

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE 2016-2020 :
vers la couverture sanitaire universelle

Mars 2016

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
LISTE DES ABREVIATIONS	4
LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX	8
PREFACE	9
REMERCIEMENTS	10
O. RESUME DU PNDS 2016-2020	11
1. INTRODUCTION	15
2. PRESENTATION DU CONTEXTE NATIONAL.....	17
3. DIAGNOSTIC SECTORIEL	21
4. BUT, OBJECTIFS ET CIBLES	57
4.1. But et Objectifs	57
4.2. Stratégie d'intervention et résultats attendus	60
4.2.1. Axe 1 : Développement des Zones de santé et continuité des soins.....	61
4.2.2. Axe 2 : Appui au développement des zones de santé.....	61
4.2.3. Axe 3 : Renforcement de la gouvernance et pilotage du secteur	61
5. CADRE PROGRAMMATIQUE	63
5.1. Développement des Zones de santé et continuité des soins	63
5.2. Appui au développement des zones de santé	67
5.2.1. Développement des ressources humaines pour la santé	67
5.2.2 Développement des Infrastructures et équipements.....	68
5.2.3. Amélioration de l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments, vaccins et intrants spécifiques essentiels de qualité.....	69
5.2.4. Rationalisation du financement de la santé.....	71
5.2.5. Renforcement du système d'information sanitaire	73
5.3. Renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur de la santé.....	75
6. BUDGET	79
7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE.....	86
7.1. Principes directeurs	86
7.2. Responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020	86
8. SUIVI ET EVALUATION	89
8.1. Rappel de la stratégie sanitaire nationale et son cadre de suivi.....	89
8.2. Sources et collecte des données de Suivi et Evaluation du PNDS.....	90
8.3. Le traitement, l'analyse et validation des données.....	91
8.4. Communication et utilisation des informations.....	91
8.5. Modalités de Suivi et Evaluation du PNDS 2016-2020	92

8.6. Mécanismes nationaux de revues des performances du secteur de la santé	92
8.6.1. Principes régissant le suivi et évaluation du PNDS	92
8.6.2. Rôles et responsabilités des différents niveaux du Système de Santé	93
8.6.3. Rôles et responsabilités des autres acteurs.....	94
9. BIBLIOGRAPHIE.....	95

LISTE DES ABBREVIATIONS

AM	Arrêté Ministériel
ANRP	Autorité Nationale de R
ARV	Anti Rétro Viraux
AS	Aire de Santé
ATR	Accident de Trafic Routier
BCAF	Bureau de Coordination des Achats FEDECAME
BCC	Banque Centrale du Congo
BM	Banque Mondiale
BPD	Bonnes Pratiques de Distribution
CAG	Cellule d'Appui et de Gestion
CAGF	Cellule d'Appui et de Gestion Financière
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CCM	Country Coordination Mechanism
CCT	Comité de Coordination Technique
CDF	Congo Democratic Franc
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CDR	Centrale de Distribution Régionale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAEHA	Comité National d'Actions de l'Eau , de l'Hygiène et de l'Assainissement
CNMN-RDC	Comité National Multisectoriel de Nutrition
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNP	Comité National de Pilotage
CNPR	Comité National de Prévention Routière
CNP-SS	Comité National de pilotage du secteur de la santé
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CPN	Consultation Périnatale
CPP	Comité Provincial de Pilotage
CPP-SS	Comité Provincial National de Pilotage Secteur Santé
CS	Centre de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTP	Chimiothérapie Préventive
DAF	Direction des Affaires Financières
DANTIC	Direction Archives et Nouvelle Technologies de l'Information et Communication
DEP	Direction d'Etudes et Planification
DESS	Direction de l'Enseignement des Sciences de Sante

DH	Développement Humain
DHIS2	District Health Information System 2
DLM	Direction de Lutte contre la Maladie
DOGS	Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services des Soins de Santé
DOTS	Directly Observed Treatment, Short-course
DPM	Direction de la Pharmacie et Médicaments
DPS	Division Provinciale de la Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSCR	Document de Stratégies de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DSFG	Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques
DTC-Hep B-Hib	Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche-l'Hépatite B - l' Haemophilus influenzae du type b
DTS	Dépenses Totales de Santé
ECG	Electro-cardiogramme
ECZ	Equipe cadre de Zone de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENP	Etude Nationale sur la Prospective
ETD	Entité Territoriale Décentralisée
FARDC	Forces armées de la République Démocratique du Congo
FEDECAME	Fédération des Centres d'Achat des Médicaments Essentiels
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation sanitaire
GARP	Global Aids Response Progress
GFF	Global Financing Facility
GIBS	Groupe Inter Bailleurs du Secteur Santé
GRP	Global Report Progress
GT	Groupe de Travail
HGR	Hôpital Général de Référence
HN	Hôpital National
HP	Hôpital Provincial
HPGR	Hôpital Provincial Général de Référence
HTA	Hypertension Artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
IHP	International Health Partnership
INS	Institut National des Statistiques
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
ITM/IEM	Institut Technique Médical/Institut d'Enseignement Médical
LOFIP	Loi sur les Finances Publiques

MCZ	Médecin Chef de Zone de Santé
MESU	Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
METPS	Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MILD	Moustiquaire Imprégné d'Insecticide à Longue Durée
MPS	Ministre Provincial en charge de la Santé
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
NST	Neurostructural Integration Technique
NTIC	Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
OCT	Optical Cohérence Tomographie
ODD	Objectifs de Développement Durables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONRHS	Observatoire National des Ressources Humaines pour la Santé
Ord.	Ordonnance-loi
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PDZS	Plan de Développement de la Zone de Santé
PER	Public Review Expenditure
PESS	Programme d'Equipement des Structures de Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNAM	Programme National d'Approvisionnement en Médicament
PNDIS	Plan National de Développement de l'Informatique Sanitaire
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNEL	Programme National d'Elimination de la Lèpre
PNLO	Programme national de Lutte contre l'Onchocercose
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT-PNEL	Programme National de Lutte la Tuberculose- Programme National d'Elimination de la Lèpre
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNST	Programme National de santé au Travail
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPDS	Plan Provincial de Développement Sanitaire

PPP	Partenariat Public Privé
PPTe	Pays Pauvres Très Endettés
PTF	Partenaire Technique Financier
PVVIH	Personne vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine
RDC	République Démocratique du Congo
RDQA	Review of data quality assessment
RH	Ressource Humaine
RHS	Ressource Humaine en Santé
Rx	Rayon X
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SIGL	Système d'Information de Gestion Logistique
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSE	Système de Suivi et Evaluation
SSP	Soins de Santé Primaires
STEPS	Steps wise approach
SUN	Scaling Up Nutrition
TB	Tuberculose
TDR	Test de Dépistage Rapide
THA	Trypanosomiase Humaine Africaines
TPI	Traitement Présomptif Intermittent
USD	United States Dollars
VAT	Vaccin anti tétanique
VBG	Violence Basée sur le Genre
VDPV	Vaccine Derivated PolioViruses
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
VIH /SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine-Syndrome d'Immunodéficience Acquis
VPO	Vaccin contre le Poliovirus sauvage
VSAT	Very Small Aperture Terminal
ZS	Zone de Santé

LISTES DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Carte géographique de la RDC	10
Figure 2: Croissance économique en RDC et Afrique sub-saharienne, 2008-2013	13
Figure 3 : Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.....	21
Figure 4 : Prévalence du VIH (hommes et femmes).....	22
Figure 5 : Répartition des médecins par province pour 10.000 habitants	31
Figure 6 : Répartition des infirmiers par province pour 5.000 habitants	32
Figure 7: Nombre de sages-femmes pour 1 000 naissances par an	33
Figure 8: Renonciation à l'utilisation des soins de santé.....	39
Figure 9 : Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé	81

Tableau 1 : Cadrage macroéconomique du PNDS 2016-2020.....	70
Tableau 2 : Budget par axe.....	73
Tableau 3 : Budget par source	74
Tableau 4 : Coût des Médicaments et intrants spécifiques en CDF.....	75
Tableau 5 : Gap de financement.....	75

PREFACE

REMERCIEMENTS

O. RESUME DU PNDS 2016-2020

La RDC dispose depuis 2010 d'une seconde édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS-2) appelée à être opérationnalisée, tous les 5 ans, par un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Le PNDS 2011-2015 a été évalué et les résultats ont été présentés à la revue annuelle sectorielle du 06 au 08 juillet 2015. Cette évaluation a démontré que malgré la cohérence et la pertinence des actions préconisées, le PNDS 2011-2015 n'a pas été véritablement mis en œuvre à cause du manque de financements sécurisés, de l'insuffisance de mesures appropriées d'encadrement et de suivi structuré de sa mise en œuvre à tous les niveaux.

Le processus d'élaboration du PNDS 2016-2020 a démarré depuis juillet 2015 par la revue annuelle du secteur. Ensuite, il s'est tenu des ateliers et/ou réunions d'actualisation du diagnostic sectoriel, d'élaboration du cadre programmatique, de budgétisation, de définition des modalités de mise en œuvre et de détermination des mécanismes de Suivi & Evaluation. Ce processus a été ascendant et descendant, impliquant toutes les parties prenantes.

Le PNDS 2016-2020 traduit la volonté du Gouvernement et de ses partenaires d'apporter des solutions efficaces et réalistes aux problèmes sanitaires des populations de la RDC

Les principaux éléments en sont :

I. Diagnostic sectoriel :

Il est fait de l'état de santé de la population congolaise, des problèmes liés aux prestations et des problèmes liés aux 5 piliers d'appui du Système de Santé y compris ceux de la Gouvernance.

1. Des problèmes prioritaires liés aux prestations qui font l'objet de la programmation sont les suivants :

Problèmes des prestations des services et soins de santé: Faible couverture sanitaire, Faible qualité des services et soins offerts, Faible utilisation des services disponibles, Faible résilience des structures de santé face aux éventuelles épidémies, urgences et catastrophes et Faible redevabilité publique des Services de santé devant la communauté;

2. Des problèmes prioritaires liés aux piliers d'appui du Système de Santé qui font l'objet de la programmation sont les suivants :

Problèmes des infrastructures et équipements : Déficit de structures de santé construites et équipées conformément aux normes et Faible capacité du secteur à assurer la maintenance des infrastructures et équipements acquis.

Problèmes des ressources humaines pour la santé : Déséquilibre dans la production et la répartition inéquitable des RHS, Faible motivation et fidélisation du personnel de santé, Insuffisante qualité de l'enseignement des professionnels de santé et Faible développement des compétences du personnel de santé.

Problèmes liés aux Médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques : Faible disponibilité des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans les formations sanitaires, Persistance de la circulation des médicaments de mauvaise qualité.

Problèmes de financement de la santé : Faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé, Insuffisance des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé, Fragmentation de l'aide publique au développement, Inefficience et faible application des procédures de gestion financière.

Problèmes d'information sanitaire : Désintégration des différentes composantes du SNIS, Faible complétude, promptitude et correctitude des données collectées, et Faible diffusion de l'information de qualité.

3. Problèmes de gouvernance et de pilotage du secteur de la santé sont les suivants: Régulation du secteur reste insuffisante, Normalisation du secteur est insuffisante et peu efficace, Faible niveau d'exécution dans la mise en place des réformes structurelles dans le secteur, Collaboration intra sectorielle n'est pas encore optimale et Collaboration intersectorielle a été rendue difficile.

II. But et objectifs du PNDS 2016-2020:

But : Contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2020.

Objectif général ; Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de façon à permettre à tous, de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Des cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD) ont été identifiées et les indicateurs d'impact y relatifs.

Objectif sectoriel ; Accroître la couverture et l'utilisation des services et soins de santé de qualité par la population avec équité et protection financière. Des cibles liées aux prestations et aux autres piliers du Système de Santé ont été identifiées et les indicateurs y relatifs.

III. Stratégie d'intervention et résultats attendus

La stratégie d'intervention pour atteindre les objectifs et les cibles de ce PNDS 2016-2020 repose sur trois principaux axes stratégiques. Il s'agit de : (i) développement des Zones de Santé (ZS) et continuité des soins (ii) appui au développement des ZS (iii) renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur.

Axe 1 : Développement des Zones de santé et continuité des soins

Deux résultats sont assignés à cet axe.

Résultat 1.1. La proportion des structures de santé organisées, accessibles géographiquement et disposant des services intégrés, offrant des soins et des services de santé de qualité est augmentée de 30 à 60%. .

L'atteinte de ce résultat passera par la mise en œuvre de 5 programmes à savoir : (i) l'amélioration de la couverture sanitaire, (ii) la rationalisation du fonctionnement des structures de soins, (iii) l'amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population, (iv) l'amélioration de la résilience des structures et Services de santé face aux épidémies, urgences et catastrophes, et (v) l'amélioration de l'offre au niveau des structures de référence secondaire et tertiaire.

Résultat 1.2. La proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs), le contrôle communautaire et le développement des zones de santé est augmentée de 50%.

Trois programmes sont retenus pour atteindre ce résultat, il s'agit (i) du renforcement de la dynamique communautaire, (ii) de la promotion des services de santé et (iii) de l'extension des sites de soins communautaires dans les Aires de Santé non couverts et conformément aux plans de couverture des ZS.

Axe 2 : Appui au développement des zones de santé

Cet axe se rapporte aux actions concernant les piliers du système de santé de manière à créer des conditions favorables à la disponibilité des services de santé de qualité et à leur accessibilité et utilisation par la population.

Cinq résultats se rapportent à cet axe.

Résultat 2.1: Au moins 50% des structures de santé à tous les niveaux du Système de Santé disposent d'un personnel de santé compétent, performant, motivé, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité.

Trois programmes seront développés à savoir : (i) l'amélioration de la disponibilité et de la fidélisation des ressources humaines en santé compétentes ; (ii) l'amélioration de la formation de base et (iii) le développement des compétences du personnel de santé.

Résultat 2.2. Au moins 80% des infrastructures sanitaires ciblées sont construites et/ou réhabilitées et équipées dans le contexte de l'émergence du pays.

Deux programmes sont envisagés pour atteindre ce résultat à savoir (i) la modernisation des infrastructures et équipements et (ii) la maintenance des infrastructures et équipements acquis.

Résultat 2.3. La disponibilité des médicaments et produits de santé de qualité, prioritaires et vitaux, parmi lesquels les 13 médicaments qui sauvent les vies des femmes et des enfants ainsi que les médicaments des Programmes spécialisés du MSP est augmentée dans les FOSA de 20 à 80%.

L'atteinte de ce résultat est tributaire des programmes ci-après : (i) la maîtrise des besoins et de gestion des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans les formations sanitaires, (ii) l'amélioration de la qualité des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans un sous secteur pharmaceutique mieux régulé, (iii) l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des médicaments essentiels, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques à travers le renforcement du SNAME et (iv) le financement suffisant et adéquat des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques par rapport aux besoins réels des FOSA ainsi que celui du SNAME.

Résultat 2.4. L'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est augmentée de 30% et la part du paiement direct dans les dépenses de santé des ménages est réduite de 90% à 60%.

Pour garantir l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité, quatre programmes seront mis en œuvre, il s'agit de (i) la mobilisation des ressources, (ii) la mise en commun et la rationalisation de l'affectation des ressources, (iii) le développement des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé et (iv) l'amélioration de la gestion des ressources financières dans les Services et formations sanitaires.

Résultat 2.5.1. La disponibilité de l'information sanitaire de qualité est assurée à 80% pour une meilleure prise de décision.

Trois programmes seront envisagés, à savoir (i) l'amélioration de la complétude, promptitude et correctitude des données collectées, (ii) l'amélioration de l'analyse et la production de l'information sanitaire et (iii) l'amélioration de la diffusion de l'information sanitaire

Axe 3 : Renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur

Le renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur est transversal. Il concerne aussi bien l'organisation des soins que l'encadrement des piliers dans leur contribution dans l'amélioration de la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des soins.

Deux résultats sont attendus à ce niveau.

Résultat 3.1. Le pilotage du secteur de la santé est assuré dans le contexte de la décentralisation pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité.

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

secteur de la santé, (v) le renforcement de la collaboration intra sectorielle, et (vi) le renforcement de la collaboration intersectorielle.

Résultat 3.2 : 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

Un seul programme est envisagé pour l'atteinte de ce résultat. Il s'agit du renforcement de la collaboration intersectorielle qui passera par trois actions majeures à savoir : la mise en place des nouveaux cadres de concertation intersectorielle, (ii) le renforcement des cadres de concertation intersectorielle existants, (iii) la mise en œuvre concertée et conjointe de certaines actions avec les autres ministères.

IV. Budget :

Un cadrage macroéconomique a été effectué. Le budget global du PNDS 2016-2020 s'élève à **9.197. 630.843. 001,5 CDF** sur la période du plan. Ce budget présente un gap de financement quel que soit le scénario de financement considéré. En effet, en considérant les scénarii des ressources prévisibles, il se dégage que les 5 années du PNDS souffriront d'un déficit des ressources de l'ordre 325 à 488 milliards de CDF.

V. Mise en œuvre du PNDS

Un document de cadre de mise en œuvre de ce plan est en annexe. Il décrira avec plus de détails les modalités de mise en œuvre de ce plan notamment les rôles et responsabilités des uns et des autres ainsi que la priorisation dans la programmation des actions à mener.

VI. Suivi et Evaluation du PNDS

Un document de cadre de Suivi & Evaluation de ce plan est annexe. Il décrira en détails les mécanismes de suivi et évaluation de ce plan.

1. INTRODUCTION

La République Démocratique du Congo (RDC) dispose depuis 2006 d'une Stratégie de Renforcement du Système de Santé adoptée comme contribution du secteur de la santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Révisée en 2010, cette stratégie réaffirme les soins de santé primaires comme fondement de la Politique Nationale de Santé et la Zone de Santé comme unité opérationnelle des services de santé. Elle doit être opérationnalisée tous les 5 ans, par un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

Cinq ans après la première génération du PNDS qui a couvert la période de 2011 à 2015, le Ministère de la Santé Publique (MSP) a procédé, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et la consultance d'un Expert de l'Ecole de Santé Publique, à l'évaluation de sa mise en œuvre. Les résultats de cette évaluation ont fait l'objet des échanges à la revue annuelle sectorielle organisée du 06 au 08 juillet 2015 au Centre Caritas de Kinshasa.

Cette évaluation a relevé que le PNDS 2011-2015 n'a pas été véritablement mis en œuvre. Les Plans Provinciaux de Développement Sanitaire (PPDS), les Plans de Développement Sanitaire de la Zone de Santé (PDSZ) et les Plans d'Actions Opérationnels (PAO) n'ont pas bénéficié d'un déploiement des ressources pour permettre leur mise en œuvre. L'évaluation a enfin démontré que, dans une large mesure, les actions planifiées dans ce plan stratégique demeurent pertinentes au regard des défis qui persistent dans le secteur.

Le processus d'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire de la 2^{ème} génération (PNDS 2016-2020) a été lancé par SEM le Ministre de la Santé Publique au cours des assises du Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CNP-SS) tenues au Centre Caritas du 09 au 10 juillet 2015 en marge de la revue annuelle sectorielle. Les orientations suivantes ont été définies au cours desdites assises :

- (i) **poursuivre le développement des Zones de Santé afin de garantir une meilleure disponibilité des services et soins de santé de qualité et leur accessibilité ainsi que l'utilisation optimale par la population dans le cadre de la triple dimension de la couverture sanitaire universelle ;**
- (ii) **renforcer les actions d'appui à l'extension de la couverture des services et soins de qualité en travaillant sur les piliers du Système de Santé.**
- (iii) **poursuivre l'amélioration de la gouvernance et du pilotage du secteur de la santé.**

L'élaboration du PNDS 2016-2020 s'est inspirée des documents stratégiques nationaux, notamment le Programme d'Action du Gouvernement 2012-2017, les résultats de l'Etude Nationale sur la Prospective (ENP) et le Plan Stratégique National de Développement 2017-2021, qui orientent la mise en œuvre globale du pays vers les Objectifs de Développement Durable dont l'objectif 3, lié à la santé. L'élaboration du PNDS 2016-2020 a impliqué tous les niveaux du Système de Santé à travers une approche à la fois participative ascendante et descendante. Les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) ont été dotées des outils de planification stratégique actualisés et des directives pour l'élaboration des Plans de Développement Sanitaire de leurs Zones de Santé et la consolidation des PDSZ en Plan Provincial de Développement Sanitaire (PPDS) pour dégager les priorités provinciales qui ont alimenté le PNDS 2016-2020.

Au niveau national, un atelier participatif d'actualisation du diagnostic sectoriel a été organisé du 17 au 31 août 2015 au Centre Caritas. Il a connu l'implication des cadres du MSP, des Experts de la Présidence de la République, de la Primature, des secteurs connexes tels que les ministères chargés du Plan, du Budget, des Finances, des PTF, des Organisations de la Société civile, des corporations professionnelles et syndicats de santé, des privés, etc. Les résultats préliminaires du diagnostic sectoriel actualisé ont été restitués au cours d'une réunion du Comité de Coordination Technique (CCT) tenue le 09 septembre 2015 sous la présidence de Monsieur le Secrétaire Général à la Santé.

