SSP ne consistent pas en une liste d'interventions alignées les unes à côté des autres. Ils répondent à des caractéristiques bien précises qui sont : (i) **le centrage sur la personne**, (ii) **l'efficacité**, (iii) **la sécurité**, (iv) **la continuité**, (v) **la globalité ou l'exhaustivité**, (vi) **l'intégration** et (vii) **l'équité dans leur**

distribution. Les SSP sont donc des soins qui réunissent la promotion, la prévention, le traitement et les soins d'une manière sûre, efficace et socialement productive à l'interface entre la population et le système de santé.

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

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

242. **La question d'intégration est tout aussi importante,** il s'agit non d'intégrer les activités des programmes de lutte contre la maladie dans les CS et HGR, **mais plutôt d'offrir des soins de santé intégrés.** La nuance est de taille. En effet, intégrer les interventions des programmes spécialisée dans les CS par exemple peut vouloir dire les avoir présentes les unes à côté des autres dans les CS, offertes à la population par du personnel spécialisé qui répond aux programmes centraux en terme de rapportage, de supervision, de paiement des primes (primes tuberculose, primes VIH/SIDA, etc.). La notion d'intégration implique d'une part la polyvalence dans le chef des équipes qui offrent les soins (la même équipe offre à la fois les soins curatifs, préventifs et promotionnels) et la responsabilisation des équipes locales dans la planification et la mise en œuvre d'autre part. Les interventions planifiées par les niveaux hiérarchiquement supérieurs et que l'on fait exécuter par les équipes locales ne sont pas de bons exemples d'intégration, même si elles se font dans les CS ou HGR.

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

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

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

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

247. **Une ZS qui compte 15 à 16 aires de santé (AS) atteint un degré optimal de développement lorsqu'elle dispose en moyenne de 5 CS qui offrent le PMA de base¹⁵ et, 4 autres CS qui en plus du PMA de base, intègrent le dépistage et la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre, le dépistage et le counseling pour le VIH/SIDA ainsi que le dépistage et le traitement de la Trypanosomiase si celle-ci existe dans la ZS. Dans ces ZS, l'HGR offre le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) intégrant la lutte contre le VIH/SIDA notamment le traitement aux Antirétroviraux (ARV).**

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

249. Résultat 1 : la couverture de la population par les soins et les services de santé de qualité est augmentée de 30%. L'atteinte de ce résultat nécessitera la mise en place des programmes suivant : **Programme 1 : Amélioration de la couverture des soins de santé, Programme 2 : Amélioration de la qualité des prestations, Programme 3 : Rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires à tous les niveaux du système.**

250. **Programme d'amélioration de la couverture sanitaire.** Elle se fera par la remise en état des infrastructures (constructions et/ou réhabilitations) des centres de santé, hôpitaux généraux de référence. Les principales actions de ce programme sont : la réhabilitation de 207 HGR sur les 5 années de mise en œuvre du PNDS, la réhabilitation de 414 CS et la construction 1449 autres CS et leur équipement, la réhabilitation de trois hôpitaux provinciaux de référence et deux hôpitaux nationaux de référence, ainsi que la construction de cinq hôpitaux provinciaux de référence et de 1 hôpital national de référence

251. **Programme d'amélioration de la qualité des prestations des soins et services centrés sur l'homme.** La vision dans le renforcement du système de santé est de parvenir progressivement à la dispensation de soins de qualité avec sécurisation des patients. Pour garantir la qualité des soins et services, les audits cliniques, les supervisions formatives, le contrôle de qualité et autres pratiques seront appliqués. Parmi les autres actions de ce programme on peut citer le développement de la polyvalence des prestataires de soins dans les ZS, la réinstauration de l'usage systématique du dossier familial, l'organisation du tutorat entre les Hôpitaux Nationaux (HN) et les Hôpitaux Provinciaux (HP), l'organisation du tutorat entre les HP et les HGR, la promotion du coaching des prestataires, la promotion des supervisions formatives intégrées et le réseautage entre formations sanitaires.

252. Le but ultime est d'arriver à formaliser les activités d'assurance qualité des soins et autres prestations.

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

254. Les services implantés seront rationalisés pour offrir des soins de qualité et répondre ainsi aux problèmes et besoins de santé auxquels les populations sont confrontées. Cette rationalisation suppose donc

¹⁵ Le PMA de base est celui que doit avoir tout centre de santé qui est dit fonctionnel. Il n'inclut pas le dépistage de la tuberculose, de la lèpre ou du VIH/SIDA, mais il inclut le traitement y relatif étant donné que le tuberculeux dépisté doit prendre son traitement dans son milieu de résidence. Il en est de même du PVV qui doit prendre ses médicaments contre les infections opportunistes dans son milieu de résidence, c'est-à-dire dans son CS.

une action au niveau **administratif** (organigramme, profil de poste et gestion de carrière) et **technique**. Cependant, l'expérience récente montre que les actions techniques seules ne suffisent pas pour faire avancer la rationalisation dans le secteur de la santé. La rationalisation dans le domaine des ressources humaines, celle de la carte sanitaire dans les ZS, etc. nécessite que des décisions soient prises dans ce domaine pour que les choses avancent. Il est de même de l'assainissement dans le domaine de l'enseignement des sciences de la santé.

255. Les formations sanitaires au niveau opérationnel (CS et HGR) seront amenées à offrir un paquet d'interventions adéquat et de qualité. Au niveau de CS, l'utilisation du dossier familial, l'usage correct des ordigrammes et autres instructions opérationnelles seront systématisés de même que l'introduction et l'utilisation des guides thérapeutiques et protocoles de prise en charge dans les HGR. L'adéquation entre le profil du personnel et les exigences des prestations sera de stricte application conformément aux normes établies. Une meilleure organisation de la référence et la contre référence entre les CS et les HGR, (**référence primaire**) et entre les HGR et les hôpitaux des niveaux provincial et universitaire, associée à la supervision intégrée, permettra d'assurer la globalité, l'intégration et la continuité des soins.

256. Le système d'approvisionnement sera renforcé pour garantir la disponibilité permanente des médicaments et intrants spécifiques dans l'ensemble des formations sanitaires.

257. Résultat 2 : le taux d'utilisation des services curatifs est augmenté de 25%. La réalisation de ce résultat nécessite la mise en place des programmes suivants : **Programme 4 : Promotion de la participation communautaire à l'action sanitaire**, **Programme 5 : La promotion des services de santé** et **Programme 6 : Amélioration de l'accessibilité financière aux soins et services de santé**

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

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

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

261. **Programme relatif à l'amélioration de l'accessibilité financière de la population aux soins.** Le manque de subsides pour le système de santé fait que son fonctionnement repose essentiellement sur l'apport des ménages. Dans ces conditions, la reconnaissance et la valorisation des initiatives communautaires deviennent capitales. La mutualisation et diverses autres stratégies de solidarité permettent d'améliorer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé. Les réformes de financement inspirées des expériences menées sur terrain (tarification forfaitaire, fonds d'achat des services) seront capitalisées pour améliorer le financement du secteur. Pour que ces stratégies soient effectives, les subsides de l'Etat seront attribués pour le fonctionnement de l'ensemble des formations sanitaires pour une meilleure accessibilité aux soins.

262. Le développement de la ZS sera une action **progressive, continue** et **cumulative**. Le caractère progressif veut dire que le nombre des ZS qui entrent dans le processus de développement va augmenter avec le temps (impossible de développer toutes les ZS à la fois). Dans une ZS, la progressivité du processus de développement signifie que le nombre des CS qui entrent dans le processus augmente avec le temps (impossible de développer tous les CS d'une ZS à la fois). Il faudra un horizon qui varie entre 15 et 20 ans pour que toutes les ZS du pays soient dans le processus de développement. Le caractère continu du processus de développement veut dire qu'une ZS qui entre dans le processus de développement n'en sort pas. Le caractère

cumulatif du développement des ZS veut dire que les ZS qui entrent dans le processus de développement s'ajoutent à celles qui y sont déjà.

263. **Ainsi, l'action de développement ne pourra pas se faire dans toutes les ZS du pays à la fois** car d'une part les ressources sont insuffisantes et, d'autre part, le volume de travail en termes d'encadrement de proximité qu'exigent ces ZS est tel que les équipes cadres provinciales ne peuvent l'accorder à toutes les ZS à la fois. Les ZS seront classées en 3 catégories dans chaque province selon leurs potentiels au développement. Ces catégories sont : ZS à potentiel élevé (haut de la liste), ZS à potentiel moyen (milieu de la liste) et ZS à potentiel faible (bas de la liste). La première catégorie est celle des ZS qui vont bénéficier des programmes 1, 2, 3, 4, 5 & 6. La seconde catégorie est celle des ZS qui vont bénéficier des programmes 1, 2, 4, 5 & 6. La 3^{ème} catégorie est celles des ZS qui ne bénéficieront pas des actions proprement dites de développement au cours de cette période couverte par le PNDS 2011-2015, mais dans lesquelles on doit assurer les interventions qui relèvent du **Programme 7: dites interventions de santé publique**¹⁶. En d'autres termes, les ZS à potentiel de développement élevé et moyen bénéficieront des appuis en termes d'extension de la couverture sanitaire (réhabilitation, construction des CS et HGR si possible, approvisionnement en médicaments, etc.), tandis que les ZS à potentiel élevé bénéficieront en plus du programme de rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires.

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

265. Dans une ZS en développement, les aires de santé (AS) qui ne sont pas encore entrées dans le processus de développement vont continuer à bénéficier dans l'entre temps des interventions de santé publique. Le programme 5 relatif à la participation communautaire sera assuré dans toutes les ZS du pays. Ces dernières devront être converties en actions de développement au fur et à mesure de l'accroissement de la couverture sanitaire, c'est-à-dire au fur et à mesure que les ZS et les CS entrent dans le processus de développement.

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

267. **Offre de soins de santé de référence secondaire.** La continuité des soins nécessite comme on l'a vu plus haut la mise en place de services hospitaliers de référence secondaire et tertiaire. De la performance de ces services dépend aussi la qualité des soins qui sont offerts dans les ZS étant donné que la formation de base du personnel médical est assurée dans les formations sanitaires de niveau secondaire ou tertiaire et que les formations sanitaires de référence secondaire sont des lieux privilégiés pour la formation continue du personnel de la ZS sur le plan clinique.

268. Les prestations de référence secondaire. Dans la ville province de Kinshasa, ces prestations sont offertes par l'Hôpital Général Provincial de Kinshasa, la Clinique Ngaliema, l'hôpital Marie Bianda Mutombo qui

¹⁶ Les interventions de santé publique sont : la vaccination, le traitement de la tuberculose et de la lèpre, la prévention et la prise en charge du paludisme, la VIT A, des conditions minimales pour une chirurgie d'urgence et les soins obstétricaux d'urgence, etc. Elles diffèrent des interventions de développement qui nécessitent un investissement important en termes de construction et/ou réhabilitation et d'équipement. En plus le développement implique une rationalisation du fonctionnement des structures de santé, celle de la carte sanitaire de la ZS ainsi que l'amélioration de la qualité des soins.

est une structure privée à vocation tertiaire. L'Hôpital Général Provincial de Kinshasa et la Clinique Ngaliema bénéficieront des actions relatives à l'amélioration de la qualité des soins et de la rationalisation du fonctionnement (adéquation entre charge de travail et ressources humaines, appui au fonctionnement, etc.) pour leur permettre de relever leur plateau technique et donc de remplir pleinement leur double mission qui consiste à assurer les soins de référence secondaire et à appuyer l'amélioration des soins dans les HGR de la ville .

269. Durant la mise en œuvre de ce PNDS, les deux Hôpitaux provinciaux de Kinshasa, l'Hôpital Général de Kananga, l'Hôpital Provincial de Mbandaka, l'Hôpital Bonzola de Mbuji-Mayi, l'Hôpital Général de Goma vont bénéficier des programmes 2 & 3 conformément à leur plateau technique pour leur permettre de remplir leur mission.

270. **Offre de soins de santé de référence tertiaire.** Les soins de santé de référence tertiaires sont habituellement offerts par les cliniques universitaires de Kinshasa, de Lubumbashi et de Kisangani. L'hôpital du cinquantenaire en construction à Kinshasa a également pour vocation d'offrir des soins de santé de référence tertiaire. L'hôpital du cinquantenaire va nécessiter pour son bon fonctionnement que soit mis en place (i) un fonds pour faire face à sa charge d'exploitation, (ii) que le système hospitalier de la ville de Kinshasa soit réorganisé notamment par l'appui au fonctionnement et (iii) que les hôpitaux provinciaux remplissent leur mission. Comme pour ces derniers, ils vont bénéficier des programmes 2 & 3 conformément à leur plateau technique.

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

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

272. **Première stratégie d'appui : le développement des ressources humaines pour la santé.** Le résultat poursuivi en matière des RHS est : Le secteur de santé dispose d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité. Pour atteindre ce résultat, trois programmes vont être mis en place. Il s'agit : (i) du programme de renforcement de la Formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire, (ii) du programme d'utilisation efficiente et rationnelle des RHS, (iii) du programme de renforcement des capacités des RHS en cours d'emploi, (iv) et du programme d'amélioration des conditions sociales et de travail pour les RHS. La liste des actions à entreprendre pour la réalisation de ces programmes est en **annexe 1**.

273. **Deuxième stratégie d'appui : l'appui au secteur du médicament.** Trois résultats sont attendus de la mise en œuvre de cet axe de soutien au développement des ZS et pour ce faire six programmes seront mis en œuvre. Il s'agit des résultats et des programmes suivants :

274. Résultat 1 : la disponibilité du médicament est dans l'ensemble des ZS selon leurs catégories¹⁷. La réalisation de ce résultat passera par la mise en œuvre des programmes suivant : (i) programme de rationalisation et accroissement du financement des médicaments et intrants spécifiques, (ii) programme de coordination des approvisionnements, (iii) programme de renforcement du Système National d'Approvisionnement des Médicaments Essentiels et génériques (SNAME), (iv) et programme d'accroissement de la production locale des médicaments.

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

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

¹⁷ Les catégories des zones de santé par rapport au processus de développement sont définies dans l'axe stratégique relatif au développement des zones de santé.