Les priorités retenues pilier par pilier ont été validées au cours de la réunion du CCT présidée par SEM le Ministre de la Santé Publique dans la salle des réunions du cabinet le 07 octobre 2015. Il a été recommandé au cours de cette réunion que soit approfondie l'analyse causale afin de mieux recentrer les interventions correctrices à mener dans les 5 prochaines années. La phase de planification stratégique proprement dite à travers l'élaboration du cadre programmatique a eu lieu au Centre Caritas du 05 au 20 octobre 2015. Un cadrage macroéconomique a été effectué avec une consultance internationale. Le processus de budgétisation a été précédé par la formation de cadres du MSP sur l'utilisation de l'outil Onehealth organisée à l'Hôtel En Vrac du 12 au 22 Décembre 2015 avec l'appui d'un consultant international. Cette formation a débouché sur une ébauche du budget du PNDS 2016-2020. Le draft du PNDS 2016-2020 ainsi produit a été partagé et les commentaires recueillis ont été incorporés.

Le Cadre de Suivi & Evaluation du PNDS 2016-2020 a été élaboré avec le concours de l'Organisation Mondiale de la Santé de la Région Afrique (OMS-Afro). Il actualise les indicateurs du PNDS de la première génération et prend en compte aussi les indicateurs de comparabilité des pays par rapport à la réalisation des cibles des ODD. L'atelier de finalisation du PNDS 2016-2020 a été organisé à l'Hôtel En vrac du 11 au 15 mars 2016 sous la supervision de Monsieur le Secrétaire Général à la Santé et a connu une forte participation des cadres du MSP et des PTF.

Le PNDS 2016-2020 a été enfin, adopté à la réunion du CCT Elargi tenue le 31 mars 2016 sous la présidence de SEM le Ministre de la Santé Publique.

2. PRESENTATION DU CONTEXTE NATIONAL

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

2.1 Situation géographique

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

Figure Erreur ! Pas de séquence spécifié. : Carte géographique de la RDC



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

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

En outre le pays dispose d'un important réseau hydrographique dont le fleuve Congo, long de 4.374 km et classé 2ème au monde après le Fleuve Amazone au Brésil. en ce qui concerne son débit.

2.2 Situation socio-démographique

A cause des difficultés économiques et financières que le pays a connues, le seul recensement général de la population et de l'habitat organisé en RDC est celui effectué en juillet 1984. Un second est dans sa phase de préparation.

Ainsi les données de population utilisées dans ce document se basent sur les projections de la population publiées dans l'annuaire statistique de l'Institut National de Statistique (INS) 2014, auxquelles un taux de croissance naturel de 2,9% a été appliqué afin d'obtenir les projections de la population jusqu'en 2020.

Par ailleurs, le passage de la structure administrative du pays de 11 à 26 provinces vient accentuer la carence des chiffres de population notamment sur la nouvelle organisation administrative.

Les récentes projections de l'Institut National de la Statistique (INS) situent la population congolaise à 85.026.000¹ habitants avec une densité de 36 habitants au km².

La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, près des fleuves et des lacs. L'exode rural a accru la densité en milieux urbains.

Avec une fécondité estimée à 6,6 enfants par femme (EDS 2013 - 2014), et un rythme de croissance annuelle de la population à 2,9 % (INS 2014), la RDC s'attend à un doublement de sa population tous les 25 ans. Ce qui correspond à une augmentation annuelle de plus de 2 millions de personnes. Dans le contexte de cette fécondité non maîtrisée, cette population atteindra plus de 120 millions d'habitants en 2030². et sera composée de plus de 45% de jeunes de moins de 15 ans. Cette situation contribuera à maintenir le pays dans la pauvreté, d'autant plus que la proportion de la population non active dépassera celle de la population active. Il en résultera une plus grande pression sur les services sociaux de base qui ne pourront pas répondre à la demande (éducation, santé...) dans la perspective des ressources limitées et de faible accessibilité.

La proportion actuelle de la population se retrouvant en dessous du seuil de pauvreté multidimensionnelle³ est estimée à 74%. Toutefois, entre 2013 et 2014, des progrès significatifs ont été réalisés en matière de Développement Humain (DH). En effet, l'IDH est passé de 0,338 à 0,433⁴.

¹ INS , Annuaire statistique 2014

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

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

⁴ PNUD, Rapport sur le Développement Humain 2014 et 2015

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

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

2.3 Situation politico administrative

La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend 26 provinces d'après la dernière réforme territoriale de 2006 (Article 226 de la Constitution de la 3ème République). Elle compte 96 villes, 151 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5.397 groupements.

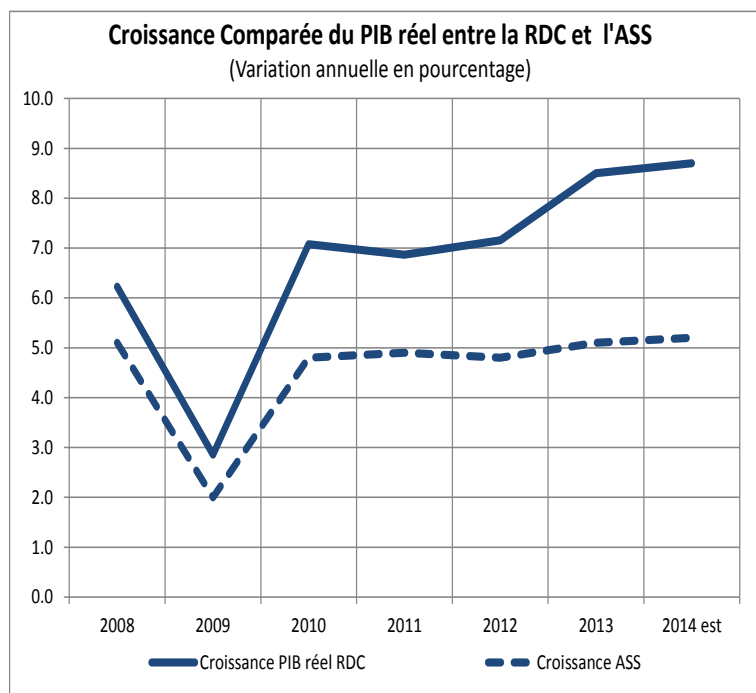
L'opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, le transfert concret des compétences, des charges et des ressources, demeure un véritable défi.

La politique de la décentralisation inscrite dans la nouvelle Constitution préconise aussi une autonomie fiscale et budgétaire au niveau des entités territoriales décentralisées et des provinces.

2.4 Situation économique et financière

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

Figure Erreur ! Pas de séquence spécifié.: Croissance économique en RDC et Afrique sub-saharienne, 2008-2013



Source: World Bank, Economic Update, 2014

Cette performance économique est le fruit d'une reprise des investissements publics et privés dans un environnement de relative stabilité sécuritaire et politique. En effet, le dynamisme récent dans le secteur minier en plein essor et dans les secteurs manufacturiers (dont essentiellement l'industrie agro-alimentaire) et tertiaires (en particulier le commerce) ont largement contribué à la croissance du PIB du pays.

La réduction du déficit budgétaire et la restriction du financement monétaire des dépenses de l'Etat ont également contribué à contenir l'inflation, et à booster la croissance économique. Malgré cette performance, le PIB par habitant reste parmi les plus faibles d'Afrique sub-saharienne (514 US\$ en 2014).

L'économie informelle reste un secteur très important. Il constitue la moitié de l'activité économique à l'échelle du pays et englobe près de la totalité (97%) au sein du secteur agricole (Banque mondiale 2014).

La dette extérieure de la RDC a fortement diminué depuis 2010, date à laquelle le pays a atteint le point d'achèvement de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE). La dette publique extérieure est passée de 75% en 2009 à 18% en 2013, suite à un allègement substantiel en 2010 (FMI, 2014).

En effet, ceci a certainement contribué à donner à l'Etat des moyens plus accrus en vue de mener à bien la politique de reconstruction.

Le démarrage de grands chantiers visant à doter le pays d'infrastructures socioéconomiques modernes pour soutenir la croissance, a fait progresser les investissements publics qui sont passés de 10,3 % du PIB en 2008 à 11,1 % du PIB en 2014.

Ce dynamisme de l'économie congolaise tient, entre autres, à la poursuite des réformes structurelles ayant permis au pays de libérer son potentiel de croissance et d'attirer davantage des capitaux étrangers aussi bien privés que publics. Il sied quand même de signaler un écart important entre les dépenses totales publiques et les dépenses en santé à cause de l'importance des dépenses en capital pour faire face à l'insécurité croissante dans certaines provinces de l'Est de la République.

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

Du fait de la forte dépendance de l'informel, la population est confrontée à un phénomène de précarité qui accentue la pauvreté, la misère et l'iniquité dans l'accès et l'utilisation de services sociaux de base.

3. DIAGNOSTIC SECTORIEL

3.1. Cadre organisationnel

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

Plus concrètement, il s'agit de :

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

L'article 47 de la Constitution de la RDC consacre la santé comme un des droits fondamentaux du peuple congolais. La Politique Nationale de la Santé, adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires (SSP). L'unité opérationnelle de mise en œuvre est la Zone de Santé, qui organise les structures chargées de dispenser des soins de santé globaux, continus et intégrés.

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

3.1.1. Le niveau central

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général avec les Directions centrales, les Programmes Spécialisés, l'Inspection Générale de la Santé et les hôpitaux et autres structures à vocation nationale. Il a une responsabilité normative, de régulation et de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil, le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre en provinces. Il joue aussi le rôle de mobilisation et de redistribution des ressources.

Ce niveau est en pleine réforme administrative. Ainsi, le nouveau cadre organique prévoit de passer de 13 à 7 Directions.

Il s'agit de la :

- 1) Direction des Ressources Humaines (DRH) ;
- 2) Direction d'Etudes et Planification (DEP)
- 3) Direction de l'Organisation et de la Gestion des Services des Soins de Santé (DOGS) ;
- 4) Direction de la Pharmacie et Médicaments (DPM) ;
- 5) Direction de Lutte contre la Maladie (DLM) ;
- 6) Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé (DESS)
- 7) Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques (DSFG).

En plus de ces Directions, le Gouvernement a initié la mise en place des Directions transversales à compétences standards dans toutes les administrations. Dans cette dynamique, le Ministère de la Santé Publique aura deux nouvelles Directions, la Direction des Affaires Financières (DAF) et la Direction Archives et Nouvelle Technologies de l'Information et Communication (DANTIC).

La réforme de l'administration publique et la réforme du secteur de la santé dans le cadre de la décentralisation aboutiront à une séparation des fonctions du Secrétariat général (Bureau avec les Services rattachés, Directions centrales, Programmes spécialisés, les hôpitaux et autres structures à vocation nationale), de celle de l'Inspection Générale de la Santé.

Néanmoins tous ces services fonctionneront sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique.

3.1.2. Le niveau intermédiaire

Le niveau provincial est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale.

Ce niveau assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques

pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Il assure la gestion et l'administration des services sanitaires provinciaux. Il a aussi la mission d'offrir les soins de santé de référence secondaire à travers l'Hôpital Provincial. Il assure aussi l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé.

La décentralisation confère au niveau provincial les attributions exclusives d'organisation et de gestion des soins de santé primaires. Les DPS sont des structures décentralisées redevables devant le Ministre Provincial en charge de la Santé (MPS). Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures « déconcentrées » qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de Province.

3.1.3. Le niveau opérationnel : la Zone de Santé (ZS)

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

Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA)⁵. Elle est subdivisée en aires de santé (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvrent environ 5.000 à 10.000 habitants, pour l'offre du paquet minimum d'activité (PMA).

La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZ), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). L'ECZ assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'Aire de Santé (AS) est en principe couverte par le Centre de Santé ; ce dernier est une structure déconcentrée de l'Hôpital Général de Référence qui a entre autres missions de veiller la qualité des soins dispensés sous forme de PMA à travers la formation et la supervision des prestataires.

Dans les AS où l'accessibilité géographique au Centre de Santé constitue un obstacle majeur, des expériences pilotes sur le développement des sites de soins communautaires⁶ sont en cours dans le pays. Après une évaluation de celles-ci, une option sera levée en tenant compte de l'évolution de la couverture sanitaire du pays.

⁵ Dans les régions enclavées et isolées dans une ZS, le concept de Centre de Référence Médicalisé a été adopté

⁶ Celui-ci est une aire géographique bien définie dans laquelle un ou plusieurs villages ou communautés d'accès difficile bénéficient des prestations des soins fournis par un relai volontaire formé et supervisé pour prendre en charge certaines affections courantes, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans.

3.1.4. Organisation de l'offre des soins

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

Le sous-secteur public :

Il est organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux Provinciaux, les Hôpitaux Nationaux et englobe d'autres structures étatiques, paraétatiques impliquées dans la fourniture de soins.

Ce sont par exemple le service médical des armées, de la police et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs..

Le sous-secteur privé lucratif :

Il est surtout florissant en milieu urbain et dans les pôles économiques.

Il est constitué par les cabinets de consultations ou de soins, médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, les centres de diagnostic, (laboratoires, imagerie), dont un recensement exhaustif n'est pas encore fait.

Les agréments d'installation sont accordés par le Ministère de la Santé Publique tandis que la demande d'ouverture est approuvée par le gouvernement provincial. Néanmoins, les textes réglementaires devant clarifier les attributions spécifiques des pouvoirs central et provincial en cette matière concurrente ne sont pas encore pris.

L'intrication entre les secteurs public et privé est très forte, tant sur le plan du personnel que du matériel.

Ce secteur abrite également une partie des structures fonctionnant de manière anarchique en constant développement, en liaison avec les retards de recrutement des professionnels de santé par la Fonction Publique.

Le sous- secteur privé confessionnel et associatif :

Présent en RDC depuis la période coloniale, il représente environ 40% de l'offre de soins (Etat des lieux du secteur de la santé, 2010)

Les principaux acteurs sont les églises catholiques, protestantes, kimbanguistes et salutistes.... Elles gèrent des formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé).

Les prestataires privés lucratifs et non lucratifs (Services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles...) sont associés à certaines formations organisées par le Ministère de la Santé Publique. Les formations sanitaires privées intégrées dans le système de santé bénéficient également des supervisions du Bureau Central de la Zone.

Le sous-secteur pharmaceutique privé :

La RDC compte 29 industries pharmaceutiques de différentes tailles. Les structures actuellement impliquées dans la production locale de médicaments doivent fournir des efforts pour se mettre en conformité avec les standards de bonne pratique. Elles supportent également des coûts de production élevés ; ceci étant lié aux conditions d'importation des matières premières et à diverses taxes. Cette production locale couvre environ 10% de besoins du pays.

L'approvisionnement et la distribution en gros est assurée par 150 établissements autorisés.

Ils sont en principe soumis à la réglementation pharmaceutique, donc au contrôle de la DPM. Dans la ville de Kinshasa, il y a des milliers de pharmacies anarchiquement ouvertes, mais celles qui sont autorisées et en cours d'autorisation sont au nombre de 98.

En 2015, la valeur globale des importations des médicaments s'est élevée à 457 386 827 USD répartie comme suit : secteur public : 351 930 228 USD et secteur privé : 141 456 598 USD.

La vente illicite des médicaments est développée sur tout le territoire. Elle est pratiquée dans les marchés publics, par des ambulants, dans les établissements non autorisés. Ces médicaments sont ensuite déversés aussi dans le circuit autorisé. Ces médicaments souvent contrefaits, augmentent les dépenses et les risques des patients, du fait qu'ils achètent des produits qui ne les soignent pas et qui peuvent même aggraver leur état, voire entraîner des décès.

La médecine traditionnelle

Elle constitue une part non négligeable de l'offre de soins. Elle est même dans certains milieux le premier recours, en lien avec l'absence de structures modernes, la faible accessibilité financière et certaines pathologies spécifiques (fractures, troubles mentaux,...). Il existe un programme national de médecine traditionnelle en place depuis 2001 qui s'efforce de réglementer l'offre de soins dans ce domaine.

Cependant, plusieurs facteurs entravent la collaboration avec les tradipraticiens et leur pleine intégration au système officiel de santé. Ce sont entre autres, la méfiance entre les tradipraticiens et les professionnels de la médecine moderne, la non structuration de la profession de tradipraticiens, son infiltration par de nombreux charlatans, la difficile démarcation avec la médecine spiritualiste.

3.2. Etat de santé de la population

3.2.1. Espérance de vie et mortalité générale

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

Dans le même temps, le taux brut de mortalité⁷ est passé de 15,96 pour 10.000 habitants en 2011 à 15,16 en 2014.

3.2.2. Etat nutritionnel

La sous-nutrition est le type de malnutrition le plus fréquent en RDC; elle inclut la malnutrition chronique, la malnutrition aiguë et les carences en micronutriments. Les diverses formes de malnutrition touchent surtout les jeunes enfants, les femmes

⁷ Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre d'années de décès et la population totale moyenne sur une période donnée dans un territoire donné

enceintes et les femmes allaitantes, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les personnes de troisième âge.

Comparés à l'année 2007, les indicateurs nutritionnels 2013-2014 n'ont pas connu d'amélioration significative en RDC.

En effet, plus de quatre enfants de moins de cinq ans sur dix (43%) souffrent de **malnutrition chronique**, soit plus de 6 millions d'enfants. Les écoliers sont affectés à 14%. De même l'on note une prévalence plus élevée (21%) de ce type de malnutrition chez les femmes dans la tranche d'âge de 15-19 ans

Un enfant sur dix, soit environ 1.627.183 d'enfants, présente une **malnutrition aigüe** (émaciation). La prévalence demeure située entre 8 et 9% selon les mêmes sources.

L'insuffisance pondérale affecte 23% des enfants de moins de 5 ans, soit environ 3.6 millions d'enfants et 16% d'enfants en milieu scolaire.

Quant aux **carences en micronutriments**, elles sont également très fréquentes, avec une occurrence particulièrement forte de carences en vitamine A et d'anémie.

Une étude évaluative (list) faite en RDC en 2012 a démontré que la malnutrition est un facteur aggravant associée à 50% des cas de décès chez les moins de 5 ans.

Les enfants souffrant de retard de croissance sont sujets à un développement cérébral non optimal susceptible d'avoir des répercussions durables sur leur capacité intellectuel, leur performance scolaire et la productivité future. Ce qui constitue une perte importante de capital humain pour le pays, compromettant ainsi l'émergence du pays à l'horizon 2030.

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

La situation sanitaire de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est actuellement marquée par l'excès de mortalité pour des causes évitables. En effet, ces taux se présentent de la manière suivante (EDS 2013-2014) :

- 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ;
- 28 décès Néo natals pour 1000 naissances vivantes ;
- 58 décès infantiles pour 1000 naissances vivantes ;
- 104 décès infanto juvéniles pour 1000 naissances vivantes.

Il convient de signaler que la mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes liée particulièrement aux complications des grossesses précoces et non désirées. Elle est en outre aggravée par la survenue des grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive (8%) couplée à des besoins non satisfaits en planification familiale (31% pour les adolescentes et 28% pour les femmes en union⁸), et à la faible qualité des soins (ressources humaines, intrants, équipements.....).

Les problèmes majeurs de la santé des adolescents sont : (i) la faible utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels à risque (26,5%) et des services de planification familiale (5%) ; (ii) Une prévalence élevée des avortements provoqués (30%), des infections sexuellement transmissibles (11,7%), des mariages précoces

(18%), des violences sexuelles (9,4%), des grossesses non désirées et de la fécondité précoce (27%). En effet, il y a à peine 80 zones de santé qui ont intégré le paquet d'activités santé des adolescents sur les 516 zones de santé que compte le pays. (Données cfr EDS 2013-2014).

S'agissant de Violences Basées sur le Genre (VBG), selon EDS 2013-2014, depuis l'âge de 15 ans, plus de la moitié des femmes (52 %) ont subi des violences physiques et c'est le mari /partenaire qui a été cité comme l'auteur des actes de violence dans la majorité des cas. Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, plus d'une femme sur quatre (27 %) ont déclaré avoir été victimes d'actes de violence sexuelle à un moment quelconque de leur vie. Parmi les femmes enceintes ou qui l'ont été, 13 % ont subi des violences pendant la grossesse. Parmi les femmes ayant subi des actes de violence, quelle qu'en soit la forme, 49 % n'ont pas recherché d'aide et n'ont parlé à personne de leurs problèmes. Et quand, cela a été le cas, moins de 10% ont cherché l'aide d'un professionnel de santé, d'un policier ou d'un avocat. L'analyse causale a montré que les causes des VBG sont en réalité multiples et enracinées dans la discrimination systématique des femmes dans la société congolaise, exacerbée en situation de conflit.

3.2.4. Situation Epidémiologique

3.2.4.1. Maladies transmissibles, Urgences et Catastrophes

Le profil épidémiologique de la RDC est marqué par l'émergence et la réémergence de plusieurs maladies transmissibles à potentiel épidémique. Le pays est actuellement en phase de transition épidémiologique qui se caractérise par une augmentation de l'incidence des maladies non transmissibles. Ce double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles a une répercussion sur la mortalité et morbidité de l'ensemble de la population congolaise.

La RDC est encore confrontée à de multiples épidémies, urgences et catastrophes de diverses natures.