277. **Troisième stratégie d'appui : la réforme du financement de la santé.** La réforme du secteur de la santé qui sera entreprise lors des cinq prochaines années visera les résultats suivant : (i) la part du budget de la Santé augmente chaque année pour atteindre 10% du budget national d'ici 2015, son taux d'exécution augmente et la pertinence de l'affectation du budget de l'Etat consacré à la santé s'améliore, (ii) la fragmentation de l'aide internationale consacrée à la santé est progressivement réduite conformément à l'agenda de Kinshasa, (iii) l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est améliorée. L'atteinte de ces résultats va nécessiter la mise en œuvre des programmes suivants :

278. Résultat 1 : la part du budget de la Santé augmente chaque année pour atteindre 10% du budget national d'ici 2015, son taux d'exécution augmente et la pertinence de l'affectation du budget de l'Etat consacré à la santé s'améliore. Trois programmes seront mis en place : (i) l'amélioration de la mobilisation des financements du secteur, (ii) l'amélioration de l'affectation des fonds publics en tenant compte des priorités du secteur et (iii) l'amélioration de la gestion des ressources financières du secteur. Les principales actions à réaliser dans ces trois programmes portent essentiellement sur le renforcement du plaidoyer auprès de l'autorité budgétaire pour l'augmentation du budget de l'Etat alloué à la Santé, le développement du CSDMT, la décentralisation tant des ressources budgétaires que des procédures de passation de marchés publics et la production périodique des Comptes Nationaux de la Santé (CNS).

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

280. Résultat 4 : l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est augmentée de 30%. **Le programme à mettre en place est celui de la couverture universelle des soins de santé.** Les actions nécessaires à la réalisation de ce programme sont : la participation à l'effort intersectoriel de promotion des mutuelles de santé, le développement de l'assurance maladie obligatoire, la mise en place d'un fonds d'équité, le subventionnement de certaines catégories de soins de santé, l'appui au fonctionnement des structures de santé (formations sanitaires, CDR, etc.), l'exonération de certains intrants.

281. Résultat 5 : le volume du financement de la santé du secteur privé lucratif et non lucratif et celui des entreprises est connu et la pertinence de son affectation améliorée. Pour réaliser ce résultat, un programme sera mis en place. Il s'agit **du programme des comptes nationaux de la santé** avec un volet d'enquête sur les données financières des formations médicales privées lucratives, privées non lucratives et des formations médicales tenues par les entreprises.

282. Résultat 6 : le costing et la planification des ressources pour les hôpitaux provinciaux, les hôpitaux tertiaires, les services de la division provinciale de la santé et le niveau central est défini. Un seul programme sera mis en place pour atteindre ce résultat. C'est **le programme de costing et de la planification des ressources pour l'hôpital de référence secondaire, tertiaire et des services de l'administration central et provinciale**

283. **Quatrième stratégie d'appui : Amélioration/modernisation des infrastructures et des équipements du MSP.** Pour améliorer la situation des infrastructures du secteur, le PNDS se propose d'intervenir sur deux résultats : (i) Au moins 80% des infrastructures sanitaires ciblées sont construites et/ou réhabilitées et équipées et (ii) Les Unités de maintenance sont fonctionnelles au niveau central et dans les 26 futures provinces.

284. Le premier résultat comporte 6 programmes : 1- Construction d'immeubles et bâtiments pour l'administration du MSP au niveau central et en provinces, 2- Réhabilitation des Infrastructures sanitaires existantes dans 207 Zones de santé à développer, 3- Réhabilitation des infrastructures sanitaires existantes dans 308 Zones de santé bénéficiaires des interventions basiques, 4- Construction de Nouvelles infrastructures sanitaires dans les Zones de Santé, 5- Réhabilitation profonde des Hôpitaux Provinciaux et des Hôpitaux Nationaux, 6- Dotation des infrastructures sanitaires en équipements,

285. Le deuxième résultat ne contient qu'un seul programme : 7- Maintenance des équipements .

286. Le détail de ces programmes est repris dans le budget. Ils couvrent tous les niveaux et toutes les fonctions du MSP. Les planifications en infrastructures et équipements des services de santé ont tenu compte des besoins exprimés par la réflexion menée dans le cadre de l'amélioration de la prestation de services et de soins de santé. La disponibilité en équipements requis, c'est-à-dire la présence dans un service de tous les équipements attendus en état de marche constituera un indicateur d'une offre de services de qualité. Les prévisions tiennent compte également des financements déjà annoncés comme ceux de la coopération sino congolaise.

287. **Cinquième stratégie d'appui : le renforcement du système national d'information sanitaire.** Ce sous axe poursuit un seul résultat à savoir : *l'information sanitaire est disponible pour la prise de décision à tous les niveaux et le renforcement du leadership du MSP sur l'ensemble du secteur*

La réalisation de ce résultat nécessitera la mise en place des programmes suivant : (i) programme de réorganisation du SNIS, (ii) programme relatif à l'amélioration de la qualité de l'information dans l'ensemble des composantes, (iii) programme d'amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire pour renforcer le cadre de suivi évaluation du Ministère de la Santé, (iv) programme de renforcement de la communication au sein du Ministère, (v) programme de réforme de l'ensemble du système d'information sanitaire.

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

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

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

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

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

5.3. Renforcement du leadership et de la gouvernance

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

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

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

296. Résultat 1 : le cadre législatif, réglementaire, stratégique et normatif est élaboré et/ou actualisé et appliqué. L'atteinte de ces résultats va nécessiter d'entreprendre deux programmes. Il s'agit du programme relatif à l'élaboration / actualisation des textes législatifs, textes réglementaires, stratégiques et normatifs et celui relatif à l'application des textes légaux et réglementaires. S'agissant du **programme relatif à l'élaboration / actualisation des textes législatifs, textes réglementaires, stratégiques et normatifs**, il s'entend d'élaborer la loi cadre du secteur qui va organiser la décentralisation dans le secteur de la santé, la loi sur la répartition des médecins, la loi sur le commerce pharmaceutique pour une meilleure régulation de ce domaine. La régulation du secteur privé lucratif passe par l'actualisation de la loi sur la participation des privés sur l'action médicale de l'Etat de 1971. Les provinces prendront des édits pour les matières qui relèvent de leurs compétences en vue de renforcer l'action sanitaire de l'Etat. Les mesures d'application de toutes ces lois et textes réglementaires seront également élaborés.

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

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

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

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

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

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

303. **Programme de la décentralisation dans le secteur de la santé.** Au cours des cinq prochaines années, une action sera entreprise pour préparer l'émergence de nouvelles divisions provinciales de la santé (DPS) dans les futures provinces. Cette action prendra en compte les orientations de la réforme qui donne une mission aux divisions provinciales de la santé qui est différente de celle des Inspections Provinciales de la Santé,

l'inspection devant désormais faire partie des services déconcentrés du niveau central. La mission des DPS comprend les fonctions suivantes : (i) l'appui au développement des ZS, (ii) la gestion des ressources (humaines, financières, médicaments et intrants spécifiques, etc.) et (iii) la fonction d'information, de communication & recherche.

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

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

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

307. **Programme de renforcement du pilotage du secteur de la santé.** Ce programme comprend des actions telles qu'assurer le fonctionnement effectif du Comité National de Pilotage et de toutes ses commissions, implanter les Comités Provinciaux de Pilotage dans leurs nouvelles configurations, etc.

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

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

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

5.4. Renforcement de la collaboration inter sectorielle

311. Le document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, DSCRCP en sigle, comprend cinq piliers qui sont : (i) Promouvoir la bonne gouvernance et consolider la paix (par le renforcement des institutions), (ii) Consolider la stabilité macroéconomique et la croissance, (iii) Améliorer l'accès aux services sociaux et réduire la vulnérabilité, (iv) Combattre le VIH/Sida et (v) Promouvoir la dynamique communautaire. Le secteur de la santé est intégré dans le troisième pilier.