En effet, plusieurs flambées épidémiques ont été enregistrées notamment les épidémies de :

- Choléra à l'Est et à l'Ouest du pays en 2011 et 2012,
- Rougeole en 2013 dans plusieurs provinces dont les anciennes provinces du Katanga, les 2 Kasaï, l'Equateur et la Province Orientale.
- Fièvre jaune qui a sévi en Province Orientale dans les zones de santé de Buta et Titule en 2010 et au Kasai Oriental en 2012
- Maladie à Virus Ebola de plus en plus récurrentes notamment à Mweka (Kasai Occidental) en 2007 et 2008, à Isiro en 2012 et à Boende en 2014.

En plus, d'autres épidémies ont été enregistrées, à savoir :

- le Monkey Pox au Sankuru et à l'Equateur
- la fièvre typhoïde, la diarrhée sanglante à l'Equateur,
- etc.

Le dysfonctionnement du réseau des laboratoires ne permet pas de détecter à temps les épidémies. Toutefois, la RDC a été déclarée depuis le 26 novembre 2015 comme étant un pays libre de circulation de poliovirus sauvage bien que le 21 janvier 2016,

un cas de Vaccin Derivated PolioViruses VDPV a été notifié dans la ZS de YALEKO dans la province de la Tshopo.

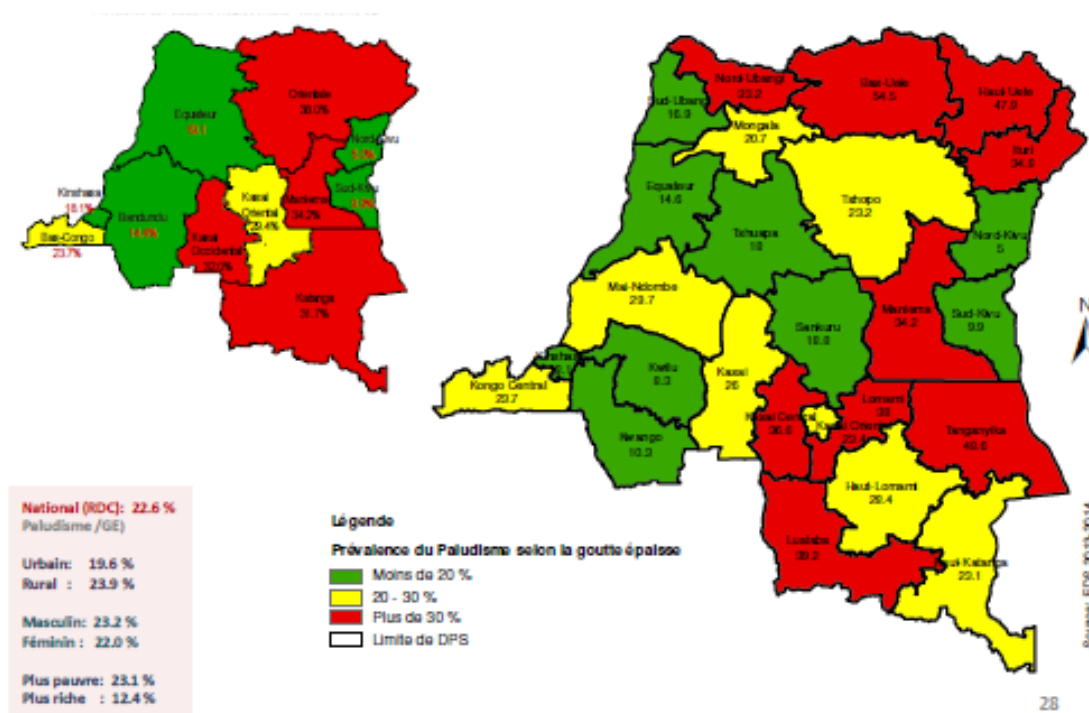
3.2.4.2. Maladies Endémiques

Le paludisme

Le paludisme demeure la première cause de morbidité et mortalité en RDC, fortement prévalent, il continue à représenter plus de 40% des causes de mortalité infantile.

Les résultats du TDR et de l'examen de la goutte épaisse indiquent que 31% d'enfants de 6 à 59 mois ont été testés positifs sur le terrain. La prévalence du paludisme établie à partir de l'examen microscopique de la goutte épaisse est de 23% (EDS 2013-2014). Cette prévalence varie d'une province à l'autre (voir figure ci-dessous)

Figure Erreur ! Pas de séquence spécifié. : **Prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans**



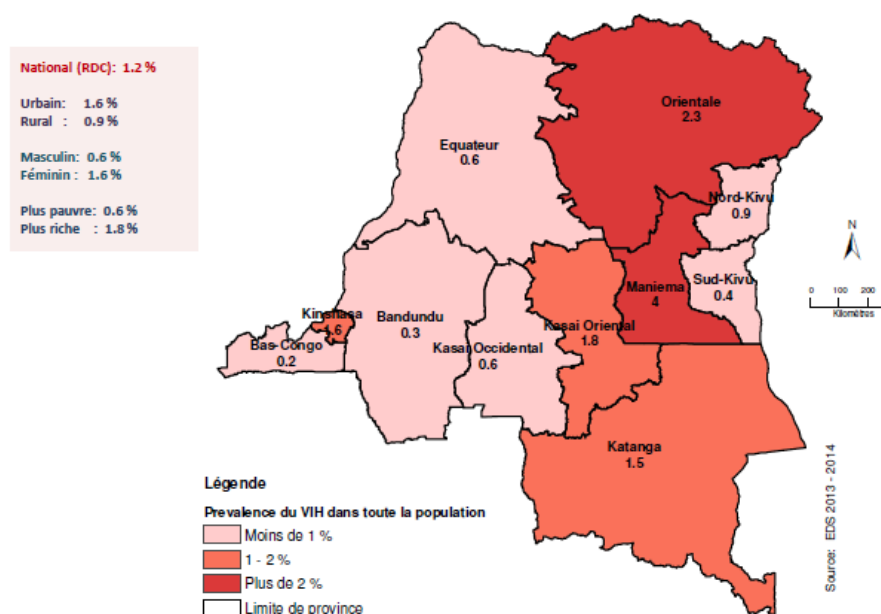
Les principaux problèmes actuels sont les ruptures fréquentes et prolongées de stock d'antipaludiques, le faible accès des ménages aux services dans les formations sanitaires, l'absence de pérennisation de la distribution des MILD en routine et la faible capacité dans la lutte anti vectorielle.

Le VIH/SIDA

La RD Congo connaît une épidémie à VIH de type généralisé avec une prévalence relativement stable au cours de ces dernières années ; estimée à 1,3% en 2007 et 1,2% en 2014 (EDS 2013-2014). Les résultats de l'EDS 2013-2014 montrent que la charge de la morbidité reste cependant inégalement répartie à travers le territoire national et selon les sexes. Elle est plus préoccupante dans les grands centres urbains qu'en milieu rural (1,6% contre 0,9% de prévalence) et plus chez les femmes (1,6% entre 15 et 49 ans) que les hommes (0,6% entre 15 et 49 ans).

Selon la modélisation Spectrum rapporté dans le Global Aids report progress (GARP2014)), le nombre estimé des nouvelles infections est passé de 26 318 en 2010 à 19 327 en fin 2014 alors que celui des décès est passé de 38 809 à 25 505 pour la même période. L'état de réponse actuelle s'améliore en termes de la couverture géographique (325 sur 516 ZS), de la rétention des malades sous ARV (taux de rétention à 12 mois estimé à 85%) et l'enrôlement des nouveaux cas (33.343 en 2014 contre 10.000 inclus annuellement entre 2008 et 2012.(rapport PNLS 2014).

Figure Erreur ! Pas de séquence spécifié. : **Prévalence du VIH (hommes et femmes)**



La Tuberculose

La RDC figure parmi les 30 pays à forte charge de la TB et occupe la 11^{ème} place dans le monde et la 3^{ème} en Afrique. Elle est aussi l'un des 13 pays faisant face en même temps aux défis de TB, de la coïnfection TB - VIH et de la pharmacorésistance.

En 2015, l'OMS a estimé l'incidence à 325 cas /100.000 hab. et la prévalence à 532 cas /100.000 hab., tandis que l'incidence VIH – TB est de 324 cas pour 100.000 en 2014⁹. Si en 2003, on estimait que 36.000 décès dus à la tuberculose survenaient chaque année, dont 28% étaient attribuables au VIH (Corbett et al. 2003), en 2015, cette prévalence du VIH chez les tuberculeux est tombée à 14%. Ces chiffres sont tirés de 47% des patients tuberculeux qui connaissaient leur statut sérologique.

Le nombre de décès répertorié est d'environ 3000 cas soit 3% parmi ceux qui ont entamé la thérapie, ceci correspond à une mortalité due à la tuberculose estimée à 69 (50-90) pour 100.000 hab.

Il en ressort que les grands défis sont l'augmentation du dépistage aussi bien de la TB sensible que pharmacorésistante, l'amélioration des activités conjointes TB/VIH et la réduction de la mortalité.

3.2.4.3. Les maladies tropicales négligées

Il existe quatorze maladies tropicales négligées (MTN) endémiques. Elles sont regroupées en deux catégories notamment, les MTN à Chimiothérapie Préventive (CTP), à savoir la Filariose Lymphatique, les Géo helminthiases, l'Onchocercose, la loase, les Schistosomias et le Trachome, ainsi que les MTN à prise en charge des Cas (MTN PCC) qui regroupe la Dracunculose, les Leishmanioses, la Lèpre, la

⁹ Global Tuberculosis Report 2014, WHO

Peste, le Pian, la Rage, la Trypanosomiose Humaine Africaine (THA), l'Ulcère de Buruli et le Noma.

Les Maladies tropicales négligées évitables par la chimiothérapie préventive.

Selon les résultats de la cartographie de l'onchocercose réalisé par le PNLO entre 1998 -2010, 43,7% de personnes sont à risque de développer l'onchocercose en RDC.

Pour la filariose lymphatique, les schistosomias, les géo-helminthiases et le trachome, les résultats de la cartographie coordonnées et intégrées conduite par la coordination nationale de maladies tropicales durant la période de 2009-2015 a révélé que ces maladies sont prévalences en RDC. Les personnes à risque de développer la filariose lymphatique estimée à 39,7%, les schistosomias à 27.3%, les géo-helminthiases transmissibles par le sol à 46.7 % et le trachome à 3,9 %.

Les Maladies tropicales négligées à prise en charge des cas.

Selon l'OMS, la RDC a le plus grand nombre des cas de la THA (9.878 en 2009 et 6.314 en 2013) dans 36 pays d'Afrique subsaharienne où sévit exclusivement la maladie.

Pour le Programme National d'Elimination de la Lèpre (PNEL) et l'OMS, 20% des cas de lèpres enregistrés en Afrique se trouvent en RDC avec 5.000 nouveaux cas en 2012 et 3.200 en 2014, le pays occupant la 2ème position en Afrique après l'Ethiopie.

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

3.2.4.4. Les maladies non transmissibles

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

La consommation des substances psycho actives notamment : le tabac, l'alcool et la drogue, constitue un sérieux problème de Santé Publique. Toutefois, le pays ne dispose pas de données récentes sur la toxicomanie. Notons qu'une enquête partielle menée en 2008 chez les enfants de la rue à Kinshasa a montré que 84,5% de ceux-ci consomment de la drogue; 78,9% d'entre eux pratiquent les rapports sexuels non protégés.

Les accidents de trafic routier (ATR) constituent un problème de santé publique en RDC.

En effet, les statistiques fournies par la Commission Nationale de Prévention Routière (CNPR) à travers la police de circulation routière indiquent ce qui suit :

A Kinshasa, les cas des ATR sont passés successivement de 2.750 cas en 2006 à 3.478 cas en 2007, 2.842 cas en 2013 et 1.686 cas durant le dernier semestre 2014 et le premier semestre 2015.

A Kisangani, en moyenne 38 cas d'ATR ont été enregistrés quotidiennement dans les différentes artères de la ville avec comme conséquences la mort, d'handicap et des difficultés de réinsertion socioprofessionnelle des patients.

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

En ce qui concerne la santé de la vision, la santé bucco-dentaire, la lutte contre la drépanocytose, les déficiences physiques, les malformations congénitales et les handicaps ainsi que la prise en charge des personnes de troisième âge, les paquets d'interventions spécifiques ne sont pas encore intégrés dans le PMA et le PCA.

Plusieurs études menées auprès de quelques entreprises par le Programme National de Santé au Travail (PNST) montrent que l'ampleur des maladies professionnelles et des accidents de travail est en augmentation, alors que les services de santé accusent un grand retard dans l'organisation des services appropriés pour la promotion de la santé, de l'hygiène et de la sécurité au travail.

3.3. Autres problèmes prioritaires du secteur de la santé

Cette partie porte sur l'analyse de 6 piliers du système de santé.

3.3.1. Problèmes en rapport avec les prestations des services et soins de santé

Malgré les progrès observés (évaluation PNDS 2011-2015) dans la vision des soins de santé globaux, intégrés, accessibles, les prestations de soins et de services de santé en RDC connaissent des problèmes prioritaires récurrents suivants: (i) la faible couverture sanitaire, (ii) la faible capacité opérationnelle des structures à tous les niveaux à réaliser les interventions, (iii) la faible qualité des soins et des services offerts, (iv) la faible utilisation des soins et des services disponibles, et (v) la faible redevabilité publique des services de santé.

3.3.1.1. Faible couverture sanitaire

Selon l'état des lieux de 2009, 79% d'Aires de Santé (AS) étaient couvertes par des CS parmi lesquels 15% sont construits en matériaux durables (1006 CS). Durant la période de mise en œuvre du PNDS 2011-2015, quelques CS ont été construits par le Gouvernement (Programme d'Equipements des Structures de Santé/PESS) et ses partenaires (divers projets), portant à environ 30% la couverture sanitaire.

Aussi, 124 sur 516 ZS soit 24% ne disposent pas d'HGR.

Malgré l'existence des CS construits en matériaux durables et des zones de santé disposant des HGR, les résultats du suivi de 18 premiers mois de mise en œuvre du PNDS 2011-2015 effectué en 2012, avaient montré que seuls 6% de CS offrent un PMA répondant aux normes et 16% des HGR offraient un PCA complet c'est-à-dire répondant aux normes. Ces données cachent plusieurs disparités variant de 0% des CS et des HGR offrant les prestations (PMA et PCA) répondant aux normes dans les provinces de Mongala, Bas Uélé, Nord Ubangi à 59 % de CS et 79% d'HGR dans la Ville-Province de Kinshasa.

Les interventions de nutrition, de planning familial, de VIH et de Tuberculose font défaut dans la majorité des CS, expliquant la difficulté de réunir l'ensemble de 19 interventions censées être dans le PMA complet. En ce qui concerne les HGR, les services de réanimation, de laboratoire (disposant des services de parasitologie, biochimie, bactériologie et hématologie) et d'imagerie (Radiographie, Echographie, ECG, NST, OCT, etc.) font défaut dans la plupart des hôpitaux. Ces deux situations font qu'en dépit de la couverture géographique qui s'améliore progressivement avec la construction et la réhabilitation des formations sanitaires, la couverture en interventions selon les normes reste encore faible, constituant ainsi un véritable frein à la mise en place de la couverture sanitaire universelle.

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

3.3.1.2. Faible capacité opérationnelle des structures à tous les niveaux à réaliser les interventions

Selon l'enquête Service Availability and Readiness Assessment (SARA) RDC 2014, les résultats montrent que l'ensemble des formations sanitaires du pays ayant un indice moyen de capacité opérationnelle à offrir les prestations selon les normes est de 27% (RHS formées, disponibilité des intrants, existence de protocoles, fiches techniques, équipements, matériels, etc.).

Les capacités de diagnostic et les aménagements de confort indispensables ont un score moyen de disponibilité de 27% et seulement 2% des FOSA disposent de tous les éléments traceurs pour mener les diagnostics essentiels.

La disponibilité moyenne des éléments de précaution standard pour la prévention des infections est de 58% et celle des médicaments essentiels est de 20%. Près d'un tiers des FOSA offrent des services de planification familiale (33%). Sur l'ensemble du pays, 89% des FOSA (hôpitaux, CSR et CS) disposent de services d'accouchement, mais moins de 12% de ces dernières offrent des soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB).

Les services de vaccination sont disponibles dans 75% des FOSA. L'offre est plus importante dans les FOSA publiques (83%) que privées (63%) et principalement au niveau des CSR (85%) et des CS (90%). En moyenne les FOSA disposent de 6 des 14 éléments, soit un score moyen de disponibilité de 42%.

Quant à la prise en charge du paludisme, 99% des FOSA offrent les services de diagnostic et de traitement mais ces FOSA ne disposent en moyenne que 4 des 9 éléments traceurs, soit un score moyen de capacité opérationnelle de 54%.

Selon la même enquête, 30% des FOSA disposent de services de tuberculose qui se trouvent plus majoritairement en milieu rural (33%) qu'en milieu urbain (17%) ; la

stratégie DOTS ne se fait que dans 11% des FOSA, le diagnostic du VIH chez les tuberculeux est pratiqué dans 32% des FOSA.

En outre, un peu plus d'un tiers des hôpitaux (38%) disposent de services de diagnostic avancés avec un indice moyen de disponibilité des diagnostics de seulement 6%.

Enfin, 28% d'hôpitaux disposent des services de diagnostic de pointe avec seulement 1% des hôpitaux capables de réaliser un scanner, 20% un ECG, 33% une radiographie et 58% une échographie.

3.3.1.3. Faible qualité des soins et des services offerts

Il est admis que la qualité des soins et des services est faible.

Dans «le Rapport de l'Etat de Santé et Pauvreté en RDC» de la Banque Mondiale (BM) de 2005, on note que 82% des ménages ne sont pas satisfaits des services de soins offerts. Il est certain que cette situation n'a pas considérablement évolué.

La baisse de la qualité des soins et des services résulte d'une combinaison de plusieurs facteurs notamment : (i) la problématique liée au personnel soignant (disponibilité en quantité et qualité, qualité de la formation, rotation rapide, rémunération), (ii) la vétusté des infrastructures et équipements de base, (iii) les ruptures fréquentes de médicaments.

Il s'ensuit également le fait que les FOSA ne développent pas suffisamment ou n'appliquent pas les mécanismes pour un meilleur suivi, évaluation et contrôle de cette qualité (audit médical, focus group, examens du dossier malade, supervision de la pratique, audit organisationnel, enquêtes de sortie, boîtes à suggestion, tutorat, etc.)

3.3.1.4. Faible utilisation de certains services

Le taux de consultation curative est de 33,1% en 2014 (Données SNIS). Pour la santé maternelle, en 2013, la couverture en CPN4 est de 48% et la couverture en VAT2 66%.

Outre la question de l'offre des services présentée ci-haut, l'utilisation des services est affectée par la triple dimension de l'accessibilité (financière, socioculturelle, géographique, etc.).

1. Accessibilité financière des populations aux soins et services offerts

La faiblesse de l'accessibilité financière est le problème principal qui limite l'utilisation des services des soins. Parmi les causes, il y a lieu de souligner particulièrement le manque des subsides de l'Etat, le faible niveau de revenu de la population, l'absence des mécanismes de partage des risques entraînant le paiement direct, individuel et non prévisionnel des soins et services, l'absence de politique et mécanisme de protection de risque social et de certaines modalités de paiement comme la tarification forfaitaire.

L'EDS 2013-2014 indique que 69% des femmes ont rencontré un obstacle financier pour se faire soigner ou recevoir un avis médical. La situation est plus accentuée en milieu rural (75%) qu'en milieu urbain (58%).

2. Accessibilité socioculturelle

La faiblesse de l'accessibilité socioculturelle est liée aux us et coutumes non favorables à la santé et amplifiée par la faiblesse de la dynamique communautaire pour la sensibilisation et l'organisation de la communauté. Le faible niveau d'instruction et l'analphabétisme contribuent aussi à entretenir la perception inappropriée de la santé et de la maladie.

L'EDS 2013-2014 montre que 33% des femmes n'ont pas eu accès aux soins de santé pour n'avoir pas obtenu l'autorisation du mari.

3. Accessibilité géographique

La dispersion de la population, la distance à parcourir pour accéder aux CS (soit au delà de 5 km ou plus d'une heure de marche) et les obstacles naturels en milieu surtout rural limitent l'accès aux services de santé. C'est ainsi que la communauté joue déjà un rôle dans l'amélioration de l'accès aux premiers soins pour les enfants de moins de 5 ans au travers les expériences pilotes des sites de soins communautaires (SSC). En effet, la cartographie établie par le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD) renseigne qu'en Mars 2015, un total de 3,828 sites de soins communautaires étaient opérationnels dans le pays¹⁰.

L'EDS 2013-2014 souligne qu'en milieu rural, la distance pour atteindre un service de santé constitue un problème pour 48% des femmes contre 25% en milieu urbain.

Problèmes prioritaires sur les prestations

- 1. la faible couverture sanitaire:** elle est consécutive à la faible couverture géographique et à la faible intégration des interventions répondant aux normes
- 2. la faible qualité des services et soins offerts:** elle est due à la faible capacité opérationnelle des FOSA et à l'insuffisance du processus d'assurance qualité (audit clinique, supervision, coaching, tutorat, hygiène hospitalière, etc.)
- 3. la faible utilisation des services disponibles:** elle est liée à la faible disponibilité de l'offre et à la faible accessibilité financière, géographique et culturelle de la population aux soins et services de santé.
- 4. la faible résilience des structures de santé face aux éventuelles**

¹⁰ Ministère de la Santé Publique, PNLMD. Rapport de la Restitution des résultats de la cartographie des besoins des Sites des Soins Communautaires, Gaps et Stocks des produits. Du 23 au 24 Mars 2015.

épidémies, urgences et catastrophes: elle est principalement liée au manque de l'application du règlement sanitaire international à différents niveaux.

- 5. la faible redevabilité publique des Services de santé devant la communauté:** les organes de participation communautaire existants n'exercent pas un contrôle vis-à-vis des prestations offertes par les FOA.

3.3.2. Problèmes liés aux piliers du système de santé

3.3.2.1. Problèmes des infrastructures et équipements

Le secteur de la santé connaît un déficit d'infrastructures et d'équipements répondant aux normes nationales de construction. Sur les 8.504 AS planifiées en RDC, 238 ne disposent pas d'un CS. Il est à noter cependant que malgré les 8.266 CS existants seuls 1006 sont construits en matériaux durables, ce qui représente 12%. Certains d'entre eux sont dans un état de délabrement avancé, ce qui nécessite la réhabilitation de 671 CS. Le reste des Centres de Santé (7120) sont soit en semi durable ou en pisé.

Sur les 516 ZS du pays, 393 ZS ont un HGR. Parmi ces HGR, 152 ont été réhabilités et 60 construits.

La capacité de maintenance au niveau du Ministère de la Santé Publique reste encore faible. Cette situation est due à la non application des normes, à l'inexistence d'unités de maintenance aux différents niveaux du système de santé et à la non intégration des coûts dans les projets d'investissements du Gouvernement et des Bailleurs de fonds.

Problèmes prioritaires des infrastructures et équipements

- 1. La proportion des structures de santé construites et équipées conformément aux normes reste encore faible:** les structures de soins et administratives à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont concernées par cette situation soit en termes de types d'infrastructures et d'équipement soit uniquement de plateaux techniques.
- 2. Une faible capacité du secteur** à assurer la maintenance des infrastructures et équipement acquis, due à l'absence des unités de maintenance compétentes opérationnelles à différents niveaux.

3.3.2.2. Problèmes des ressources humaines pour la santé

Déséquilibre dans la production et répartition inéquitable des RHS En ce qui concerne les ressources humaines, il se pose un problème de déséquilibre dans l'organisation des filières de formation et celui de la répartition équitable des personnels de santé, aussi bien entre les milieux ruraux et urbains qu'entre les structures sanitaires.

En effet, la création incontrôlée des Etablissements d'enseignement des sciences de santé a commencé à diluer de plus en plus le but social. L'annuaire des Ressources

Humaines en Santé 2013¹¹ a publié les données sur 406 ITM/IEM disséminés à travers le pays. Parmi ces ITM/IEM, 129 appartiennent à l'Etat soit 32% ; 155 aux confessions religieuses, soit 38 % (catholique, protestante et kimbanguiste) et 122 aux privés, soit 30%.

La filière infirmière est organisée dans toutes les provinces à travers 394 sur 406 ITM/IEM, soit 97%. Cette filière a inscrit à elle seule, 5 596 candidats infirmiers sur 5 973 pour l'année scolaire 2012-2013, soit 94% (Profil pays en RHS de la RDC, janvier 2015).

Les autres filières sont organisées respectivement dans 16 écoles pour les Accoucheuses, 26 écoles pour les Techniciens de Laboratoire Médical, 11 écoles pour les Assistants en Pharmacie, 3 écoles pour les Techniciens d'Assainissement et 1 école pour les Techniciens Buccodentaires.

La persistance de la forte proportion d'élèves dans la filière infirmière entraîne une surproduction de la catégorie infirmière au détriment des autres, en l'occurrence les Accoucheuses, les Techniciens de Laboratoire Médical, les Assistants en Pharmacie. Ainsi, la plupart des aspects de soins et services importants sont offerts par des personnels non qualifiés, dans les centres de santé essentiellement.

La production des professionnels de santé et des nouvelles catégories par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire se fait sans tenir compte des besoins du MSP, principal utilisateur. Il y a une surproduction couplée à un enseignement de qualité douteuse pour un certain nombre des catégories des professionnels de santé. Le nombre de médecins formés a triplé entre 2004 et 2015. Les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), enregistrait 6.000 Médecins en 2004. A ce jour, le dernier numéro octroyé a dépassé 18.000, soit 12.000 médecins formés de plus en 11 ans (de 2004 à 2015) contre 6.000 formés en 43 ans (de 1962 à 2004). La situation semble être de même pour les catégories des infirmier(e)s, les techniciens de laboratoires, etc. Dans le contexte de faible régulation du secteur, la conséquence d'une telle surproduction est le développement exponentiel d'une catégorie de structures privées lucratives offrant des soins de faible qualité et l'utilisation des médecins au niveau du premier échelon du système de santé (médicalisation des CS) dans certaines provinces notamment le Haut- Katanga, le Lualaba, le Kongo central, Maniema et Kinshasa. Ce phénomène est beaucoup plus accentué en milieu urbain.

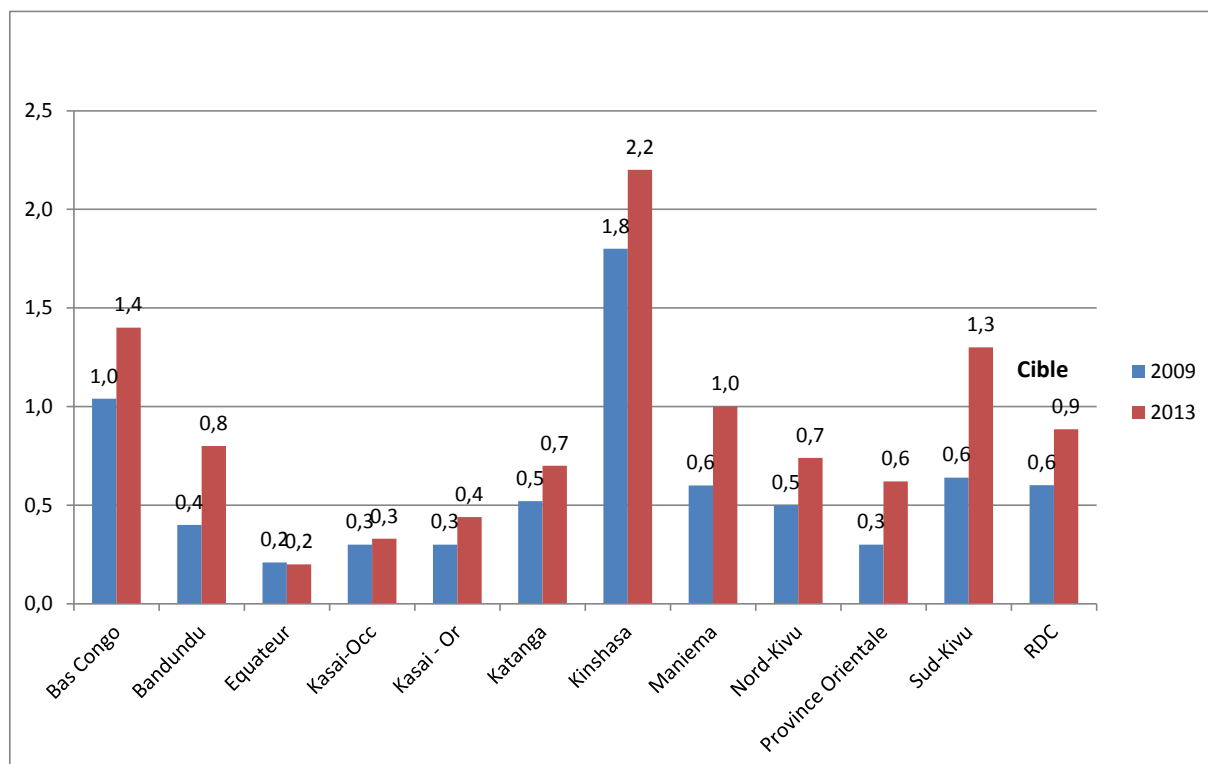
Il s'avère que selon les normes actuelles, le cadre organisationnel ne prévoit pas la présence d'un médecin au niveau de CS. En plus, bon nombre des Médecins et autres catégories des professionnels de santé ne trouve pas nécessairement d'emploi à l'issue de leurs études. Ceci a pour conséquence l'augmentation de taux de chômage rendant l'économie vulnérable aux chocs exogènes.

Il existe des disparités importantes dans la répartition géographique. On observe une concentration des personnels de santé dans les grandes villes particulièrement à Kinshasa et dans les centres urbains des provinces.

Par rapport au ratio un médecin pour 10.000 habitants seules 3 provinces comprennent les effectifs conformes ou supérieurs aux normes internationales comme l'illustre le graphique ci-dessous.

¹¹ MSP, Annuaire

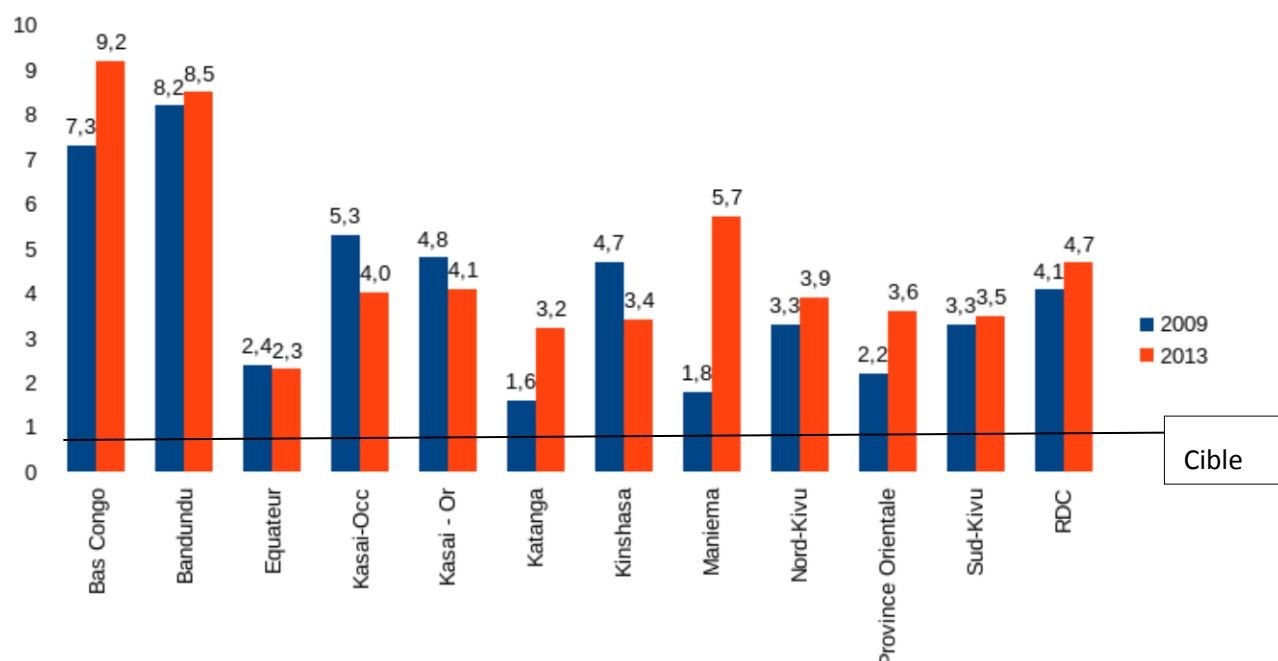
Figure Erreur ! Pas de séquence spécifié. : Ratios médecins pour 10.000 habitants en RDC en 2009 et 2013 selon l'annuaire de santé



En ce qui concerne le personnel infirmier, il est observé notamment qu'il y a 12.049 infirmiers au Kongo Central (2.984.553 habitants) contre 4.276 dans la Ville Province de Kinshasa (6.320.798 habitants).

S'agissant du ratio un infirmier pour 5000 habitants, il y a lieu au regard des informations ci-dessus d'affirmer une pléthore du personnel infirmier dans toutes les provinces comme le montre la figure ci - dessous.

Figure Erreur ! Pas de séquence spécifié. : Répartition infirmier pour 5.000 habitants par province pour 5.000 habitants en RDC en 2009 et en 2013 selon l'annuaire de santé



En dehors des infirmiers et des médecins dont les effectifs semblent suffisants, le pays connaît une carence en ce qui concerne certaines catégories professionnelles. C'est le cas notamment, des assistants en pharmacies, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes, des anesthésistes, des techniciens de radiologie et des kinésithérapeutes, ...

Un point particulier mérite attention : la rareté des sages-femmes en RDC. Comme le montre le graphique ci-dessous, avec moins de 2 sages-femmes pour 1000 naissances, la RDC se situe très en deçà de la norme internationale (qui est de 6) et même de nombreux autres pays africains.

Figure Erreur ! Pas de séquence spécifié.: Nombre de sages-femmes pour 1 000 naissances par an



Source : SOWMY 2011

1. La faible motivation et fidélisation du personnel de santé

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

En effet, seulement une faible proportion d'agents sont mécanisés c'est-à-dire qui ont un numéro d'Employé de la Fonction publique, et reçoivent un salaire. En 2014, sur

127 716 agents, seuls 40626 agents, soit 32,8 %, bénéficiaient du salaire de l'Etat et 112 507 sur 127 716 de la prime de risque (88,09%)¹².

2. La qualité insuffisante de l'enseignement des professionnels de santé et le développement des compétences des prestataires

La qualité insuffisante des professionnels de santé est due à la prolifération des établissements et à la non fermeture de ceux du niveau secondaire, supérieur et universitaire ne répondant pas aux normes. Ces derniers souffrent de sous équipement de laboratoires et de salles de pratique professionnelle, des lieux de stage de qualité, de la sous qualification des enseignants et encadreurs de stages ainsi que des programmes d'enseignement inadaptés aux besoins du terrain.

Par rapport au développement des compétences des prestataires, la formation continue, bien qu'ayant été formalisée par l'existence des textes légaux, réglementaires et normatifs, n'a pas connu d'amélioration notable au cours des cinq dernières années suite à la non application du plan conjoint de formation continue.

Problèmes prioritaires des ressources humaines pour la santé

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

¹²

3.3.2.3. Problèmes liés aux médicaments, vaccins et intrants spécifiques

Le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) basé sur la centralisation des achats à travers la Fédération des Centrales d'Achat des Médicaments Essentiels (FEDECAME), et la décentralisation de la distribution à travers des Centrales de Distribution Régionale des Médicaments Essentiels (CDR).

Le SNAME tel que conçu a pour finalité de garantir la traçabilité, la qualité et l'accessibilité des médicaments fournis aux formations sanitaires à travers les bureaux centraux des zones de santé (BCZS) .

Le fonctionnement du SNAME n'est pas encore optimal et le médicament connaît toujours des problèmes de disponibilité, d'accessibilité, de qualité et d'utilisation rationnelle affaiblissant le fonctionnement du système de santé.

1. La faible disponibilité des médicaments essentiels, vaccins et intrants essentiels dans les formations sanitaires

Cette situation s'explique par :

- a. la faible capacité des formations sanitaires à assurer une meilleure gestion des médicaments du fait : (i) de la faiblesse à définir leurs besoins, (ii) de la faiblesse à recouvrer leur capital médicament (tarification des soins et mauvaise gestion financière), (iii) des difficultés à utiliser rationnellement les médicaments et autres intrants spécifiques, (iv) de l'absence d'un accompagnement et d'une supervision de qualité du niveau supérieur et d'un faible approvisionnement dans les CDR et les structures accréditées.
- b. la faible capacité opérationnelle des CDR et structures accréditées du SNAME due aux causes ci-après : (i) faible couverture des CDR par rapport à l'étendue du pays, (ii) mauvaise utilisation des CDR existantes (servant de dépôts d'entreposage pour tiers, en lieu et place de leur véritable fonction d'acquisition et de distribution aux ZS. Il n'y a pas de mutualisation et d'intégration des circuits d'approvisionnement au niveau des provinces, (iii) insuffisance de fonds de roulement pour garantir les stocks, (iv), faibles capacités techniques en termes de personnels bien formés et de procédures conformes aux Bonnes Pratiques de Distribution (BPD), (v) insuffisance de patrimoine (locaux – équipements de stockage– chaîne de froid – moyens logistiques adéquats) en bon état, (vi) faible accompagnement des CDR par le niveau supérieur, et (vii) faible capacité des CDR à recouvrer le capital médicament auprès des ZS
- c. l'offre insuffisante de médicaments par le SNAME du fait que la FEDECAME ne fonctionne pas de manière efficiente à cause : (i) de l'insuffisance de patrimoine (locaux – équipements de stockage– chaîne de froid – moyens logistiques adéquats au transport des médicaments), car à l'heure actuelle la FEDECAME et le Bureau Central d'Achats de la FEDECAME à l'Ouest (BCAF Ouest) sont dans des bureaux en location , (ii) de manque d'un fonds de roulement suffisant sous forme de stock de sécurité (stock tampon) afin d'augmenter la capacité de distribution et d'éviter des ruptures de stocks. et (iii) du fait que la FEDECAME ne réalise pas un travail optimal de fédération des CDR. (iv) du financement insuffisant du médicament par rapport aux besoins réels des FOSA et de celui du SNAME (CDR, FEDECAME ET son BCAF ainsi que le PNAM) Une des raisons de cette insuffisance de

financement est liée au statut juridique actuel du SNAME qui reste une structure de droit privé.

- d. l'insuffisance de l'opérationnalisation du système d'information en gestion logistique (SIGL);
- e. la faible capacité de production locale de médicaments qui couvre environ 10% des besoins nationaux.

2. La circulation des médicaments de mauvaise qualité

Sous la coordination de la DPM, une étude menée en 2014 avec l'appui de QUAMED et de l'IMT d'Anvers sur trois médicaments pédiatriques en circulation à Kinshasa a montré des proportions respectivement de l'ordre de 0,3% (paracétamol), 3,4% (Amoxycilline) et 40% (arthemeter lumefantrine) des médicaments ne répondant pas aux normes de qualité¹³ et 15% des médicaments non enregistrés.

Cette situation est principalement due à :

- une faiblesse de l'autorité nationale de la DPM sur la réglementation pharmaceutique et l'homologation des produits du fait que la loi en la matière est archaïque et devra être revue en ce qui concerne : la définition du médicament et différentes catégories, les modalités de l'homologation avant mise sur le marché, les modalités liées à la préparation, au contrôle, à la vente en gros, à la distribution au détail, etc.
- une inspection pharmaceutique qui ne se réalise pas de manière efficace du fait du manque de dispositif de laboratoire pour le contrôle de qualité des médicaments et que le service des inspections pharmaceutiques au sein de l'inspection générale de la Santé ou des bureaux inspections/médicaments dans les Inspections Provinciales de Santé et des bureaux de l'inspection contrôle des DPS ne sont pas encore opérationnels;
- une faible collaboration intersectorielle notamment avec les services d'application des lois (Douanes, Police et Justice) et internationale avec les autorités de réglementation pharmaceutique d'autres pays;
- au fait qu'un bon nombre des produits pharmaceutiques sont du circuit hors SNAME à cause de la faible pénétration de ce système national dans l'organisation sanitaire du pays.

3 La faible accessibilité financière de la population aux médicaments

Une grande partie de la population a des difficultés à s'acheter les médicaments de qualité. Cette inaccessibilité résulte du prix élevé des médicaments tributaire du niveau des taxes, des coûts logistiques et du non subventionnement des médicaments.

¹³ DPM & Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, Etude sur la disponibilité des médicaments dans les Formations sanitaires de Kinshasa

Problèmes prioritaires en rapport avec les médicaments

1. **Faible disponibilité des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans les FOSA**, principalement occasionnée par la faible capacité en gestion des médicaments, la faible capacité opérationnelle des structures du SNAME, et le financement insuffisant alloué au médicament par rapport aux besoins réels.
2. **Persistance de la circulation des médicaments de mauvaise qualité**, liée essentiellement à la faiblesse de l'autorité nationale de réglementation (DPM), au déficit de l'inspection pharmaceutique, à la faible collaboration entre l'autorité de réglementation et les services de contrôle frontalier.

3.3.2.4. Problèmes de financement de la santé

Le coût élevé des soins de santé dans les FOSA par rapport au revenu de la population constitue un défi majeur auquel le secteur doit faire face. En effet, les ménages constituent la principale source et un acteur clé du financement de la santé en RDC dans une proportion de 41% des dépenses courantes de santé¹⁴. A côté des ménages, les autres sources sont l'aide extérieure et le Budget de l'état.

Les ménages ont contribué à 39.3 % des dépenses totales de santé en moyenne entre 2008 et 2013¹⁵. Cette part a légèrement baissé entre 2008 (42%) et 2013 (38%)¹⁶, mais elle reste élevée. La dépense courante des ménages est en grande partie affectée à des dépenses pour les soins curatifs (64%), pour l'achat des médicaments délivrés sur ordonnance (30%), pour les soins préventifs constituent 2%. Par ailleurs 50% des dépenses des ménages vont aux hôpitaux et 14% aux centres de santé et autres prestataires en ambulatoire (CNS 2014).