312. Ces piliers sont conçus de sorte que les résultats dans un pilier sont tributaires des progrès qui seront réalisés dans d'autres piliers. Ainsi, l'amélioration de la santé des populations constitue un objectif économique et social de développement et de réduction de la pauvreté auquel doivent contribuer tous les secteurs de la vie nationale. L'assainissement du milieu, par exemple, a un impact direct sur la prévalence et l'incidence du paludisme qui constitue la première cause de consultations externes dans les formations sanitaires. L'amélioration de l'adduction en eau potable a une incidence directe sur la réduction des maladies diarrhéiques y compris des épidémies de choléra. Les données de l'EDS montrent que la mortalité infantile (moins de un an) et la mortalité infanto juvénile (moins de cinq ans) sont deux fois plus élevées pour les enfants des mères non

instruites que pour leurs compatriotes dont les mères sont instruites. Il en est de même du niveau socioéconomique de la population qui a les mêmes effets sur la mortalité des enfants en ce sens que les enfants des pauvres courent deux fois plus de risques de mourir que les enfants des riches. La qualité des soins et services de santé qui sont offerts par le MSP est fortement dépendante de la qualité de la formation du personnel de santé qui est sous la responsabilité du Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire. Ces données montrent combien la santé des populations est influencée par les autres secteurs de la vie nationale.

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

314. Des cadres de concertations doivent donc être mis en place pour promouvoir le dialogue avec d'autres secteurs en vue de s'assurer qu'ils jouent pleinement leur rôle dans l'amélioration de l'état de santé des populations.

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

316. Résultat 1 : le MSP a joué pleinement son rôle dans le développement et la mise en œuvre des politiques et stratégies des secteurs connexes, et a contribué dans l'atteinte des objectifs globaux de développement. Sa réalisation nécessite que quatre programmes soient entrepris. Il s'agit du (i) **programme de collaboration avec le secteur éducatif**, (ii) **du programme de collaboration avec le secteur de l'eau, hygiène et assainissement**, (iii) **du programme de collaboration avec le secteur de l'agriculture, pêche et élevage**, (iv) **du programme de collaboration avec le secteur du genre et famille** et enfin (v) **du programme de collaboration avec les autres secteurs connexes directs et indirects.**

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

6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE DU PNDS

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

- La reconnaissance de **la zone de santé** (avec les deux échelons : centre de santé et HGR) comme **seule unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre des SSP** dans le respect des principes d'intégration, continuité, globalité des soins centrés sur l'homme. À cet effet, les hôpitaux provinciaux (HP) et universitaires ou nationaux (HU) joueront désormais leurs rôles des structures de référence, d'encadrement clinique des zones de santé et de recherche.
- La progressivité dans le développement des zones de santé et l'amélioration de la couverture sanitaire nationale dans le respect de l'équité et de la justice distributive entre provinces, districts et territoires du pays.
- La Décentralisation effective pour la redistribution de l'autorité, de la responsabilité et des ressources dans le respect des attributions constitutionnelles et des missions de chaque niveau de la pyramide sanitaire. Chaque niveau de la pyramide sanitaire doit s'en tenir à son rôle.
- La mobilisation et l'allocation des ressources suffisantes et leur utilisation efficiente pour une prestation intégrée des services de santé essentiels permettant de réaliser l'accès universel. Les fonds provenant des initiatives mondiales doivent aussi contribuer à la mise en place des prestations intégrées dans les zones de santé.
- La collaboration intersectorielle impliquant la nécessité d'institutionnaliser l'action intersectorielle coordonnée afin d'améliorer les déterminants de la santé ;
- L'harmonisation et alignement de l'aide pour garantir que le budget de l'état alloué à la santé et les flux de l'aide internationale **sont alignés sur les priorités du PNDS** et utiliseront les mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement ;
- La responsabilité mutuelle pour les résultats par la mise en place et utilisation d'un cadre conjoint de suivi et évaluation des résultats du PNDS en conformité avec les engagements de « l'agenda de Kinshasa ».

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

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

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

322. **Un Cadre de Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDSMT)** sera élaboré et joint en annexe du PNDS. C'est l'outil à travers lequel se fera la mise en œuvre. Chaque niveau du système sanitaire national élaborera, chaque année, **un plan de mise en œuvre du PNDS** pour une programmation annuelle des actions et activités prioritaires à chaque niveau. Un rapport mensuel, trimestriel et annuel sera élaboré par chaque zone de santé, par chaque Division provinciale de la santé et par le Secrétariat Général à la santé. Ces rapports serviront de base au suivi des progrès lors des revues périodiques du secteur.

323. **Rôle des autres parties prenantes.** Les Bailleurs de fonds regroupés au sein du GIBS et d'autres bailleurs potentiels seront essentiellement chargés de : (i) la mobilisation des ressources extérieures pour la réalisation des résultats du PNDS et du suivi de leur utilisation efficiente, (ii) le renforcement des capacités des structures de gestion mise en place dans le cadre de la réforme du financement (CAG, AGEFIN, DAF...), (iii) la participation au suivi et évaluation conjointe du PNDS et des PPDS à travers les commissions et groupes de travail du CNP et des CPP ; (iv) Groupe de pression pour des nouveaux bailleurs pour leur alignement au PNDS. Le financement chinois dans le cadre de la convention sino congolaise constitue une opportunité pour l'investissement (construction, réhabilitations et équipements) dans le secteur de la santé.

324. Les Agences des Nations Unies. L'OMS assumera son rôle d'appui technique au ministère de la santé tant au niveau national qu'en provinces. Elle devra appuyer l'élaboration des politiques et plans sous sectoriels, normes et guides techniques, le suivi & évaluation par l'appui au développement du système national d'information sanitaire et l'appui à la coordination de l'action sanitaire en situation d'urgence.

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

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

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

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

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

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

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

corps des métiers par un enregistrement et un suivi des mouvements migratoires (*observatoire*) du personnel de santé.

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

333. Les autres secteurs connexes. Des actions intersectorielles seront menées avec le secteur de l'eau, de l'éducation nationale, de l'hygiène, de l'agriculture etc. comme indiqué plus haut afin d'influer sur les déterminants de la santé. Ces différents secteurs participeront aux travaux du CNP, CPP et CA/ZS. Le ministère de la justice et de l'intérieur seront mis à contribution pour l'assainissement des ITM/IEM, formations médicales et pharmaceutiques. La distribution/vente des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) se fera en partenariat avec le ministère du commerce extérieur et de l'industrie. En effet, à l'instar de la commercialisation du sel iodé pour la lutte contre le goitre, le secteur de la santé fournira la norme sur la MII et laissera progressivement l'importation ou la production des MII aux ministères du commerce extérieur et de l'industrie. L'implication du secteur privé sera sollicitée pour la distribution/commercialisation de la MII et des préservatifs. L'Armée nationale et la police nationale seront mises à contribution pour l'appui logistique à l'acheminement des intrants médico-sanitaires vers les provinces et vers les zones de santé d'accès difficile.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

347. Pour soustraire les cadres des zones des activités intempestives pour la survie, il leur sera octroyé un salaire décent dont le minimum correspondra au barème de Mbudi ou au statut spécial des médecins. Les activités promotionnelles comme l'aménagement des sources d'eau potable, l'hygiène publique, les séances

éducatives et de communication pour le changement de comportement (CCC) ; les initiatives génératrices de revenus et de protection sociale (mutuelles de santé) se feront avec la participation de la communauté et des élus locaux. Ces derniers feront partie des organes de gestion de la zone de santé (COSA ; comité de gestion, conseil d'administration).