Les facteurs à la base de ce coût élevé sont : (i) le faible budget de l'Etat alloué aux services et soins de santé, (ii) la fragmentation de l'aide extérieure pour la santé (iii) et l'inefficience entre moyens/ressources investies et résultats obtenus.

Enfin, il convient de relever que l'insuffisance des mécanismes de partage des risques accentue la prépondérance des paiements directs par les ménages. En effet, les dépenses de santé des ménages s'effectuent à plus de 90% par le biais de paiements directs¹⁷.

Faible budget de l'Etat alloué aux services et soins de santé :

Alors que le PNDS 2011-2015 visait d'atteindre 10% du budget national, avec un taux d'exécution satisfaisant, on a plutôt noté le plafonnement du budget alloué à la santé.

¹⁴ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Rapport des comptes de la santé 2013, Kinshasa, mars 2015

¹⁵ Banque Mondiale, Analyse de la stratégie de financement, p.10, 2015

¹⁶ Banque Mondiale, Op.cit, p.10

¹⁷ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Op.cit, p.26

En effet, l'Etat a consacré 4.2% de son budget à la santé, soit 0.7% du PIB en 2013. La part de la santé dans le budget de l'Etat est minime, largement inférieure aux engagements d'Abuja (15%). Le budget du Ministère de la Santé Publique (MSP) représentait 4% du budget de l'Etat en moyenne entre 2007 et 2013 sur une tendance plutôt à la baisse²². Au cours de cette période, le taux d'exécution n'a jamais dépassé 60%¹⁸. En 2015, le budget de la santé sur ressources propres a financé essentiellement la rémunération (73%), le fonctionnement du ministère (14%), la contrepartie des projets (5%), le fonctionnement des hôpitaux (3%). L'investissement sur ressources propres n'a constitué que 1% du budget de la santé.

Les raisons citées sont : (1) la limitation de la pression fiscale, (2) l'existence des dépenses contraignantes, (3) le coulage des recettes publiques et (4) la faible contribution des Gouvernements provinciaux qui se situe à 1%¹⁹ du budget total en 2013.

Insuffisance des mécanismes de partage des risques :

Un certain nombre de mécanismes de partage des risques sont recensés en RDC, mais ces derniers ne couvrent qu'une infime partie de la population. On citera notamment la prise en charge médicale des fonctionnaires et agents des services publics de l'Etat à travers le budget de l'Etat, la prise en charge des travailleurs des entreprises privées du secteur formel tel que le prescrit le code du travail, enfin on compte aussi les mutuelles et l'assurance maladie qui sont peu développés.

Selon le rapport des Comptes Nationaux de la Santé, le niveau de paiement des soins de santé par la population à travers un mécanisme de partage des risques est très faible avec 6% en 2010, 3% en 2011, 4% en 2012 et 3% en 2013²⁰. Il en résulte donc qu'une très faible frange de la population congolaise est couverte par l'assurance maladie. Cette situation expose la majorité de la population à des dépenses catastrophiques et à la renonciation aux soins, surtout parmi le quintile des pauvres.

L'incidence des dépenses catastrophiques en santé, telle qu'estimée à 10% des dépenses totales des ménages, pourrait concerner plus de 10% de la population en 2013. Cependant, une autre mesure généralement utilisée pour estimer les dépenses catastrophiques correspondant à l'équivalent de 40% des dépenses de santé dans les dépenses non-alimentaires des ménages, ce qui donne une estimation moins élevée de l'incidence des dépenses catastrophiques, à hauteur de 2.9% de la population.

Les dépenses catastrophiques semblent affecter davantage les plus pauvres, car en considérant une mesure intermédiaire qui correspond à l'équivalent de 20% des dépenses hors nourriture, 16.3% des plus pauvres dépensent plus de 20%, alors que seulement 10.5% des non-pauvres dépensent cette part de 20%.

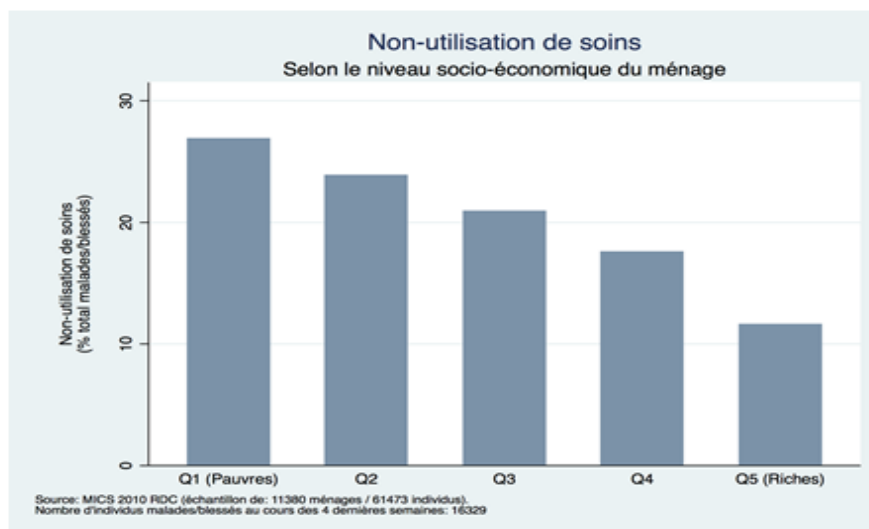
Les dépenses appauvrissantes affecteraient environ 1% de la population au niveau national, et 2% en milieu rural.

¹⁸ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Ibidem, p.20

¹⁹ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Comptes Nationaux de la Santé, Op.cit, p.24

²⁰ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Comptes Nationaux de la Santé, Idem, p. 26

Figure Erreur ! Pas de séquence spécifié.: Renonciation à l'utilisation des soins de santé



Faible accessibilité financière aux soins, accentuée chez les ménages les plus pauvres...

Dans un système de paiement à l'acte, les usagers couvrent la totalité des frais de consultations et de médicament, à l'exception de quelques zones de santé qui ont récemment introduit le paiement forfaitaire subventionné. Les consultations au Centre de santé (13%) et les médicaments (32%) représentent presque la moitié des paiements directs des usagers, le reste (44%) va principalement aux frais d'hospitalisation (secondaire et tertiaire). Les fonds des ménages sont essentiellement utilisés pour assurer les frais liés à la santé maternelle (accouchements, césariennes, et suites de couches) et infantile (principalement infections respiratoires et paludisme).

Les dépenses en santé des ménages sont de l'ordre de 5 \$US en moyenne par tête, oscillant entre 4.5 et 5.9 \$US entre 2008 et 2013. Le secteur privé, quant à lui, a contribué à hauteur de 4% de la dépense totale en 2012, à travers le paiement direct des frais de santé de certains employés du secteur formel.

L'accès aux mutuelles est associé au niveau de richesse : 0.7% des hommes et 1% des femmes du plus pauvre quintile déclarent bénéficier d'un mécanisme assurantiel, alors que 12% des hommes et 15.3% des femmes du quintile le plus riche sont affiliés (EDS, 2013/2014).

Les paiements directs des soins que pratiquent la majorité des ménages ont comme conséquences : (i) l'exclusion des soins de santé par manque d'argent (20% à 39% de la population), (ii) l'appauvrissement des ménages (endettement du malade ou sa famille et gage ou vente de biens pour couvrir les frais de soins de santé), (iii) le retard dans la recherche de soins, (iv) l'emprisonnement en milieu hospitalier et (v) la forte utilisation du secteur informel (automédication, médecine traditionnelle, ...).

Parmi les facteurs qui entretiennent cette situation, il convient de citer : (1) l'existence de paiements à l'acte, (2) la non application de la politique de protection sociale et l'absence d'une stratégie de financement, (3) le faible pouvoir d'achat de la population.

Fragmentation de l'aide extérieure destinée aux services et soins de santé :

La part de l'aide extérieure a augmenté de 33% à 37% entre 2008 et 2013 avec un pic à plus de 47% en 2010. Les Comptes Nationaux de la Santé indiquent une augmentation de 291 millions à 462 millions entre 2008 et 2013. L'aide extérieure pour la santé qui provient de la coopération bi et multilatérale, des ONG, Fondations et Initiatives Internationales était estimée à 462.665.467 \$US sur 1.160.297.133 \$USD, soit 40% de la dépense courante de santé²¹ en 2013. Ce niveau de financement de la santé en RDC témoigne d'une forte dépendance à l'aide extérieure.

Malgré cette progression (379.664.371 \$USD en 2012 à 462.665.467 \$US en 2013), l'aide extérieure en santé reste insuffisante par tête d'habitant quand on la compare au reste de la région Afrique centrale (entre 5.7 et 7 US\$ contre 11 US\$ dans la région en 2012)²² et aussi, elle reste quelque peu fragmentée. En outre, les fonds des partenaires techniques et financiers gérés par le Gouvernement sont passés de 257.747.652 USD soit 28% de la Dépense Totale de Santé (DTS) en 2010 à 474.409.920 USD soit 38 % de la DTS en 2013²³.

Actuellement plus de 60% des fonds sont encore directement gérés par les partenaires extérieurs et cette gestion qui ne suit pas les principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, se caractérise par : (i) de nombreuses unités de gestion, (ii) de multiples procédures, (iii) d'importants coûts de gestion , (iv) une absence de mise en commun des ressources entre partenaires et (v) une approche mono cavalière de chaque partenaire d'appui.

Cette gestion de l'aide extérieure se développe dans un contexte où le MSP ne connaît pas un appui budgétaire, n'a pas encore une DAF opérationnelle (pour ce qui concerne la gestion des financements, la passation des marchés et l'ordonnancement) et dispose cependant d'une CAG en cours de réforme pour la gestion des fonds extérieurs.

Inefficacité entre moyens/ressources et résultats :

- 1) L'OMS, dans un rapport mondial de 2009 rapporte que 20 à 40% des ressources de la santé sont perdues suite à l'inefficacité²⁴. En RDC, il y a par exemple la mauvaise gestion des finances du secteur du point de vue affectation, achat, régulation, contrôle. La régulation et le contrôle constituent *le maillon faible du circuit* des financements dans le secteur de la santé. Quelques audits des finances menés dans des projets appuyés par les partenaires ont constaté les faits suivants : les procédures de passation des marchés ne sont pas

²¹ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : Op cit, p.29

²² Groupe de la Banque mondiale ; Investir dans la couverture sante universelle: opportunités et défis pour la République Démocratique du Congo, Revue des dépenses publiques de sante, Kinshasa, 2014

²³ Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS , Op.cit, p. 12

²⁴ OMS Rapport sur la santé dans le monde, 2010

rigoureusement suivies ; la gestion des fonds rencontre plusieurs irrégularités qui ne sont pas compatibles avec les principes de transparence et de responsabilité exigés tant par les partenaires que par la Loi sur les Finances Publiques (LOFIP) ; les informations ou les dossiers comptables ne sont pas bien tenus ; l'inexistence des normes d'utilisation des recettes générées au niveau des structures sanitaires.

Tous ces facteurs empêchent les structures de fournir des soins et des services de qualité.

Au décours de cette analyse faite sur le financement de la santé, le PNDS 2016-2020 qui s'inscrit dans la marche vers la couverture sanitaire universelle va principalement se pencher sur la question du paiement direct, des dépenses catastrophiques de santé et de la lourde charge financière pour les ménages. Ces facteurs constituent un frein à l'accès aux soins de santé.

Problèmes prioritaires de financement du secteur

1. **Faible allocation des ressources publiques au secteur de la santé:** la part du budget de l'Etat allouée au secteur de la santé est faible (4%); la faible pression fiscale exercée sur le PIB, les dépenses contraignantes ainsi que la faible mobilisation des recettes en sont les causes.
2. **Insuffisance des mécanismes de partage des risques:** le paiement direct par acte est le mode principal (plus de 90%). Ce mode de paiement amplifie les barrières financières.
3. **Fragmentation de l'aide publique au développement:** l'aide publique représente 38% des dépenses totales de santé en 2013. De multiples unités et procédures de gestion, couplées à une absence de mise en commun des ressources en sont les causes.
4. **Inefficacité et faible application des procédures de gestion financière:** les procédures de gestion financière et de passation des marchés telles qu'éditées ne sont pas strictement respectées dans le secteur.

3.3.2.5. Problèmes du système d'information sanitaire

Le 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.

La composante « SNIS SSP » est réglementée et fonctionnelle. Ses outils de collecte de données, de transmission et d'analyse ont été adoptés avec l'ensemble des parties prenantes et le DHIS2 a été adopté comme logiciel pays pour améliorer la complétude et la promptitude et l'analyse des données collectées. Ce logiciel est progressivement mis en œuvre dans le pays.

La composante « Surveillance épidémiologique », quant à elle, n'a pas de texte réglementaire et fonctionne relativement bien, car les flambées épidémiques sont détectées à temps grâce à la remontée rapide de l'information même si les ripostes sont organisées souvent en retard.

La composante « Suivi et évaluation des Programmes spécialisés » (PNLP, PEV, PNSR, PNLT-PNEL, PNAM, VIH, etc.) dispose d'outils et fonctionne de façon variable mais toujours sans articulation entre eux. Cette composante devra intégrer progressivement la composante SSP à travers la plateforme DHIS2 sous le format modulaire.

La composante « Comptes Nationaux » est fonctionnelle, car elle produit régulièrement les rapports des comptes pour les agrégats indispensables pour le suivi des financements et la comparabilité avec d'autres pays. Cependant, il y a quelques défis à relever dans le cadre de son institutionnalisation, notamment l'établissement des normes pour la collecte et l'analyse des données, le développement des méthodes d'estimation des données entre deux enquêtes, la décentralisation de la production et la remontée des données financières, le renforcement des capacités des acteurs provinciaux sur le système des comptes, et la sécurisation des ressources.

La sous composante « Gestion des ressources humaines faisant partie de la composante « Gestion administrative » est fonctionnelle. Cependant, elle nécessite la formalisation des textes y relatifs, la production des outils de collecte, d'analyse des données et la définition du circuit de l'information de la base au sommet.

Les composantes « Enseignement des Sciences de Santé » et « Médicaments » ne sont pas encore pleinement fonctionnelles. La première a défini les indicateurs et les outils pour les états des lieux des ITM/ IEM, tandis que la seconde est en train d'expérimenter le SIGL dans quelques ZS dans le cadre de l'extension du DHIS2..

De l'analyse réalisée, le principal problème identifié est que le SNIS n'est pas encore capable de fournir en temps réel des données de qualité pour la prise de décision et la planification des interventions de santé. De ce problème central, ont été tirés les principaux problèmes du pilier, regroupés en trois domaines (i) Faible complétude, promptitude et correctitude des données collectées, (ii) Faible analyse et utilisation de l'information sanitaire (iii) Faible diffusion de l'information de qualité.

Faible complétude, promptitude, correctitude des données collectées

Ce problème est lié à la faible disponibilité des outils de gestion SNIS (collecte et transmission). Ceci est dû non seulement à la forte dépendance vis-à-vis des partenaires pour la reprographie des canevas de collecte, mais aussi à la centralisation de la reproduction des outils de gestion à Kinshasa.

Cette situation entraîne l'utilisation des outils de collecte et des moyens de transmission inappropriés, ce qui engendre la non exhaustivité des informations collectées, le retard et le coût élevé dans la mise à disposition des outils auprès des formations sanitaires.

L'existence des circuits parallèles de l'information et la multiplicité et la lourdeur des outils de collecte et de transmission engendrent la surcharge de travail des prestataires ainsi que la faible qualité de données.

La faible informatisation du SNIS est due à la faible disponibilité des équipements à tous les niveaux (outils informatiques, connexion internet, source d'énergie,...), à la faible maintenance de ces équipements et à l'absence des ressources pour la mise en œuvre du PNDS. Cette situation ne favorise pas le passage à échelle rapide dans l'utilisation du DHIS2, à l'intégration du logiciel de gestion des malades dans les hôpitaux et d'autres applications web adoptées par le Ministère. Il va de soi que du fait de l'insuffisance d'agents de maintenance, nombreux équipements sont altérés ou en panne, ce qui réduit considérablement leur durée de vie.

La faible intégration de structures privées dans la gestion de l'information sanitaire est due à l'insuffisance de la contractualisation.

L'insuffisance du personnel formé est liée la mobilité du personnel formé et compétant.

La faiblesse dans la supervision, le suivi et l'évaluation est liée à l'insuffisance de moyens pour réaliser des bonnes supervisions intégrées et le suivi et évaluation

Faible utilisation et analyse de l'information sanitaire

La mauvaise qualité des données et la faible complétude témoigne de la sous-utilisations des données à tous les niveaux. En effet, on observe un écart entre les directives et la mise en œuvre des mécanismes de vérification et de validation des données à différents niveaux ainsi que leur exploitation et utilisation dans la prise des décisions. Les compétences des Data managers et utilisateurs au niveau des ZS en matière de traitement et analyse de l'information sont faibles.

Faible diffusion de l'information de qualité

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

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

- 1. La désintégration des différentes composantes du SNIS, liée à la non réglementation de la quasi-totalité des différentes composantes (excepté le SNIS SSP)** occasionne de multiples approches et outils de collecte, de validation, de transmission et d'analyse des données
- 2. Faible complétude, promptitude et correctitude des données collectées,** liée essentiellement au faible renforcement des capacités et à la faible informatisation du secteur.

3. Faible diffusion de l'information de qualité, liée à la multiplicité des sources de production des données et des sites de diffusion au sein du Ministère occasionnant ainsi la sous utilisation du site web officiel du MSP

3.3.3. Problèmes de gouvernance et du pilotage du système de santé

Les problèmes du pilier « Gouvernance » identifiés en 2010 persistent en 2015. Ces problèmes prioritaires sont : (i) *la faible régulation et normalisation du secteur*, (ii) *le faible niveau d'exécution dans la mise en place des réformes sectorielles, notamment la couverture sanitaire universelle, la réforme hospitalière, le développement des ressources humaines, le développement des laboratoires...*, (iii) *la collaboration intra et intersectorielle n'est pas encore optimale pour améliorer la santé de la population*, et (iv) *la coordination sectorielle présente encore quelques difficultés*.

3.3.3.1. Faible régulation et normalisation du secteur

Le secteur de la Santé fonctionne avec des lois et règlements désuets.

Selon les articles 47 et 202 de la Constitution de la RDC du 18 février 2006 telle que modifiée par la loi n° 11/002 du 20 janvier 2011, le secteur de la Santé devra être doté d'une loi qui fixe les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique et de la sécurité alimentaire et d'une loi sur le commerce pharmaceutique. Ces deux lois, pourtant fondamentales pour régir le secteur de la santé, ne sont toujours pas votées par le Parlement. Par conséquent, l'un des secteurs prioritaires pour l'émergence du pays reste encore régi par le décret-loi sur l'art de guérir qui date de 1952 et par la loi pharmaceutique de 1933. L'absence d'une loi hospitalière ne favorise pas non plus la bonne gouvernance dans les hôpitaux.

Les textes réglementaires devant réguler les compétences concurrentes entre l'Etat et les Provinces en matière de santé ne sont pas toujours élaborés; ceci engendre des confusions dans l'interprétation de certaines dispositions relatives à ces matières.

Par ailleurs, le texte devant donner au SNAME le statut d'établissement public, de manière à garantir son financement par l'Etat et sa pérennisation n'est pas encore endossé. La réglementation de la tarification des soins est obsolète et souffre d'un manque criant de standardisation. Le prix des actes médicaux diffère d'une formation sanitaire à une autre. La césarienne par exemple, à Kinshasa, varie de 200 à 1400 dollars dans les formations sanitaires de plateau technique similaire.

Ce vide légal imputable notamment à la faible capacité institutionnelle du secteur santé en légistique, ouvre la porte à toutes sortes de distorsions qui favorisent la commercialisation des soins, l'implantation anarchique des structures de soins, des établissements d'enseignement des sciences de santé et des pharmacies dans une totale impunité.

Notons toutefois que le secteur de la santé a produit, depuis 2012, le projet de loi fixant les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique ainsi que celui sur la couverture sanitaire universelle et le projet de la loi sur la Santé de la reproduction.

Le renforcement des capacités en plaidoyer pourra faire aboutir plus rapidement l'adoption de ces lois par les deux chambres du Parlement pour ainsi faciliter la mise en œuvre du PNDS 2016 – 2020. Cependant le MSP ne dispose pas en ce jour un instrument efficace en cette matière.

La normalisation reste encore insuffisante dans le secteur santé

Durant la mise en œuvre du PNDS 2011-2015, le Ministère de la Santé a élaboré les normes d'intervention en santé maternelle, néonatale, des enfants et adolescents.

Les référentiels de formation des ECZ, des sages-femmes et des accoucheuses, le manuel de procédure de gestion, les ordinogrammes, les outils de surveillance des décès maternels et riposte, les modules de formations continues en soins obstétricaux néonataux d'urgence selon les nouvelles approches basées sur les compétences, les outils de gestion des médicaments, la liste nationale de médicaments essentiels et les guides thérapeutiques, ainsi que les normes d'équipement des Hôpitaux secondaires et tertiaires ont été élaborés.

Il existe de nombreux projets de normes élaborés par les Programmes spécialisés non validés par le Comité de Coordination Sectoriel et donc diffusées dans les zones de santé sans l'autorisation de l'autorité de tutelle.