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

7. SUIVI ET EVALUATION DU PNDS

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

8. BUDGET DU PNDS

8.1. Cadrage macro économique

350. Le cadrage macroéconomique du PNDS 2011-2015 est basé sur des documents officiels du Ministère des Finances, du Ministère du Plan, du Ministère du Budget et des Institutions de Bretton Woods. En particulier, l'analyse a pris en compte les résultats d'un précédent exercice du MSP sur l'évolution observée des agrégats économiques nationaux et leur évolution probable sur les 5 ans du PNDS. Parmi les documents principaux on peut citer la Revue des Dépenses Publiques¹⁸ de 2008 et le tableau des indicateurs économiques et financiers 2007-2014 élaboré par les autorités congolaises et les services du FMI. Il apparaît qu'en dépit d'un environnement économique international morose voire de récession et son impact négatif sur la croissance du pays en 2009, la tendance au relèvement de l'économie nationale s'affirme et devrait se renforcer les prochaines années. En effet, d'un niveau de croissance de 6,3 % et 6,2 % respectivement en 2007 et 2008, le taux estimé pour 2009 est tombé à 2,7 %. Il devrait remonter à un niveau moyen de 6,92% sur la période 2010 à 2014.

Le tableau ci-dessous indique la masse globale des ressources prévisibles par source pour le financement du PNDS suivant le scénario de base:

Tableau 8 : Cadrage macroéconomique du PNDS 2011-2015

Cadrage macroéconomique du PNDS 2011-2015					
	2011	2012	2013	2014	2015
I - Indicateurs démographiques					
Population totale (en millions)	62417	62476	62536	62597	62658
Nombre moyen de personnes par ménage	3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
Nombre de ménages (en millions)	19207	19235	19265	19293	19328
II - Product intérieur brut					
PIB national en valeur courante (milliards FC)	17144	18107	18888	21877	23827,94
Taux de croissance nominal (%)	7,3	6,2	4,1	15,0	9,0
Taux de croissance réel (%)	7,3	6,2	4,1	15,0	9,0
III - Dépenses publiques totales (Centrales et Provinciales)					
Dépenses totales de l'administration centrale (milliards FC)	4822,4	5276,8	5888,9	6738,4	7371,2
Dépenses des ETD sur ressources propres - 10% (milliards FC)	482,4	527,8	589,0	673,8	737,2
Dépenses totales des administrations - (milliards FC)	1037,4	1114,6	1242,9	1411,9	1554,9
Transferts aux provinces (milliards FC)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ratio - Dépenses publiques sur PIB (%)	60,3	59,4	58,4	58,4	58,4
IV - Dépenses de santé et administratives (Centrales et Provinciales)					
Dépenses totales de l'administration centrale (milliards FC)	329,88	375,87	428,88	488,88	527,21
Dépenses de l'administration centrale et provinciales (milliards FC)	329,88	375,88	428,88	487,43	526,88
Dépenses totales hors FMI (%) par habitant (€)	5,28	5,97	6,86	7,73	8,48
Ratio - Dépenses totales sur PIB (en milliards FC)	19,3	21,3	22,7	21,8	22,1
V - Dépenses de santé et ménages					
Dépenses annuelles moyennes en santé par ménage (FC)	1768	1827	1976	2188	2442
Dépenses annuelles totales de santé des ménages (milliards FC)	338,7	371,2	404,7	422,9	471,2
Dépenses de santé effectuées dans le secteur public - 50%	170,4	186,6	202,4	211,5	235,6
Dépenses de santé par habitant (€)	2,82	3,06	3,35	3,52	3,81
VI - Dépenses de santé et administrations provinciales (PDP)					
Dépenses totales des PDP (milliards FC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dépenses des PDP en santé (milliards FC)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dépenses de santé des PDP par habitant (€)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VII - Autres transferts (en milliards FC)					
Transferts publics et privés, Eglise et ONG locales	0	0	0	0	0
VIII - Flux de change annuel moyen					
Recherches totales pour la santé en milliards de FC	1940,48	2144,47	2388,24	2676,28	2976,88
Dépenses par habitant en €	31,17	34,31	38,81	42,88	47,73
Part des dépenses annuelles par les ménages (%)	16,88	18,78	21,13	21,87	21,88
Ratio - Dépenses de santé sur PIB (%)	11,31	12,44	12,48	12,58	12,58
Recherches totales pour la santé en milliards de PIB	11,31	12,44	12,48	12,58	12,58

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

¹⁸ Banque Mondiale, « République Démocratique du Congo, Revue des dépenses publiques », Mars 2008

351. Le Tableau 1, constitue le scénario normal de projection des ressources prévisibles pour le secteur santé sur la période du PNDS, en se basant sur un taux de croissance réel de l'économie qui se situera autour d'une moyenne de 7,44% (2011-2015) et sur la moyenne de 32,72% du ratio des dépenses publiques en % du PIB pour la même période. Si l'on adopte ces deux agrégats et que l'effort actuel est maintenu la moyenne du ratio des dépenses publiques totales de santé sera de 7,9% sur la période du plan. et représentera 9,3% en 2015. Dans ce cas, le gap vis-à-vis de l'objectif de 15% (Engagement d'Abuja, 2001) ne sera plus que de 6%. Le scénario 2 ou financement maximal permettra d'atteindre 10,3% du budget de l'Etat alloué à la santé en 2015, tout en conduisant une politique minimale de réduction de la contribution des ménages aux dépenses de santé. Dans le scénario 2, les dépenses totales de santé par tête d'habitant atteindraient 35,07 USD en 2015. Le scénario 3 ou financement catastrophique est basé sur le fait que l'Etat maintient ses allocations au secteur à 5,8% de son budget sur toute la période du plan et les PTF maintiennent également leur appui à 5,73 USD par habitant et par an et la politique de réduction de la contribution des ménages est conduite à minima¹⁹. Dans ce scénario du financement catastrophique, les dépenses totales de santé par habitant et par an atteindraient 14,40 USD en 2015

352. Les ressources prévisibles par source de financement pendant la période du PNDS se présente comme ci-après :

Tableau 9: Ressources prévisibles du PNDS 2011-2015 par source de financement, en milliards CDF

Ressources	2011	2012	2013	2014	2015	Total	pourcentage
Etat	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	5000,00	15,00
PTF	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	5000,00	15,00
Ménages	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	5000,00	15,00
Total	3000,00	3000,00	3000,00	3000,00	3000,00	15000,00	45,00

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

353. Il y a lieu de noter pour les ménages que pendant la période du PNDS, une action à la baisse de leur participation aux coûts des soins sera engagée. Ainsi, les dépenses de santé des ménages attendues dans le secteur public passeront de 216,9 milliards de FC en 2011 à 41,2 milliards de FC en 2015 soit une baisse de 81%, cette baisse sera compensée par l'accroissement des ressources publiques allouées à la santé et par l'accroissement de l'apport des PTF, celles du secteur privé restent constantes pendant la période du plan. L'augmentation des ressources de l'Etat sera possible grâce à l'atteinte du Point d'achèvement de l'IPPTE et se traduira par plus d'allocations au secteur.