Il est important de signaler que même les normes validées sont insuffisamment vulgarisées dans les zones de santé à travers les Divisions Provinciales de la Santé qui, soit n'en perçoivent pas le bien fondé par manque de briefing, soit n'ont pas de ressources pour leur reproduction. Le niveau central qui, par moment et pour mieux faire, centralise la reproduction de quelques normes ne dispose pas toujours de ressources nécessaires à leur diffusion en provinces. Par ailleurs, certaines normes essentielles font encore défaut notamment la carte sanitaire et les normes relatives au fonctionnement des ZS en milieu urbain et celles relatives aux prestations. Cette carence s'explique entre autres par la faible compétence du personnel du niveau central infiltré par des professionnels ne répondant pas au profil et par des cadres n'ayant suivi aucune formation en cours d'emploi depuis plusieurs années.

Cette insuffisance de normes occasionne la non application des normes de soins au niveau opérationnel et ne facilite pas l'inspection contrôle et l'audit de la qualité des services par manque de repères. L'élaboration des plans de couverture des zones de santé se fait sans recours à des normes définissant les paquets des interventions du PMA et du PCA à intégrer dans la communauté et dans les formations sanitaires pour assurer progressivement la couverture sanitaire universelle.

3.3.3.2. Le faible niveau d'exécution dans la mise en place des réformes structurelles dans le secteur santé

La mise en œuvre du cadre organique du niveau central, provisoirement agréé le 18 octobre 2012, tributaire des réformes de l'administration publique, connaît un début d'application. Actuellement, seule la DEP fonctionne avec des effectifs proches des normes. La DLM, qui doit comprendre les Divisions de l'hygiène et de laboratoire a connu un début de restructuration sans suite. Dans le cadre de la réforme, le processus de restructuration des programmes est amorcé et demeure en cours.

Le Ministère de la Fonction Publique a initié depuis 2015, la mise en place des Directions centrales transversales qui sont la DEP, la DAF et la DANTIC pour

certain ministères dont celui de la Santé Publique. Ce processus s'adaptera aux spécificités sectorielles du MSP du fait de l'existence d'une DEP, modèle du Gouvernement et du fait de la mise en place de la CAGF devant s'intégrer dans la DAF.

Cette réforme du niveau central souffre (i) du retard dans la mise en œuvre du plan social d'accompagnement (ii) du manque d'une feuille de route, (iii) d'une vulgarisation insuffisante sur les avantages de la réforme qui engendre une résistance des cadres centraux, (iv) du manque d'appropriation nationale et enfin (v) du manque de financements conséquents.

Ce retard occasionne l'affectation, au niveau central, des cadres qui n'ont pas, parfois, de compétences pour assumer les missions confiées à ce niveau (régulation, normalisation, élaboration des politiques, appui conseil et suivi de la mise en œuvre etc.). Tout ce retard explique le faible accompagnement de la réforme du niveau intermédiaire par le niveau central non réformé

Le niveau Provincial : A ce niveau, les 26 DPS ont été créées²⁵. Les Chefs de Divisions et les Chefs de Bureaux ont été recrutés sur concours. Ce processus conduit depuis plusieurs mois a connu une accélération entre 2014 et 2015.

Dans la plupart des cas, le fonctionnement de ces DPS n'est pas optimal pour diverses raisons : (i) le recrutement du reste du personnel d'appoint n'est toujours pas encore achevé. (ii) les DPS ne bénéficient pas encore des ressources suffisantes pour la mise en œuvre de leurs plans opérationnels. (iii) toutes n'ont pas encore un environnement idéal de travail. (iv) le budget de l'Etat qui est décaissé ne couvre que le salaire et la prime de risque. (v) le Contrat Unique, un mécanisme de gestion développé par le MSP et les PTF pour optimiser le fonctionnement de la DPS prend du temps à se mettre en place et (vi) les coordinations provinciales des Programmes spécialisés, appelées à intégrer les DPS et qui drainent plus de 60% des ressources financières, restent encore rattachées aux Inspections Provinciales de la Santé.

Il faut noter que la DPS Kinshasa accuse un retard dans le processus de réforme. En vue de soutenir ces structures nouvellement formées, douze encadreur nationaux (dénommés Coachs) ont été sélectionnés pour l'accompagnement des DPS. Leur positionnement au niveau des provinces permet de mettre au point un plan de renforcement des DPS qui aboutira à terme à l'encadrement des zones de santé pour des prestations de qualité.

La mise en place de 26 DPS devait se faire concomitamment avec celle des Inspections Provinciales de la Santé (IPS) reformées, en termes de missions et mandats spécifiquement en ce qui concerne l'Inspection et contrôle.

Actuellement seules 11 IPS existent mais dans le format ancien. Il y a un retard dans la mise en place des 26 Inspections Provinciales de la Santé (IPS). Leur réorganisation fonctionnelle a pris du retard avec comme principales conséquences des conflits interpersonnels et de compétences au niveau provincial. Cette situation handicape l'accompagnement du développement des zones de santé.

²⁵

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

3.3.3.3. La collaboration au sein du secteur n'est pas encore optimale

La collaboration au sein du secteur et en dehors du secteur de la santé avec les autres secteurs, les privés ainsi qu'avec les communautés, n'est pas encore optimale pour favoriser l'offre et la demande de services et soins de santé de qualité.

Collaboration intra sectorielle.

Au niveau central, la collaboration entre les Services reste encore faible. Le cloisonnement continue à persister dans l'exécution de certaines activités transversales et la duplication ainsi que le chevauchement des attributions de certaines structures demeure. Aussi, dans le cadre du partenariat Public-Privé (PPP), quelques contrats ont été signés durant ce dernier quinquennat sur base du vadémécum du partenariat²⁶. Le suivi et l'application de ces contrats restent encore insuffisants. Il en est de même pour l'accréditation et la labellisation des structures privées pour les pousser à aller vers l'excellence. Le Cadre Permanent de Dialogue avec la Société civile envisagée en 2010 n'est toujours pas mis en place.

Ceci pourrait bien expliquer le développement d'un secteur privé mal régulé avec une implantation des services et structures sanitaires ne répondant pas aux normes.

Collaboration intersectorielle.

La collaboration avec les Ministères connexes permet de susciter l'intégration des priorités du secteur de la santé dans les politiques publiques desdits ministères. A titre d'illustration, il a été institué par décret N° 15 /042 du 16 décembre 2015 un Comité National Multisectoriel de Nutrition (CNMN-RDC) devant servir d'organe de concertation et d'orientation des intervenants en matière de nutrition.

Cependant la collaboration intersectorielle n'a pas assez contribué à l'amélioration de l'offre et de l'accessibilité aux services et soins de santé.

On note par exemple, que la planification conjointe de la production des professionnels de santé des niveaux supérieur et universitaire ne se fait pas encore de manière formelle. Le cadre de concertation n'est toujours pas en place. Cela occasionne la surproduction des professionnels de santé des niveaux supérieur et universitaire par rapport aux besoins du principal utilisateur qui est le MSP.

Aussi, la collaboration avec le Ministère de l'Emploi, Travail et Prévoyance Sociale n'a pas encore abouti à la prise en compte effective de l'assurance maladie dans la politique de la protection sociale des employés du secteur informel. Et pourtant, ceci a des implications dans la perspective de la couverture sanitaire universelle.

La dynamique communautaire dans l'organisation de l'offre et de la demande des services et soins de santé de qualité reste encore faible

La situation de la santé de la population congolaise reste précaire malgré les avancées notées ces dernières années. Certaines études faites actuellement sur le système de santé montrent que pour améliorer l'état de santé de la population, il faut redynamiser le système de santé au niveau communautaire.

²⁶ Ce vadémécum du partenariat élaboré en 2002 mérite d'être adapté dans le cadre de la décentralisation

En ce qui concerne l'offre de soins, on note une insuffisance d'implication de la communauté dans la gestion des structures et la planification des activités de santé. La mise en place des sites de soins communautaires pourrait contribuer à la redynamisation des organes de participation communautaire dont les procédures et les modalités de gestion sont détaillées dans le document de guide de mise en œuvre des sites de soins communautaires.

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, il y a très peu d'efforts communautaires pour la création des mutuelles de santé et autres mécanismes de partage des risques.

Au regard de la dynamique de la décentralisation, il y a lieu de repenser la dynamique communautaire comme un espace de concertation entre des élus des entités territoriales décentralisées (ETD) et des services techniques. A cet effet, il y a lieu de penser à l'élaboration et la mise en œuvre efficace d'une stratégie commune de participation communautaire en mettant à contribution les différentes parties prenantes, y compris les Ministères concernés.

3.3.3.4. La coordination du secteur présente quelques difficultés

La coordination du secteur présente encore quelques difficultés malgré les efforts d'alignement aux priorités nationales. Le Comité National de Pilotage (CNP-SS) ne fonctionne pas encore de façon optimale. Les structures techniques (Commissions et Groupes de Travail) chargées de fournir la matière ne sont pas pleinement fonctionnelles. Un effort a été fourni en 2014 pour amener les différents partenaires à prendre une part active en assurant la co-présidence des commissions techniques.

La participation assez faible et irrégulière des représentants des ministères et institutions connexes, associée à l'absence d'un mécanisme de redevabilité obligeant les Commissions à rendre régulièrement compte de leurs activités et de leur productivité ne permet pas encore un fonctionnement optimal du CNP-SS et ses organes.

En outre, suite à la faible fonctionnalité du système de suivi-évaluation, il est noté le manque d'accès à l'information stratégique permettant une prise de décisions basée sur les évidences. Ce manque de symétrie d'information au sein du CNP et des commissions techniques est probablement à la base du peu d'intérêt accordé aux réunions du CCT et du CNP par les ministères connexes et par les partenaires techniques et financiers.

L'appui actuel au dialogue politique financé par un partenariat à travers l'OMS, qui se fait au niveau du CNP-SS et des CPP-SS est en cours d'opérationnalisation. Le cadre réglementaire du CNP-SS est en cours de modification pour prendre en compte la concertation avec les provinces, une plus grande représentativité de la société civile et la mise en place d'un secrétariat technique au niveau national et provincial. Il est également envisagé l'intégration progressive de la Coordination de la lutte contre le VIH, le Paludisme et la Tuberculose dans le cadre de la restructuration du CCM.

Cette insuffisance de coordination du secteur de la santé explique le faible niveau de validation des normes élaborées, le non alignement des financements aux

priorités du secteur, l'absence d'équité dans l'affectation des ressources dans les zones d'intervention et la fragmentation du financement.

Problèmes prioritaires en rapport avec la gouvernance :

- 1. la régulation du secteur reste insuffisante:** les textes légaux institués par la constitution et les textes réglementaires ne sont pas endossés; la faible capacité institutionnelle et la faible capacité en légistique en sont les causes.
- 2. La normalisation du secteur est insuffisante et peu efficace:** plusieurs normes élaborées et existantes dans certaines ZS ne sont ni validées ni adoptées par le CCT. La diffusion et la vulgarisation en faut défaut.
- 3. Le faible niveau d'exécution dans la mise en place des réformes structurelles dans le secteur santé :** la réforme du niveau central n'a pas encore vu le jour, la faible vulgarisation et l'absence d'un plan d'accompagnement social autre autres expliquent le fait. Celle du niveau intermédiaire connaît quelques problèmes d'adaptation et d'intégration.
- 4. La coordination du secteur a été insuffisante** à cause de la faiblesse dans le fonctionnement des Commissions du CNP-SS et Groupes de travail des CPP-SS, du déficit de production des informations stratégiques pour le suivi et l'évaluation.
- 5. La collaboration intra sectorielle n'est pas encore optimale :** les chevauchements d'attributions entre les structures du MSP subsistent encore. Le privé lucratif prend de plus en plus d'ampleur sans être efficacement régulé. Le suivi des contrats dans le cadre du Partenariat Public-Privé(PPP) demeure encore insuffisant.
- 6. La Collaboration intersectorielle a été rendue difficile:** plusieurs cadres de concertation n'ont pas fonctionné, ce qui a rendu la coordination peu efficace dans certains sous secteurs (RHS, Financement, etc.).

4. BUT, OBJECTIFS ET CIBLES

4.1. But et Objectifs

But : Contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2020.	
Objectif général : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de façon à permettre à tous, de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.	
CIBLES	INDICATEURS D'IMPACT
Cible 1 : D'ici 2020, contribuer à réduire de 846 à 548 les décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	1. Ratio de mortalité maternelle
Cible 2 : D'ici 2020, contribuer à réduire la mortalité infanto-juvénile de 104 à 60 décès pour 1000 naissances vivantes	2. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans 3. Taux de mortalité infantile 4. Taux de mortalité néonatale
Cible 3 : D'ici 2020, contrôler l'épidémie de VIH, de tuberculose, de paludisme et des maladies tropicales négligées ; combattre les hépatites B & C et les maladies transmises par l'eau, ainsi que d'autres maladies transmissibles	5. Taux d'incidence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans et taux de mortalité lié au VIH/Sida 6. Taux de prévalence et taux de mortalité lié au paludisme 7. Taux d'incidence de la tuberculose et la mortalité liée à la tuberculose 8. La prévalence des maladies tropicales négligées 9. La prévalence des hépatites virales B & C 10. L'incidence des maladies transmises par l'eau

Cible 4 : D'ici 2020, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée dû à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être	11. Mortalité liée à l'hypertension artérielle chez les personnes adultes 12. Mortalité liée au diabète chez les personnes adultes 13. Prévalence des maladies mentales 14. Mortalité liée au cancer du col, du sein et de la prostate
Cible 5 : D'ici 2020, renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psycho actives, notamment de stupéfiants et d'alcool	15. Prévalence de la toxicomanie (tabagisme, alcoolisme...)
Cible 6 : D'ici 2020, diminuer de moitié le nombre de décès dus à des accidents de trafic routier (ATR) dans les Etablissements de soins.	16. Taux de mortalité hospitalière due aux ATR dans les Etablissements de soins
Cible 7 : D'ici 2020, contribuer à réduire d'un tiers le nombre de décès et de maladies dus à des substances chimiques dangereuses et à la pollution ainsi qu'à la contamination de l'air, de l'eau et du sol	17. Taux de mortalité liée aux maladies dus aux substances chimiques dangereuses et à la pollution ainsi qu'à la contamination de l'air, de l'eau et du sol
Cible 8 : D'ici 2020, la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant la malnutrition chronique est réduite de 43% à 33%	18. Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans
Objectif sectoriel : Accroître la couverture et l'utilisation des soins de santé de qualité par la population avec équité et protection financière.	
CIBLES	INDICATEURS DES RESULTATS
Cible 1 : D'ici 2020, la proportion de la population qui a accès aux soins de santé de qualité est augmentée de 50%	19. Proportion de la population couverte par des centres de santé offrant un PMA conforme aux normes 20. Proportion de la population couverte par HGR offrant un PCA conforme aux normes 21. Taux d'utilisation des services de santé 22. Taux d'infections post opératoires 23. Taux de mortalité intra hospitalière au-delà de 48 heures

Cible 2 : D'ici 2020, la proportion des femmes enceintes qui utilisent les services de CPN lors de leur dernière grossesse et les services d'accouchements assistés passe respectivement de 88,4 à 90 % et de 80,1 à 90 %	24. Proportion des femmes enceintes qui ont utilisé la CPN 4 lors de la dernière grossesse 25. Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié
Cible 3 : D'ici 2020, réduire de 60% à 40%, la prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois et de 38% à 25% chez les femmes de 15 à 49 ans	26. Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois et la femme de 15 à 49 ans
Cible 4: D'ici 2020, l'accès aux services de soins de santé sexuelle et reproductive, est augmenté de 70%	27. Proportion de la population couverte par les services de prise en charge des IST et violences sexuelles 28. Prévalence contraceptive moderne
Cible 5: D'ici 2020, la couverture vaccinale des enfants passe de 45,5 à 80%	29. Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole 30. Proportion d'enfants qui ont reçu la troisième dose de DTC-HepB-HIb 31. Proportion d'enfants ayant reçu la troisième dose de VPO 32. Proportion d'enfants complètement vaccinés 33. Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins 2 doses de VAT
Cible 6 : D'ici 2020, la proportion d'enfants de moins de 5 ans et de femmes enceintes qui dorment sous MII et celle de ceux qui reçoivent un traitement correct (au 1er jour) du paludisme confirmé augmente respectivement de 58,3 à 80%, de 60 à 80% et de 14,6 à 60%	34. Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous MII la dernière nuit avant l'enquête 35. Proportion de femmes enceintes qui ont dormi sous MII la dernière nuit avant l'enquête. 36. Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une confirmation biologique du paludisme et qui ont reçu un traitement conformément à la politique nationale 37. Proportion de femmes enceintes ayant bénéficié des 4 doses de TPI
Cible 7 : D'ici 2020, la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant	38. Proportion d'enfants souffrant de la malnutrition aigüe pris en charge dans les

la malnutrition aiguë pris en charge dans les centres de santé passe de 15 à 50 %	structures de santé conformément à la politique nationale
Cible 8 : D'ici 2020, le décès dû à la tuberculose et l'incidence de la tuberculose sont réduits respectivement de 3 à 1,95% et de 325 à 260 pour 100 000 habitants	39. Taux de décès dû à la tuberculose 40. Nombre de cas incidents (nouveaux patients et rechutes de la tuberculose pendant l'année
Cible 9 : D'ici 2020, le nombre de personnes vivant avec le VIH et qui reçoivent un traitement aux antirétroviraux passe de 101.924 (24,1%) à 315.000 (75%)	41. Proportion d'adultes qui connaissent leur statut sérologique 42. Nombre d'adultes et d'enfants qui vivent avec le VIH/SIDA et qui reçoivent les antirétroviraux 43. Proportion d'adultes et d'enfants sous ARV dont la charge virale a été supprimée au cours de la période de référence 44. Pourcentage de femmes enceintes VIH positives mises sous TAR pour réduire le risque de transmission 45. Proportion de femmes enceintes dépistées au VIH
Cible 10 : D'ici 2020, la proportion de personnes transfusées avec du sang testé selon les normes nationales passe de 70 à 100%	46. Proportion des personnes transfusées au sang testé aux 4 marqueurs
Cible 11 : D'ici 2020, la population bénéficiant d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité augmente de 1,5 à 10%	47. Proportion de la population couverte par un mécanisme de partage du risque maladie 48. Proportion de HGR & CS appliquant la tarification forfaitaire
Cible 12 : D'ici 2020, l'accès de la population à l'eau potable et aux toilettes améliorées (latrines hygiéniques) augmente respectivement de 50,4 à 70% et de 20,5 à 30%	49. Proportion de la population ayant accès à l'eau potable 50. Proportion de la population qui utilise les toilettes améliorées (latrines hygiéniques)

4.2. Stratégie d'intervention et résultats attendus

La stratégie d'intervention pour atteindre les objectifs et les cibles de ce PNDS 2016-2020 est structurée en trois principaux axes. Il s'agit de : (i) développement des ZS

et continuité des soins²⁷ (ii) appui au développement des ZS²⁸ (iii) renforcement de la gouvernance et pilotage du secteur.

4.2.1. Axe 1 : Développement des Zones de santé et continuité des soins

Deux résultats sont assignés à cet axe.

Résultat 1.1. La proportion des structures de santé organisées, accessibles géographiquement et disposant des services intégrés, offrant des soins et des services de santé de qualité est augmentée de 30 à 60%.

Résultat 1.2. La proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs), le contrôle communautaire et le développement des zones de santé est augmentée de 50%.

4.2.2. Axe 2 : Appui au développement des zones de santé

Cet axe se rapporte aux actions concernant le renforcement du système de santé par la création des conditions favorables à la disponibilité des services et leur utilisation par la population.

Cinq résultats se rapportent à cet axe.

Résultat 2.1. Au moins 50% des structures de santé à tous les niveaux du Système de Santé disposent d'un personnel de santé compétent, performant, motivé, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité.

Résultat 2.2. Au moins 80% des infrastructures sanitaires ciblées sont construites et/ou réhabilitées et équipées dans le contexte de l'émergence du pays.

Résultat 2.3. La disponibilité des médicaments et produits de santé de qualité, prioritaires et vitaux, parmi lesquels les 13 médicaments qui sauvent les vies des femmes et des enfants ainsi que les médicaments des Programmes spécialisés du MSP est augmentée dans les FOSA de 20 à 80%.

Résultat 2.4. L'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est augmentée de 30% et la part du paiement direct dans les dépenses de santé des ménages est réduite de 90% à 60%.

Résultat 2.5. La disponibilité de l'information sanitaire de qualité est assurée à 80% pour une meilleure prise de décision.

4.2.3. Axe 3 : Renforcement de la gouvernance et pilotage du secteur

Le renforcement de la gouvernance est transversal. Il concerne aussi bien l'organisation des soins que l'encadrement des piliers dans leur contribution dans

²⁷ Le développement des ZS se traduit par la disponibilité des paquets de services conformes aux normes, leur accessibilité et l'utilisation par la population

²⁸ L'appui au développement des ZS se caractérise par le renforcement des différents piliers du système de santé qui contribuent à l'organisation des services et soins de santé

l'amélioration de la disponibilité et l'accessibilité aux soins. Deux résultats sont attendus

Résultat 3.1. Le pilotage du secteur de la santé est assuré dans le contexte de la décentralisation pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité.