354. Pendant la période du plan, les dépenses totales de santé par habitant et par an passeront de 24,17 USD en 2011 à 32,73 USD en 2015 soit un accroissement de 35% dans l'hypothèse normale de projection des ressources prévisibles pour le secteur alors qu'avec l'hypothèse optimiste les dépenses totales de santé par habitant et par an passeront de 24,55 USD en 2011 à 35,07 USD en 2015²⁰.

355. La revue des dépenses publiques réalisée en 2008²¹, a indiqué les proportions de répartition des dépenses de santé du Gouvernement, des PTF et les recettes des formations sanitaires par nature de dépenses. Faisons l'hypothèse que ces proportions resteront constantes jusqu'en 2011 et qu'à partir de cette année elles évolueront comme ci-après :

¹⁹ Les détails sur ces deux scénarii sont joints en annexe 1 et 2

²⁰ Voir le tableau du cadrage macroéconomique, hypothèse optimiste en annexe n°

²¹ Banque Mondiale, « Revue des dépenses publiques de santé », février 2008.

Tableau 10 : Evolution de la répartition des dépenses publiques de santé par nature (2011-2015)

Nature des dépenses	2011	2012	2013	2014	2015
Total	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200
Personnel	621,13	621,13	621,13	621,13	621,13
Médicaments	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00
Fonctionnement	245,56	245,56	245,56	245,56	245,56
Investissement	183,31	183,31	183,31	183,31	183,31

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

En considérant le tableau 2 ci-dessus, la répartition des ressources allouées à la santé par nature des dépenses sera la suivante:

Tableau 11 : Répartition par nature des dépenses publiques allouées à la santé (2011-2015)

Nature des dépenses	2011	2012	2013	2014	2015	Total 2011-2015	Total 2011-2015
Total	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	6 000	6 000
Personnel	621,13	621,13	621,13	621,13	621,13	3 105,65	3 105,65
Médicaments	150,00	150,00	150,00	150,00	150,00	750,00	750,00
Fonctionnement	245,56	245,56	245,56	245,56	245,56	1 227,80	1 227,80
Investissement	183,31	183,31	183,31	183,31	183,31	916,60	916,60
Total des dépenses	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	6 000	6 000
Total des recettes	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	6 000	6 000

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

356. En observant le tableau 3 ci-dessus, les dépenses de rémunération du personnel de santé passeront de 621,13 milliards de FC en 2011 à 950,73 milliards de FC en 2015 soit un accroissement de 53%. Pendant toute la période du PNDS, l'enveloppe globale de rémunération du personnel de santé sera de 3 909,75 milliards de FC. Les dépenses d'investissement passeront de 245,56 milliards de FC en 2011 à 486,42 milliards de FC en 2015 soit un accroissement de 98% sur toute la période du plan, il en est de même des dépenses de fonctionnement qui pourront s'accroître de 56% entre 2011 et 2015..

357. En faisant l'hypothèse qu'environ 75% des recettes de paiements directs des ménages se font au niveau des ZS, 15% au niveau des hôpitaux provinciaux et 10% au niveau tertiaire ; en considérant également que 79% du montant du budget de l'Etat alloué à la santé est dépensé à Kinshasa, 8% au niveau provincial et 13% dans les ZS et en considérant aussi que les ressources des PTF et du secteur privé sont utilisées dans les mêmes proportions soit 60% pour les ZS, 10% pour le niveau provincial et 30% pour le niveau central (Unités de coordination et gestion) ; le tableau 4 ci-dessous indique la répartition des ressources prévisibles du PNDS par niveau de la pyramide sanitaire :

Tableau 12: Budget du PNDS par niveau en milliards de FC (scénario 1) 1 USD=900 CDF

Année	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Enveloppe des ressources totales	563,35	464,31	464,31	464,31	464,31	464,31
Enveloppe des ressources provinciales	144,45	420,09	420,09	420,09	420,09	420,09
Enveloppe des ressources des ZS	736,69	1326,59	1326,59	1326,59	1326,59	1326,59
Total des ressources	144,45	420,09	420,09	420,09	420,09	420,09

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

358. Le tableau 4 ci-dessus indique que l'enveloppe des ressources totales du secteur pour le niveau central passera de 563,35 milliards de FC en 2011 à 464,31 milliards de FC en 2015 soit une baisse de 18% alors que pour le niveau provincial l'enveloppe totale des ressources passera de 144,45 milliards de FC en 2011 à 420,09 milliards de FC en 2015 soit une augmentation de 190%, cette augmentation sera encore plus importante pour les ZS où l'enveloppe totale des ressources passera de 736,69 milliards de FC en 2011 à 1326,59 milliards de FC en 2015 soit une augmentation de 80%. Bref sur la période du plan, on observe qu'une plus grande partie des ressources totales du secteur ira aux provinces et aux ZS cela implique qu'il faudra doter les ECP et ECZ des outils de gestion moderne, transférer les ressources humaines compétentes vers les provinces et en même temps renforcer le réseau des fiduciaires en provinces pour les transferts de fonds.

359. S'agissant de la répartition des ressources prévisibles par province (voir tableau 4), elle a été faite en combinant les critères poids relatif de la population et taux d'incidence de la pauvreté²² par province. Le tableau ci-dessous indique les ressources prévisibles totales du secteur à allouer par province.

Tableau 13 : Répartition des ressources prévisibles du PNDS par province et niveau central par année

Répartition des ressources prévisibles du PNDS par province et niveau central par année (milliards de FC, à 2000=100 CDF)									
Province	Population	Taux de la population vivant dans la pauvreté par	Années					Total par province	
			2011	2012	2013	2014	2015		
Burkina Faso	19,5	48,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Burundi	10,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Cameroun	19,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Cote d'Ivoire	19,5	48,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Guinée	10,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Kenya	19,5	48,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Madagascar	19,5	48,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Mali	10,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Niger	10,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
République centrafricaine	10,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
République démocratique du Congo	19,5	48,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
République tchadienne	10,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Soudan	10,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Tanzanie	19,5	48,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Zambie	10,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Zimbabwe	10,5	55,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	
Total provincial			144,45	420,09	420,09	420,09	420,09	420,09	
Total central			563,35	464,31	464,31	464,31	464,31	464,31	
Total			144,45	420,09	420,09	420,09	420,09	420,09	

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

Sur ce tableau, on constate qu'une province comme l'Equateur qui a un indice de pauvreté élevé va faire l'objet d'un important effort de dotation qui permettra à son budget annuel d'être le plus important en 2015. Cela traduit l'effort d'équité visé à travers ce PNDS.

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

8.2. Budget et cadre programmatique

360. Le budget du PNDS 2011-2015 s'élève à 9 315 828 171, 13 USD. Sa répartition par axe stratégique et par an est reprise dans les tableaux suivants

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

	Niveau Central	Niveau intermédiaire	Niveau Périphérique	TOTAL
INFRASTRUCTURES	296 826 000,00	433 883 728,00	2 051 716 469,00	2 782 426 197,00
<i>Constructions et Réhabilitations</i>	258 224 000,00	374 344 528,00	1 624 788 421,00	2 257 356 949,00
<i>Equipements et Maintenance</i>	38 602 000,00	59 539 200,00	426 928 048,00	525 069 248,00
PRESTATIONS	304 951 300,00	90 218 800,00	505 597 409,00	900 767 509,00
MEDICAMENTS	319 739 256,32	707 915,00	2 082 994 127,78	2 403 441 299,10
SNIS	14 983 460,00	70 058 250,00	41 352 600,00	126 394 310,00
RHS	888 702 030,47	320 046 919,82	1 836 658 656,54	3 045 407 606,83
FINANCES	7 325 000,00	20 744 750,00	5 300 000,00	33 369 750,00
GOUVERNANCE	25 483 895,03	20 175 885,36	5 463 469,61	51 123 250,00
INTERSECTORIALITE	6 988 250,00	1 710 000,00	200 000,00	8 898 250,00
Total par niveau	2 161 825 191,82	1 391 429 976,18	8 580 999 200,93	9 351 828 171,93
Pourcentage	23%	15%	92%	100%

8.2.2. Estimation des besoins du PNDS par nature

1. INVESTISSEMENTS	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
Equipements et matériels	80 301 374,00	309 124 736,00	58 443 138,00	-	-	447 869 248,00
Constructions	94 613 500,00	1 075 114 528,00	77 837 000,00	-	-	1 247 565 028,00
Réhabilitations	369 558 211,00	557 267 148,00	79 660 562,00	3 306 000,00	-	1 009 791 921,00
Maintenance	16 424 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	77 200 000,00
SOUS TOTAL	560 897 085,00	1 956 700 412,00	231 134 700,00	18 500 000,00	15 194 000,00	2 782 426 197,00
2. FONCTIONNEMENTS						
Fonctionnement courant (fournitures, consommables, ateliers, services des tiers,...)	288 980 140,00	284 189 361,00	295 951 408,00	299 398 076,00	338 998 522,00	1 507 517 507,00
Médicaments et intrants spécifiques	301 166 760,79	348 103 593,82	503 548 665,06	577 092 542,42	669 925 339,01	2 399 836 901,10
Autres						-
SOUS TOTAL	590 146 900,79	632 292 954,82	799 500 073,06	876 490 618,42	1 008 923 861,01	3 907 354 408,10
3. PERSONNEL						
Rémunérations et autres avantages	126 373 619,38	309 798 840,93	451 677 252,38	542 012 402,86	650 414 583,43	2 080 276 698,97
Primes	102 494 261,77	102 494 261,77	102 494 261,77	102 494 261,77	102 494 261,77	512 471 308,86
Renforcements des capacités	16 751 703,00	13 681 616,00	13 419 330,00	12 784 705,00	12 662 205,00	69 299 559,00
SOUS TOTAL	245 619 584,15	425 974 718,70	567 590 844,15	657 291 369,63	765 571 050,20	2 662 047 566,83
TOTAL GENERAL	1 396 663 569,95	3 014 968 085,53	1 598 225 617,21	1 552 281 988,04	1 789 688 911,21	9 351 828 171,93

8.2.3. Estimation des besoins du PNDS par Résultats

AXE STRATEGIQUE	Résultats	Programmes						
			2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL 5 ans
I. LE DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE								
	R.1.la population couverte par les soins et les services de santé de qualité est augmentée de 30%.	1- Amélioration de la couverture des soins de santé,	33 222 600	24 803 400	23 113 400	23 173 400	23 233 400	127 546 200
		2- Rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires à tous les niveaux du système.	68 465 400	84 476 420	108 297 020	117 089 420	158 467 840	536 796 100
		3- Appui aux ZS avec interventions basiques	53 776 800	49 830 000	43 255 500	39 945 900	37 754 400	224 562 600
		4- Amélioration de la qualité des prestations	201 520	160 436	257 050	222 961	178 367	1 020 334
	R.2 le taux d'utilisation des services curatifs est augmenté de 25%.	1- Promotion de la participation communautaire à l'action sanitaire	6 455 715	806 315	821 915	829 715	835 115	9 748 775
		2- La promotion des services de santé.	88 500	166 500	244 500	283 500	310 500	1 093 500
		3- Amélioration de l'accessibilité financières	-	-	-	-	-	-
SOUS TOTAL			162 210 535	160 243 071	175 989 385	181 544 896	220 779 622	900 767 509

II. APPUI AU DEVELOPPEMENT DES ZONES DE SANTE								
<i>Stratégie d'appui 1 : développement des ressources humaines pour la santé,</i>	R.1: Le secteur de santé dispose d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre des prestations de soins de santé de qualité.	1- Renforcement de la Formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire	12 535 603	12 010 611	11 998 830	11 364 205	11 241 705,	59 150 954,00
		2- Utilisation efficiente et rationnelle des RHS	77 300 170	76 982 635	76 369 235	76 354 000	76 354 000	383 360 040,00
		3- Amélioration des conditions sociales et de travail pour les RHS (salaires, primes, autres avantages sociaux)	228 867 881,15	412 293 102,70	554 171 514,15	644 506 664,63	752 908 845,20	2 592 748 007,83
		4- Renforcement des capacités des RHS en cours d'emploi	4 216 100,00	1 671 005,00	1 420 500,00	1 420 500,00	1 420 500,00	10 148 605,00
SOUS TOTAL			322 919 754,15	502 957 353,70	643 960 079,15	733 645 369,63	841 925 050,20	3 045 407 606,83

Stratégie d'appui 2 : appui au secteur du médicament

R.1 : la disponibilité du médicament est dans l'ensemble des ZS selon leur catégorie	1-rationalisation et accroissement du financement des médicaments et intrants spécifiques,	297 235,00	121 250,00	19 500,00	121 250,00	19 500,00	578 735,00
	2-coordination des approvisionnements	271 498 887,05	314 064 597,50	443 604 240,75	493 086 845,79	560 739 556,68	2 082 994 127,78
	3-renforcement du Système National d'Approvisionnement des Médicaments Essentiels et génériques	29 249 338,74	33 827 746,32	59 853 624,31	83 584 446,62	109 040 967,33	315 556 123,32
	4-accroissement de la production locale des médicaments.	121 300,00	90 000,00	71 300,00	300 000,00	125 315,00	707 915,00
R. 2 : 80% de la population ont accès financièrement aux médicaments essentiels et génériques en 2015	1-rationalisation de la prescription et de la tarification des médicaments essentiels et génériques et des intrants spécifiques dans les formations sanitaires	24 000,00	150 000,00	512 438,00	-	-	686 438,00
	2-subventionnement du médicament.	-	-	-	-	-	-

	R.3 ,80% des médicaments essentiels et intrants spécifiques en circulation sont de bonne qualité en 2015	1-développement d'un système d'assurance qualité	750 460,00	716 600,00	487 500,00	483 900,00	479 500,00	2 917 960,00
			301 941 220,79	348 970 193,82	504 548 603,06	577 576 442,42	670 404 839,01	2 403 441 299,10
<i>Stratégie d'appui 3 : réforme du financement de la santé</i>	R.1: la part du budget de la Santé augmente chaque année pour atteindre 15% du budget national d'ici 2015, son taux d'exécution augmente et la pertinence de l'affectation du budget de l'Etat consacré à la santé s'améliore	1-appropriation par le gouvernement de la stratégie sectorielle du secteur de la santé	2 612 125,00	2 639 625,00	1 869 000,00	1 869 000,00	2 469 000,00	11 458 750,00
	R.2 :la fragmentation de l'aide internationale consacrée à la santé est progressivement réduite conformément à l'agenda de Kinshasa	1-mise en place d'une approche sectorielle (SWAP).	260 600,00	221 600,00	245 600,00	173 600,00	173 600,00	1 075 000,00