Résultat 3.2 : 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

5. CADRE PROGRAMMATIQUE

Ce cadre programmatique du PNDS 2016-2020 décrit les actions envisagées pour poursuivre le développement des zones de santé en vue de garantir la disponibilité des services et soins de santé de qualité et leur meilleure accessibilité par la population dans ces 5 prochaines années.

Ces actions sont définies au regard de chacun de trois axes stratégiques de ce PNDS. Il s'agit de : (i) Développement des zones de santé et continuité des soins en vue de l'amélioration de la disponibilité des services et soins de santé de qualité, (ii) Appui au développement des zones de santé et (iii) Renforcement de la gouvernance et pilotage du secteur.

5.1. Développement des Zones de santé et continuité des soins

Le développement des ZS vise l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité géographique et de l'utilisation des services et soins de santé de qualité.

Deux résultats sont attendus pour aboutir au développement des Zones de Santé et à l'assurance de la continuité des soins.

Résultat 1.1. La proportion des structures de santé organisées, accessibles géographiquement et disposant des services intégrés, offrant des soins et des services de santé de qualité est augmentée de 30 à 60%.

L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité géographique de l'offre des soins intégrés et des services de qualité passe par la mise en œuvre de 5 programmes à savoir : (i) l'amélioration de la couverture sanitaire, (ii) la rationalisation du fonctionnement des structures de soins, (iii) l'amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population, (iv) l'amélioration de la résilience des structures et Services de santé face aux épidémies, urgences et catastrophes, et (v) l'amélioration de l'offre au niveau des structures de référence secondaire et tertiaire.

Amélioration de la couverture sanitaire

Ce programme consiste à développer les plans de couverture des Zones de Santé et à créer des services de soins de premier et deuxième échelon.

Il s'agira de l'extension de la couverture sanitaire à travers la construction, la réhabilitation et l'équipement des CS et HGR.

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

Il s'agira principalement d'organiser les HGR de manière à offrir un PCA en interaction avec les CS. La liste des interventions du PCA est reprise en annexe I

Les centres de santé seront organisés pour assurer la prise en charge des cas par l'administration d'un paquet minimum d'activités (PMA) par un personnel compétent et en interaction continue avec la communauté desservie. Il s'agit de contribuer à compléter les capacités des CS pour fonctionner dans des conditions correctes et

délivrer le PMA. La liste des interventions du PMA est reprise en annexe II.

Les interventions à base communautaire et sous directives communautaires, offertes sous forme de paquets des services rationalisés seront mises en œuvre par la communauté sous la supervision de l'équipe du CS. La liste des interventions à base et sous directives communautaires est reprise en annexe III.

Dans les formations sanitaires qui n'auront pas intégré toutes les interventions du PMA, des efforts seront faits pour mettre en œuvre les interventions à haut impact sur la santé de la mère et des enfants (vaccination, nutrition, eau, hygiène et assainissement, planning familial, prise en charge des maladies tueuses de l'enfant, soins obstétricaux néonataux d'urgence de base, etc.). Cfr Annexe III

Face à la disponibilité insuffisante de l'offre des services et soins de santé de qualité dans les Services publics, il est envisagé d'instituer un partenariat avec les structures de santé privées et accréditées.

Rationalisation du fonctionnement des structures sanitaires

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

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

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

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

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 de la contre référence entre les CS et les HGR au niveau de référence primaire, les HGR et les Hôpitaux Provinciaux (HP) au niveau de référence secondaire et enfin, entre les HP et les Hôpitaux Nationaux (HN) dont les Cliniques Universitaires au niveau de référence tertiaire, associée à la supervision intégrée, permettra d'assurer la globalité, l'intégration et la continuité des soins.

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

La qualité des soins résulte d'un processus multifactoriel qu'il convient de conceptualiser dans chaque HGR et CS.

Les directives, ordinogrammes, fiches techniques et protocoles thérapeutiques seront utilisés aux niveaux des CS et des HGR. Une attention particulière sera portée sur l'amélioration du diagnostic par la mise en réseau des Laboratoires des HGR autour du Laboratoire de santé publique provincial et par l'appui à l'organisation du contrôle de qualité des Laboratoires des Hôpitaux de référence primaire.

Un appui spécifique sera apporté pour le développement d'une Démarche Qualité Intégrée à travers les différentes composantes du processus d'assurance qualité (formation du personnel, audits cliniques, dotation en matériels, organisation des services, lutte contre les infections nosocomiales, etc.).

Un accent sera mis sur l'amélioration de l'hygiène en milieu hospitalier (CS et hôpitaux) à travers la mise en place et l'appui au fonctionnement des comités d'hygiène, la disponibilité de l'eau courante, la mise à disposition des matériels et intrants spécifiques pour une meilleure gestion des déchets biomédicaux.

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.

Amélioration de la résilience des structures et Services de santé face aux épidémies, urgences et catastrophes.

Il sera question de développer les capacités des structures à gérer les épidémies, catastrophes et urgences par l'application du règlement sanitaire international.

Il s'agira principalement de renforcer les capacités institutionnelles dans la surveillance épidémiologique à tous les niveaux, le renforcement des capacités des équipes d'intervention rapide ainsi que le pré positionnement des kits dans les différentes provinces pour permettre une réponse prompte aux éventuelles urgences et catastrophes dans l'ensemble du pays.

Une attention particulière sera portée sur la mobilisation et la mise à disposition prompte des ressources requises pour faciliter le déploiement des équipes d'intervention en cas de nécessité.

Amélioration de l'offre au niveau des structures de référence secondaire et tertiaire

La continuité des soins nécessite la mise en place de Services hospitaliers et des Laboratoires de référence secondaire et tertiaire. De la performance de ces Services dépend aussi la qualité des soins qui sont offerts dans les ZS. Ceci étant donné que la formation de base du personnel médical est assurée dans les formations sanitaires du 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.

La carte sanitaire devra définir l'implantation de nouveaux Hôpitaux provinciaux qui devront intégrer les Laboratoires provinciaux de santé publique.

La réhabilitation et la construction des structures de santé de référence secondaire et tertiaire se feront conformément au programme de modernisation des infrastructures et équipements des structures de santé 2016 - 2021.

Résultat 1.2. La proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs), le contrôle communautaire et le développement des zones de santé est augmentée de 50%

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

Renforcement de la dynamique communautaire

La participation effective de la population à l'action sanitaire permettra d'identifier les problèmes et les besoins de santé de la population et en même temps de mettre en place et/ou de renforcer les organes de participation communautaire définis dans la stratégie commune de participation communautaire.

Les prestataires établiront un dialogue avec la communauté organisée, afin d'écouter ses besoins et de l'impliquer dans le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de l'action sanitaire.

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

Promotion de l'utilisation des services de santé

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

Les activités de marketing social et de communication seront intensifiées en collaboration avec les secteurs connexes (Enseignement, Environnement, Eau, Agriculture, Habitat,...) et les leaders communautaires pour une meilleure utilisation et appropriation des services et soins de santé.

Extension des sites de soins communautaires

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

5.2. Appui au développement des zones de santé

L'appui au développement des zones de santé se construit autour de 5 sous axes : (i) Développement des Ressources Humaines pour la Santé, (ii) Développement des infrastructures et équipements (iii) Amélioration de l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments, vaccins et intrants spécifiques de qualité, (iv) Rationalisation du financement de la santé, et (v) Renforcement du Système d'information sanitaire.

5.2.1. Développement des ressources humaines pour la santé

Résultat 2.1: Au moins 50% des structures de santé à tous les niveaux du Système de Santé disposent d'un personnel de santé compétent, performant, motivé, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité.

Pour pourvoir les structures de santé des prestataires de qualité, motivé, en quantité suffisante et équitablement répartis aux différents niveaux du Système de Santé, 3 programmes seront développés à savoir : (i) l'amélioration de la disponibilité et de la fidélisation des ressources humaines en santé compétentes ; (ii) l'amélioration de la formation de base et (iii) le développement des compétences du personnel de santé

Amélioration de la disponibilité et de la fidélisation des RHS compétentes

Un accent sera mis essentiellement sur la rationalisation du personnel en rapport avec l'élaboration et la vulgarisation des normes de dotation en ressources humaines en santé à tous les niveaux, en tenant compte des indicateurs de la charge de travail (approche WISN) ; le redéploiement équitable des agents dans les structures et Services de santé en vue de résorber les pléthores et de combler les déficits qui seront constatés conformément aux normes. Pour favoriser une gestion efficiente des RHS, deux grandes stratégies seront utilisées : (i) maîtrise des flux d'entrées et de sorties des personnels mécanisés ; et (ii) renforcement du système d'information RHS.

En rapport avec la motivation et la fidélisation du personnel de santé, il sera question, dans les 5 prochaines années, de procéder à la mécanisation progressive des agents éligibles et à leur alignement à la prime et au salaire. Pour ce faire, un plaidoyer sera mené auprès de l'autorité budgétaire afin d'obtenir une majoration de 20 % de la rémunération par an pour chaque agent.

Pour la fidélisation des personnels de santé, plus particulièrement ceux en milieux éloignés et d'accès difficiles, des mécanismes de prise en charge des agents par l'octroi de primes de brousse et d'éloignement seront relancés. Il est recommandé de construire des logements au niveau des CS pour le personnel.

Amélioration de la formation de base

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

Il sera en outre envisagé la mise en œuvre de la vision commune MSP et Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire (MESU) pour assurer la qualité de l'enseignement des professionnels de santé.

Le niveau central procédera au renforcement du contrôle des écoles de formation du niveau secondaire, l'évaluation de la formation à travers le jury national et le développement des écoles pilotes du niveau secondaire dans les provinces.

Un processus d'accréditation des écoles du niveau secondaire sera institué ainsi que des mesures de rationalisation des institutions de formation des professionnels de santé du niveau secondaire.

Développement des compétences du personnel de santé

Le niveau central procédera au renforcement de la mise en œuvre du cadre normatif du système de formation continue à travers (i) l'audit des besoins réels de formation continue y compris la formation clinique, (ii) la remise à niveau des formateurs et (iii) l'élaboration des plans conjoints de formation continue à tous les niveaux.

Un programme d'accompagnement des DPS sera institué en vue de la mise en œuvre des plans conjoints annuels de formation continue et le développement des dispositifs de mise en pratique des acquis de la formation continue.

Dans les 5 prochaines années, le Ministère de la Santé Publique appuiera en priorité la formation des spécialistes cliniciens dans les domaines prioritaires liés à la santé de la mère et de l'enfant en vue de couvrir les besoins du pays.

Les catégories socio professionnelles autres que les médecins et pharmaciens devront être organisées en corporations et en ordres professionnels.

5.2.2 Développement des Infrastructures et équipements

Résultat 2.2. Au moins 80% des infrastructures sanitaires ciblées sont construites et/ou réhabilitées et équipées dans le contexte de l'émergence du pays.

Deux programmes sont envisagés pour atteindre ce résultat à savoir ; (i) la modernisation des infrastructures et équipements et (ii) le renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements acquis.

Modernisation des infrastructures et équipements

Pour renforcer les capacités institutionnelles du MSP, celui-ci devra construire deux immeubles abritant les administrations du PNLP et de la Division SNIS, un laboratoire de contrôle de qualité pour la tuberculose, un laboratoire pour la surveillance épidémiologique et la recherche biomédicale de sécurité P3 à l'INRB , un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments, un centre national d'appareillage orthopédique et de réadaptation, un bâtiment pour le Secrétariat Général à la Santé ainsi que 10 bâtiments pour abriter les DPS.

Dans le cadre de l'amélioration de la couverture sanitaire et continuité des soins, le MSP procédera à la construction de 10 HGR et de 1000 CS types, 200 Services d'imagerie au sein des HGR. De même, 150 CS et 44 HGR, 6 hôpitaux provinciaux (HP) et 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) seront réhabilités. Toutes les structures construites ou réhabilitées seront dotées en équipements requis pour relever leur plateau technique. Un centre de chirurgie pédiatrique d'excellence sera également construit.

Pour renforcer la chaîne d'approvisionnement, le MSP assurera la construction d'un dépôt central et 3 dépôts déconcentrés des vaccins et intrants spécifiques, de 11 CDR, de 8 dépôts relais ainsi que de 4 dépôts secondaires. Il sera aussi procédé à l'extension des capacités de stockage de 16 CDR existantes. La dotation des moyens logistiques (1 bateau frigorifique, 5 véhicules frigorifiques de 20 mètres cubes et 25 camions) accompagnera les infrastructures de la chaîne d'approvisionnement construites et réhabilitées.

Les équipements VSAT, seront installés dans les 516 zones de santé, 26 DPS, 26 IPS ainsi qu'au niveau central pour rendre fonctionnel un réseau de communication intranet du MSP.

Renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements acquis.

Les pools de maintenance seront organisés dans les 26 DPS. Ils seront dotés des outils collectifs et individuels nécessaires à l'installation et à l'entretien des équipements et matériels médico-sanitaires dans les structures bénéficiaires.

Les normes relatives à la gestion des équipements et matériels seront actualisées et vulgarisées. Il sera institué une politique d'amortissement et de maintenance régulière des équipements, matériels et infrastructures du MSP à tous les niveaux.

5.2.3. Amélioration de l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments, vaccins et intrants spécifiques essentiels de qualité

Résultat 2.3. La disponibilité des médicaments et produits de santé de qualité, prioritaires et vitaux, parmi lesquels les 13 médicaments qui sauvent les vies des femmes et des enfants ainsi que les médicaments des Programmes spécialisés du MSP est augmentée dans les FOSA de 20 à 80%.

L'atteinte de ce résultat est tributaire, entre autres, d'un SNAME fort et efficace dans son organisation et son fonctionnement.

Cette opérationnalisation du SNAME découlera de ; (i) la maîtrise des besoins et de gestion des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans les formations sanitaires, (ii) l'amélioration de la qualité des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans un sous-secteur pharmaceutique mieux régulé, (iii) l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement des médicaments essentiels, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques à travers le renforcement du SNAME et (iv) le financement suffisant et adéquat des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques par rapport aux besoins réels des FOSA ainsi que celui du SNAME.

La promotion de la production locale améliorera aussi la disponibilité du médicament et permettra une économie de devises.

Maitrise des besoins et de gestion des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques dans les FOSA.

Les capacités des structures des ZS seront renforcées dans l'estimation correcte de leurs besoins réels, en gestion et en utilisation rationnelle des médicaments par le recours aux ordinogrammes, aux guides thérapeutiques nationaux, aux fiches techniques et autres directives et protocoles. Les prestataires seront formés aux bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments, et l'encadrement par les DPS et les équipes cadres (ECZ) sur ces questions sera

effective. Les comités de quantification des médicaments²⁹, vaccins et intrants spécifiques seront rendus opérationnels. Ils auront la charge d'analyser et de valider les besoins réels en médicaments et intrants spécifiques au niveau provincial et central en vue d'un approvisionnement adéquat.

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

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

L'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP) sera renforcée dans l'accomplissement efficace de ses missions et fonctions réglementaires, particulièrement l'homologation, l'inspection, la surveillance du marché, avec : (i) le développement de l'expertise et des compétences spécifiques des acteurs, (ii) l'augmentation des moyens pour la mise en œuvre des fonctions réglementaires, (iii) l'actualisation de la législation pharmaceutique pour un cadre actualisé et adapté et (iv) l'amélioration de la collaboration avec les Services aux frontières et internationaux.

L'ANRP disposera des capacités opérationnelles pour le contrôle de qualité des médicaments et la surveillance du marché, avec : (i) la mise en place d'un Laboratoire National de Contrôle des médicaments dépendant de l'ANRP, (ii) le développement des compétences spécifiques en analyse des médicaments pour renforcer les plateaux techniques des laboratoires agréés existants et (iii) l'élaboration des textes réglementaires organisant la surveillance des marchés.

Un système de pharmacovigilance sera développée à travers (i) l'extension progressive d'un système d'alarme dans les structures du secteur public et privé et (ii) le renforcement des compétences spécifiques et du dispositif réglementaire sur la pharmacovigilance.

La sécurisation de la qualité des médicaments à travers le SNAME lors du processus de pré-qualification des médicaments sera optimisée.

Amélioration de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques à travers le renforcement du SNAME

La capacité de stockage des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques conformément aux normes sera augmentée, en priorité au niveau central et provincial en (i) dotant la FEDECAME d'un entrepôt de stockage stratégique adéquat, (ii) augmentant les capacités de stockage existantes dans les CDR, (iii) consolidant l'assurance qualité dans les entrepôts et chambres froides par des systèmes adéquats.

Un Système d'Information en Gestion Logistique (SIGL) fonctionnel sera mis en place en (i) sélectionnant et harmonisant les données logistiques permettant la standardisation des outils de collecte chez les prestataires et (ii) en renforçant le rôle de suivi & évaluation du PNAM.

²⁹ Les comités de quantification des médicaments sont sous la responsabilité de la commission médicament du CCT-SS et des groupes de travail médicament du CPP-SS.

L'offre en médicament par le SNAME sera améliorée en (i) renforçant la coordination par le MSP des financements et l'alignement de tous les circuits d'approvisionnement sur le système national de bout à bout (partenaires et zones de santé), (ii) renforçant les capacités opérationnelles des CDR et les conditions de leur viabilité et (iii) développant le réseau des CDR pour une couverture élargie. Ces mécanismes d'intégration des différents circuits parallèles existants et de mutualisation des moyens seront institués par un acte réglementaire.

Le circuit de distribution des médicaments, vaccins, contraceptifs et intrants spécifiques du niveau central vers les DPS et de celles-ci vers les ZS sera renforcé, mis en application et sécurisé, en développant et adoptant des modèles logistiques plus performants.

5.2.4. Rationalisation du financement de la santé

Résultat 2.4. L'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est augmentée de 30% et la part du paiement direct dans les dépenses de santé des ménages est réduite de 90% à 60%.

Pour garantir l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité, quatre programmes seront mis en œuvre. Il s'agit de : (i) la mobilisation des ressources, (ii) la mise en commun et la rationalisation de l'affectation des ressources, (iii) le développement des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé et (iv) l'amélioration de la gestion des ressources financières dans les Services et formations sanitaires.

Mobilisation des ressources.

Pour améliorer la santé et le bien-être de la population congolaise en général, et de la femme, de l'enfant et de l'adolescent en particulier, le Gouvernement s'est engagé auprès de l'ONU à augmenter ses allocations de 5 USD en 2015 à 15 USD en 2020, soit un accroissement de 2 USD/an/per capita. Les modalités de mobilisation des ressources pour y parvenir seront détaillées dans la stratégie de financement de la santé.

Les engagements budgétaires du Gouvernement sur l'achat des intrants « santé publique », notamment les vaccins, les antirétroviraux, les antituberculeux, les contraceptifs, les intrants transfusionnels et tous les autres intrants de lutte contre les maladies tropicales négligées, seront suivis régulièrement en vue de l'affectation et du décaissement effectif de ces ressources.

Le CDMT - Santé (2016 - 2021) sera mis à jour en vue de retracer la progressivité de l'engagement du Gouvernement et des partenaires dans le secteur de la santé. Les réunions de concertation avec le Comité chargé de préparer les plans d'engagement budgétaire (Ministères du Budget, du Plan et des Finances) seront organisées régulièrement en vue de s'assurer que les priorités du secteur santé sont prises en compte.

Mise en commun et rationalisation de l'affectation des ressources

Le Ministère de la Santé Publique devra s'engager à améliorer l'affectation et l'utilisation des financements de la santé par la mise en commun des ressources en vue de la réduction progressive de la fragmentation des financements dans la perspective de l'appui budgétaire. Pour ce faire, Il sera développé des mécanismes

de mise en place progressive de l'approche sectorielle à travers les budgets programmes visant à financer les programmes et les actions inscrits dans ce PNDS.

Le « Contrat Unique » entre le Secrétariat Général, les DPS et les partenaires sera mis en application en vue d'une meilleure rationalisation et utilisation des ressources. Ce contrat visant principalement la mise en œuvre des Plans d'Actions Opérationnels (PAO) devra être une solution à l'harmonisation et à la complémentarité des financements de santé au niveau intermédiaire et périphérique. Il constituera aussi une incitation à la performance des acteurs de santé.

Les mécanismes de coordination des financements sectoriels seront renforcés notamment l'alignement des financements aux plans et stratégies sectoriels, l'intégration progressive des unités de gestion des ressources extérieures dans les structures mises en place par le MSP (CAGf, CGPMP, Cellule d'Audit interne), la mise en place des procédures harmonisées, etc. Toutes ces actions permettront la progression vers la mise en place de l'approche sectorielle avec la mise en place de la DAF, dans la perspective d'un appui budgétaire.

Le dialogue politique avec les PTF ayant des unités de gestion non encore intégrées sera organisé à travers le CNP-SS et les CPP-SS en vue de leur alignement sur les procédures nationales de gestion.

La rationalisation de la gestion des finances publiques du secteur se fera conformément à la LOFIP (GAR, CDMT/Budget-Programmes, déconcentration de l'ordonnancement, principes de la comptabilité publique). Le manuel des procédures de gestion de l'Etat et la nomenclature des dépenses publiques seront vulgarisés.