	R.3 :l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est améliorée.		4 269 200,00	4 099 200,00	4 269 200,00	4 099 200,00	4 099 200,00	20 836 000,00
			7 141 925,00	6 960 425,00	6 383 800,00	6 141 800,00	6 741 800,00	33 369 750,00
Stratégie d'appui 4 : Amélioration des infrastructures et équipements du MSP	<i>R1 Au moins 80% des infrastructures sanitaires ciblées sont construites et/ou réhabilitées et équipées</i>	1- Constructions des Immeubles et bâtiments pour l'administration du MSP au niveau central et en provinces	-	210 402 028,00	9 500 000,00	-	-	219 902 028,00
		2- Réhabiliter les Infrastructures sanitaires existantes dans 207 Zones de santé à développer	21 004 000,00	512 509 000,00	23 530 000,00	3 306 000,00	-	560 349 000,00
		3- Réhabiliter les Infrastructures sanitaires existantes dans 308 Zones de santé bénéficiaires des interventions basiques	8 512 211,00	14 740 148,00	6 112 562,00	-	-	29 364 921,00
		4- Constructions de Nouvelles Infrastructures Sanitaires dans les Zones de Santé	94 613 500,00	864 712 500,00	68 337 000,00	-	-	1 027 663 000,00
		5- Programme de Réhabilitations profondes des Hôpitaux Provinciaux et des Hôpitaux Nationaux	340 042 000,00	30 018 000,00	50 018 000,00	-	-	420 078 000,00

		6- Programme de Dotation des Infrastructures Sanitaires en Equipements	80 301 374,00	309 124 736,00	58 443 138,00	-	-	447 869 248,00
	<i>R2. Les Unités de maintenance sont fonctionnelles au niveau central et dans les 26 futures provinces</i>	7- Programme de Maintenance des équipements	16 424 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	15 194 000,00	77 200 000,00
			560 897 085,00	1 956 700 412,00	231 134 700,00	18 500 000,00	15 194 000,00	2 782 426 197,00
Stratégie d'appui 5 : amélioration de la gestion de l'information sanitaire	R.1 : Une information fiable, pertinente et en temps utile est disponible à tous les niveaux pour supporter la prise de décision (suivi/évaluation, planification)	Réorganisation du SNIS	2 365 400,00	2 673 050,00	2 693 450,00	2 015 900,00	2 075 300,00	11 823 100,00
		Production d'une information de qualité suffisante dans l'ensemble des composantes	20 008 400,00	19 148 550,00	19 684 900,00	19 316 800,00	19 237 600,00	97 396 250,00
		Amélioration de l'utilisation de l'information sanitaire pour renforcer le cadre de suivi évaluation du Ministère de la Santé	3 720 000,00	1 578 080,00	1 520 000,00	3 761 580,00	1 503 500,00	12 083 160,00

		Renforcement de la communication du Ministère	1 431 700,00	872 250,00	870 750,00	843 750,00	748 250,00	4 766 700,00
		Développement d'outils primaires familiaux et individuels pour l'amélioration de la prise en charge	269 100,00	28 500,00	7 500,00	-	20 000,00	325 100,00
			27 794 600,00	24 300 430,00	24 776 600,00	25 938 030,00	23 584 650,00	126 394 310,00
III : RENFORCEMENT DU LEADERSHIP ET DE LA GOUVERNANCE								
	R.1 : le cadre législatif, réglementaire, stratégique et normatif est élaboré et/ou actualisé et appliqué	1-élaboration / actualisation des textes législatifs, textes réglementaires, stratégiques et normatifs	5 152 750,00	5 251 000,00	3 828 500,00	1 708 250,00	1 153 250,00	17 093 750,00
		2-application des textes légaux et réglementaires.	253 000,00	293 000,00	143 000,00	143 000,00	143 000,00	975 000,00
	R.2 : Les capacités institutionnelles sont renforcées et adaptées à la mission du secteur de la santé dans le contexte de la décentralisation	1-reforme du secteur de la santé	101 250,00	322 500,00	50 000,00	50 000,00	50 000,00	573 750,00
		2-décentralisation dans le secteur de la santé	1 766 000,00	1 898 000,00	1 266 000,00	748 000,00	803 000,00	6 481 000,00
		3-amélioration de l'environnement du travail.	-	-	-	-	-	-
	R.3 : La coordination est assurée à tous les niveaux du secteur	1-renforcement du pilotage du secteur de la santé,	1 611 700,00	1 611 700,00	1 611 700,00	1 611 700,00	1 611 700,00	8 058 500,00

		2-renforcement du partenariat public et privé	270 000,00	110 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	410 000,00
		3-renforcement du suivi & évaluation à tous les niveaux de la pyramide du système de santé	2 607 000,00	2 447 000,00	2 447 000,00	2 447 000,00	2 447 000,00	12 395 000,00
R.4 : Une gestion efficace et efficiente est assurée à tous les niveaux		1-monitoring des dépenses et des recettes des Formations Sanitaires	240 000,00	240 000,00	240 000,00	240 000,00	240 000,00	1 200 000,00
		2-pérennisation des contributions de ménages	116 000,00	99 000,00	99 000,00	33 000,00	33 000,00	380 000,00
		3-lutte contre la corruption	735 250,00	929 750,00	712 250,00	640 250,00	538 750,00	3 556 250,00
			12 852 950,00	13 201 950,00	10 407 450,00	7 631 200,00	7 029 700,00	51 123 250,00
IV. RENFORCEMENT DE LA COLLABORATION INTER SECTORIELLE								
R.1 Le MSP a joué pleinement son rôle dans le développement et la mise en œuvre des politiques et stratégies des secteurs connexes, et a contribué dans l'atteinte des objectifs globaux de développement		Collaboration avec le secteur éducatif	142 000,00	142 000,00	142 000,00	142 000,00	3 342 000,00	3 910 000,00
		Collaboration avec le secteur de l'eau, hygiène et assainissement	65 000,00	158 750,00	85 750,00	66 250,00	66 250,00	442 000,00
		Collaboration avec le secteur de l'agriculture, pêche et élevage	84 500,00	119 500,00	84 500,00	84 500,00	84 500,00	457 500,00

		Collaboration avec le secteur du genre et famille	134 500,00	209 500,00	134 500,00	84 500,00	84 500,00	647 500,00	
		Collaboration avec les autres secteurs connexes directs et indirects	344 500,00	469 500,00	393 250,00	392 000,00	342 000,00	1 941 250,00	
	R.2 Le leadership du MSP est assuré dans le cadre des enjeux internationaux et le MSP a contribué à leur réajustement	Réunions et fora internationaux	135 000,00	535 000,00	185 000,00	535 000,00	110 000,00	1 500 000,00	
		Suivi des résolutions et traités internationaux						-	
			905 500,00	1 634 250,00	1 025 000,00	1 304 250,00	4 029 250,00	8 898 250,00	
			1 396 663 569,95	3 014 968 085,53	1 598 225 617,21	1 552 281 988,04	1 789 688 911,21		
TOTAL GENERAL							9 351 828 171,93		

9. ANNEXES