Développement des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé

Pour résoudre le problème du paiement direct des soins par les usagers, identifié comme défi, il sera fait recours à une combinaison de mécanismes de prépaiement et de tarification forfaitaire. La tarification forfaitaire prenant en compte l'ensemble des coûts de production des soins sera d'application dans les HGR et les CS du pays.

Les mécanismes de subventionnement des coûts de la logistique des médicaments essentiels génériques et intrants spécifiques ainsi que de leur détaxation seront renforcés en vue de réduire la part du coût de médicament dans les prestations.

Pour équilibrer les charges et les recettes des FOSA appliquant la tarification forfaitaire, les mécanismes de financement basé sur la performance, les tiers payant, la tarification subsidiée et les subsides de fonctionnement octroyés par l'Etat seront capitalisés et renforcés.

Les mutuelles de santé seront développées dans les zones de santé avec implication active des communautés. Les études de faisabilité de la mise en place des mutuelles seront effectuées selon une approche provinciale en vue de déterminer la capacité des ménages à contribuer. L'appui de l'Etat aux mutuelles de santé se fera à travers les fédérations provinciales qui regrouperont les mutuelles des zones de santé et celles des corporations (confessionnelles, socioprofessionnelles ...).

Les mécanismes d'assurance maladie obligatoire seront institués au bénéfice des agents et fonctionnaires de l'Etat en capitalisant l'expérience pilote de la mutuelle des Enseignants de l'Enseignement Secondaire et Primaire (MESP). Les employés du secteur privé et les indépendants seront également soumis au mécanisme

d'Assurance Maladie obligatoire notamment à travers l'INSS. Les employeurs seront tenus de verser leur quote part pour la prise en charge de leurs employés.

Les indigents et vulnérables seront pris en charge par l'Etat. Les modalités de leur identification et de leur prise en charge seront définies en concertation avec les secteurs connexes (MSP, METPS, Ministère des Affaires Sociales, Ministère du Budget, Société Civile, etc.).

Le suivi de la structure des tarifs de soins dans les formations sanitaires privées non contractuelles et des établissements de référence secondaire et tertiaire sera d'application.

Amélioration de la gestion des ressources financières dans les Services et formations sanitaires.

Les procédures de gestion financière seront élaborées, vulgarisées dans tous les Services du MSP. Les Services d'audits et d'inspection-contrôle devront assurer le suivi régulier de l'application de ces procédures. Des sanctions seront appliquées à l'égard des agents responsables de la mauvaise gestion.

Les capacités des personnels dans la gestion financière seront renforcées et les outils nécessaires pour la gestion financière mis à leur disposition.

Les modalités de l'utilisation des recettes générées dans les FOSA seront réglementées et standardisées à tous les niveaux du système. Les textes réglementaires instituant les modalités de gestion des recettes des FOSA seront révisés.

La traçabilité des recettes des FOSA sera renforcée par le processus de bancarisation et celle des dépenses par la mise en place des logiciels de gestion (flux des malades, financière, comptable, budgétaire).

5.2.5. Renforcement du système d'information sanitaire

Résultat 2.5.1. La disponibilité de l'information sanitaire de qualité est assurée à 80% pour une meilleure prise de décision.

Trois programmes sont envisagés, à savoir ; (i) l'amélioration de la complétude, promptitude et correctitude des données collectées, (ii) l'amélioration de l'analyse et la production de l'information sanitaire et (iii) l'amélioration de la diffusion de l'information sanitaire.

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

Il s'agira spécialement de réviser et d'harmoniser les outils papiers de collecte d'information sanitaire (de toutes les interventions du PMA, PCA et autres activités de santé), de gestion programmatique, financière et logistique. Les capacités des personnels concernés par le circuit de l'information sanitaire seront renforcées au niveau des zones de santé. Les outils papiers seront disponibles dans toutes les structures.

La transmission des informations sanitaires des CS au BCZS se fera par un outil papier unique comprenant toutes les informations produites dans les CS. Par contre, celles produites dans les HGR seront directement encodées dans l'outil informatisé DHIS2. Ceci impliquera un renforcement des capacités des acteurs à ce niveau.

Le DHIS2 sera utilisé dans les 516 Zones de Santé et développé selon une approche modulaire (VIH, TB, vaccination, curatifs, finances, logistiques, etc.) incluant toutes les priorités des Programmes spécialisés du MSP. D'autres logiciels spécifiques notamment, les logiciels de gestion des malades dans les hôpitaux, de comptabilité, de gestion programmatique et budgétaire, de gestion de stock, ... seront développés et mis à jour.

Le circuit et le délai de transmission de l'information sanitaire vont être définis par un acte réglementaire. Cet acte devra instituer l'intégration des structures privées dans le SNIS.

Un réseau intranet de communication du Ministère de la Santé Publique à tous les niveaux du système va être mis en place. Ceci sera matérialisé par la dotation en équipements modernes (informatique, énergie, VSAT, fourniture de connexion) et le renforcement des capacités des acteurs en maintenance.

L'évaluation de la qualité des données se fera à tous les niveaux par le processus d'auto évaluation au niveau des FOSA, les audits de qualité des données par des approches harmonisées.

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

Dans ce programme, il s'agira de vulgariser les directives sur l'organisation des monitorages, des revues, des audits cliniques et de décès maternels, la formalisation de la retro information et de renforcer les capacités des acteurs.

Les cartes de score/tableaux synoptiques seront produites à différents niveaux et porteront l'information issue des données analysées.

Amélioration de la diffusion de l'information sanitaire

Les Zones de Santé produiront un rapport mensuel d'activités qui sera diffusé.

Les DPS produiront trimestriellement, un rapport d'activités, un bulletin d'informations sanitaires reprenant les informations pertinentes de toutes les zones de santé. Des canevas standardisés de rapportage aux différents niveaux devront être élaborés et mis en place.

Le niveau central va tenir à jour le site web du MSP à travers lequel il diffusera le rapport annuel sectoriel, l'annuaire statistique annuel, les résultats des enquêtes et recherches menées au sein du secteur.

Il sera mis en place un entrepôt des données au niveau central qui permettra une interconnexion de toutes les bases de données du secteur sur un seul serveur central en vue de les rendre disponibles au public.

5.3. Renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur de la santé

Deux résultats sont poursuivis par cet axe stratégique tel que décrit ci-dessous.

Résultat 3.1. Le pilotage du secteur de la santé est assuré dans le contexte de la décentralisation pour garantir l'offre et l'utilisation des services de santé de qualité.

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

Renforcement des capacités institutionnelles du MSP

Au niveau central, il sera question de la mise en application du nouveau cadre et des structures organiques afin de permettre aux structures de ce niveau de remplir correctement les missions qui leur sont dévolues. Il s'agira notamment de l'élaboration des stratégies sectorielles, des normes, directives et standards requis pour le secteur.

En ce qui concerne les normes, un accent particulier sera mis sur l'organisation et le fonctionnement des zones de santé de manière à prendre en compte entre autres la question de médicalisation des structures de premier échelon (CS).

Au cours des 5 prochaines années, le secteur de la santé devra finaliser les textes légaux institués dans la constitution à savoir la loi fixant les principes fondamentaux et les règles d'organisation de santé publique et de la sécurité alimentaire, la loi sur le commerce pharmaceutique et la loi sur l'admission aux professions médicales. Le MSP assurera le suivi de l'adoption de la loi sur la couverture sanitaire universelle jusqu'à sa promulgation. Il se dotera d'un instrument national multisectoriel et interdisciplinaire de plaidoyer auprès de différentes instances de manière à entre autres à faire endosser les différents textes.

La cellule juridique du Secrétariat Général devra être réorganisée et renforcée afin d'appuyer les Services centraux dans la production des projets de lois et de textes réglementaires attendus dans le secteur.

Les mesures d'application des textes légaux seront élaborées. Il s'agira principalement du décret portant création du SNAME, du décret portant exonération des médicaments essentiels génériques des taxes, de la réglementation sur la tarification au niveau des structures de soins, du décret portant sur la carte sanitaire et de tous les autres décrets portant mesures d'application des textes légaux promulgués. Il en sera de même pour l'élaboration des textes réglementaires relatifs aux matières concurrentes définies par l'article 203 de la constitution relevant du Ministère de la Santé Publique, notamment sur la gestion des institutions médicales et philanthropiques, l'engagement du personnel médical de commandement et la prévention des épidémies et épizooties dangereuses pour la collectivité, etc.

Les documents stratégiques et normatifs produits par différents Services du MSP devront au préalable être validés par les commissions techniques y afférentes et adoptés par le comité de coordination technique du CNP-SS, avant leur vulgarisation et application. Le renforcement des capacités institutionnelles des DPS dans la reproduction et la vulgarisation desdits documents pour en améliorer l'application au niveau opérationnel sera réalisé.

Le processus de planification stratégique et opérationnel sera renforcé à tous les niveaux du système. Il s'agira principalement de : (i) simplifier les outils de planification opérationnelle, (ii) rendre disponible, consolider et diffuser l'information financière au moment opportun, (iii) respecter le cycle de planification opérationnelle et (iv) rendre disponible l'information sur le niveau de la mise en œuvre des Plans d'Actions Opérationnels (PAO).

Une politique nationale de recherche sur les systèmes de santé devra être élaborée et des thèmes prioritaires devront être identifiés annuellement. Le Service compétent du MSP en collaboration avec la commission technique du CNP chargée des politiques, de la décentralisation, de la planification, de la programmation et de la recherche assurera le suivi du déroulement des recherches, leur diffusion et leur capitalisation.

Un plan de recherche consolidé sera élaboré sur base des priorités de différents Services et structures du MSP.

Un soutien sera apporté au comité d'éthique pour qu'il soit encore plus fonctionnel et financièrement indépendant.

Renforcement des mécanismes de suivi de l'application des normes et directives du secteur.

Le renforcement des mécanismes de suivi de l'application des normes et directives passera par la mise en place et le renforcement des capacités des structures d'inspection et de contrôle aux niveaux central et provincial.

En plus de la mise en place de ces structures, il faudra activer les mécanismes de veille stratégique pour améliorer le travail d'élaboration/actualisation des politiques, directives et normes sur base des évidences et données factuelles.

Accélération de la mise en œuvre des réformes structurelles

Les nouvelles structures organiques du niveau central seront rendues fonctionnelles conformément au cadre organique. De même, l'arrêté portant intégration et regroupement des Programmes spécialisés sera pris par le MSP. Les 26 nouvelles Inspections Provinciales de la Santé (IPS) seront mises en place et rendues fonctionnelles. Le transfert des fonctions des Coordinations provinciales des Programmes spécialisés vers les DPS sera effectif. Un texte réglementaire devra être pris à cet effet.

Pour rendre fonctionnelles ces structures, le livre des emplois sera finalisé et adopté. Les textes y afférents seront vulgarisés auprès des personnels de santé, le bilan de compétences organisé. Les personnels seront recrutés conformément aux postes prévus et leurs capacités seront renforcées.

L'actualisation, la mise en œuvre effective et le suivi de la feuille de route sur les réformes structurelles seront d'application. Un plan social d'accompagnement de la réforme devra être finalisé, adopté et mis en œuvre.

Renforcement de la coordination du secteur de la santé.

Le renforcement de la coordination du secteur de la santé passe par la restructuration du CNP-SS et des CPP-SS pour un meilleur dialogue sur les priorités, le renforcement du processus de planification et la mise en place de la plateforme de suivi - évaluation et redevabilité.

La réforme du CNP-SS et du CPP-SS demeure un impératif. Le projet d'Arrêté Ministériel y relatif devra être finalisé et endossé. La restructuration du CNP-SS prendra en compte l'intégration des autres structures de coordination notamment CCM-RDC et le CCIA. Dans le même ordre d'idées, les Commissions techniques du CNP-SS constitueront les cadres privilégiés de réflexion sur les différentes thématiques.

L'élaboration et la mise en œuvre du plan de suivi des résolutions et décisions du CNP-SS et CPP-SS constitueront aussi des actions utiles pour garantir l'exécution optimale de celles-ci. Les Commissions techniques et le CCT ont la responsabilité de veiller à l'application des décisions de ces organes au niveau central, tandis que les Groupes de travail et le Secrétariat Technique des CPP-SS en répondront au niveau provincial. Enfin, la production régulière d'un bulletin semestriel du niveau d'exécution des décisions du CNP-SS et des CPP-SS sera entreprise.

La production de l'information stratégique utile pour orienter la prise des décisions inhérentes au développement du secteur passera par l'opérationnalisation de la plateforme de S&E et redevabilité. Pour ce faire, le cadre de S&E du PNDS sera actualisé en décrivant clairement les responsabilités de chacun, la mobilisation des ressources pour l'organisation des revues et évaluations. Cette plateforme travaillera en collaboration étroite avec le Service du MSP ayant le S&E dans ses attributions structurelles.

La plateforme de S&E et redevabilité sera renforcée dans ses charges de production des rapports sectoriels, d'organisation des revues annuelles du secteur, d'appui aux revues semestrielles des DPS. Elle s'occupera aussi de l'identification et de l'organisation des enquêtes pour générer les informations stratégiques et produire les cartes de scores au niveau national.

Renforcement de la collaboration intrasectorielle

Dans le cadre du partenariat public-privé et du partenariat avec les communautés, il sera élaboré et mis en œuvre une stratégie commune de participation communautaire en mettant à contribution toutes les parties prenantes.

Des mécanismes d'Implication du privé dans le processus de planification, de budgétisation, d'exécution et de suivi et évaluation via la contractualisation, l'accréditation des établissements de soins, la labellisation des structures, permettront de développer une synergie et de mieux réguler ce sous secteur

Résultat 3.2 : 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

Ce résultat qui vise l'amélioration du travail avec les secteurs connexes pour promouvoir la santé sera mis en œuvre à travers un seul programme en l'occurrence, le renforcement de la collaboration intersectorielle

Renforcement de la collaboration intersectorielle

Le PNDS 2016-2020 va mettre un accent particulier sur la collaboration intersectorielle, étant donné que l'atteinte de plusieurs résultats en santé est tributaire de l'implication des autres secteurs. Trois actions seront envisagées au cours de 5 prochaines années. Il s'agira : (i) de la mise en place des nouveaux cadres de concertation intersectorielle, (ii) du renforcement des cadres de concertation intersectorielle existants, (iii) de la mise en œuvre concertée et conjointe de certaines actions avec les autres ministères.

En rapport avec la **mise en place des nouveaux cadres de concertation intersectorielle**, il sera envisagé la création par Décret, des cadres interministériels de concertation sur les RHS, les Médicaments, le Financement et la Santé scolaire.

Le cadre de concertation sur les RHS mettra le MSP en interaction avec les secteurs ayant en charge l'Enseignement Supérieur et Universitaire, le Plan et la Fonction Publique, en vue de régler les défis relatifs à la production des ressources humaines pour la santé, de leur engagement et de la gestion de leur carrière..

Le cadre de concertation sur le commerce de Médicaments permettra les échanges entre le MSP et les autres secteurs tels que le Commerce extérieur, les Finances, le Budget, l'Economie nationale, en vue de régler les problèmes relatifs au statut social du médicament.

Le cadre de concertation sur le financement permettra le partage entre le MSP et les Ministères en charge du Budget, des Finances et du Plan en vue de suivre les engagements du Gouvernement en matière de financement de la santé.

Le cadre de concertation avec les Ministères en charge de l'Enseignement Primaire & Secondaire, Technique et Professionnel, permettra de mieux promouvoir la santé en milieu scolaire.

En ce qui concerne le **renforcement des cadres de concertation existants**, le Conseil National de Protection Sociale sera renforcé pour régler les questions relatives au volet CSU dans le cadre de la protection sociale. En rapport avec la planification familiale, le Comité Technique Multisectoriel Permanent continuera de façon progressive son opérationnalisation dans les différentes provinces.

S'agissant de la nutrition, le pays ayant adhéré à l'initiative SUN (Scaling Up Nutrition), la stratégie multisectorielle et le plan de mise en œuvre doivent être finalisés par le Comité National Multisectoriel de Nutrition et progressivement rendu opérationnel à tous les niveaux.

Pour ce qui est de l'eau, hygiène et assainissement, il sera question de renforcer le fonctionnement du Comité National d'Actions de l'Eau, de l'Hygiène et de l'Assainissement (CNAEHA) et l'étendre dans les provinces.

Enfin, pour ce qui est de la **mise en œuvre concertée et conjointe de certaines actions avec les autres Ministères**, il sera question d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'actions conjoints entre le secteur de la santé et les autres secteurs. Le cadre de mise en œuvre du PNDS 2016-2020 précisera ces actions.

6. BUDGET

6.1. Ressources prévisibles du PNDS 2016-2020

L'analyse du cadre macroéconomique permet de contextualiser le cadre dans lequel le PNDS 2016-2020 sera mis en œuvre. Il sera question de circonscrire spécifiquement l'environnement économique tant national qu'international du secteur de la santé en vue d'évaluer de manière réaliste des ressources prévisibles pour la mise en œuvre du PNDS 2016-2020.

Tableau Erreur ! Pas de séquence spécifié. : **Cadrage macroéconomique du PNDS 2016-2020**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. Données démographiques						
Population totale (en milliers)	85 026 000	87 491 754	90 029 015	92 639 856	95 326 412	98 090 878
2. Produit intérieur brut						
PIB en valeur courante (USD)	39 541 767 038	43 952 005 999	48 459 301 096	53 644 112 110	59 008 523 321	64 909 375 654
Taux de croissance nominal (%)	11,7	12,2	12,5	12,4	11,1	11,1
Taux de croissance réel (%)	9,2	9,0	9,1	9,5	9,5	9,5
3. Dépenses publiques						
Dépenses totales des administrations (en USD)	5 298 596 783	5 933 520 810	6 590 464 949	7 349 243 359	8 143 176 218	9 022 403 216
Ratio : Dépenses publiques sur PIB (%)	13,4%	13,5%	13,6%	13,7%	13,8%	13,9%
4. Dépenses Publiques en Santé						
Dépenses Publiques en Santé en USD scénario 1	223 096 673	350 077 728	388 837 432	433 605 358	480 447 397	532 321 790
Dépenses Publiques en Santé en USD scénario 2	223 096 673	350 077 728	397 602 750	453 154 346	523 769 094	592 320 771
Dépenses Publiques en Santé en USD scénario 3	223 096 673	350 077 728	405 972 641	472 703 333	545 429 943	652 319 753
Dépenses étatiques par habitant scénario1	2,6	4,0	4,3	4,7	5,0	5,4
Dépenses étatiques par habitant (\$) scénario2	3,1	4,0	4,4	4,9	5,5	6,0
Dépenses étatiques par habitant (\$) scénario3	3,1	4,0	4,5	5,1	5,7	6,7
Ratio Dépenses étatiques en santé/dépenses totales de l'Etat Scénario1	4,2%	5,9%	5,9%	5,9%	5,9%	5,9%
Ratio Dépenses étatiques en santé/dépenses totales de l'Etat Scénario2	4,9%	5,9%	6,0%	6,2%	6,4%	6,6%
Ratio Dépenses étatiques en santé/dépenses totales de l'Etat Scénario3	4,9%	5,9%	6,2%	6,4%	6,7%	7,2%
5. Dépenses de santé des ménages (en USD)						
Dépenses des ménages en US \$	524 220 895	550 431 940	577 953 537	606 851 214	637 193 774	669 053 463
Dépenses de santé des ménages par habitant (\$)	7,54	8,05	8,60	9,19	9,81	10,48
6. Dépenses des partenaires techniques et financiers (PTF)						
Dépenses des PTF en santé (en \$)	461 006 292,5	468 728 932,5	426 208 386,6	426 208 386,6	426 208 386,6	426 208 386,6
Dépenses de santé des PTF par habitant (\$)	5,42	5,36	4,73	4,60	4,47	4,35
7. Autres partenaires (en US \$)						
Entreprises publiques et privées, Églises et ONG locales en US \$	9 352 860,0	9 624 092,9	9 903 191,6	10 190 384,2	10 485 905,3	10 789 996,6
Dépenses privées de santé des autres partenaires par habitant (\$)	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11	0,11
8. Taux de change annuel moyen	925,73	933,45	945,48	956,20	956,20	956,20
Dépenses santé par habitant en \$ scénario1		17,52	17,76	18,58	19,43	20,36
Dépenses santé par habitant en \$ scénario2		17,52	17,86	18,79	19,88	20,97
Dépenses santé par habitant en \$ scénario3		17,52	17,95	19,00	20,11	21,58
Ressources totales pour la santé en \$ US scénario1		1 378 862 693	1 402 902 547	1 476 855 343	1 554 335 463	1 638 373 636
Ressources totales pour la santé en \$ US scénario2		1 378 862 693	1 411 667 865	1 496 404 330	1 597 657 161	1 698 372 617
Ressources totales pour la santé en \$ US scénario3		1 378 862 693	1 420 037 756	1 515 953 317	1 619 318 009	1 758 371 599
Ratio : Dépenses de santé sur PIB (%) scénario1		3,14	2,90	2,75	2,63	2,52
Ratio : Dépenses de santé sur PIB (%) scénario2		3,14	2,91	2,79	2,71	2,62
Ratio : Dépenses de santé sur PIB (%) scénario3		3,14	2,93	2,83	2,74	2,71
Ressources totales pour la santé en milliards de FC scénario1		1 287	1 326	1 412	1 486	1 567
Ressources totales pour la santé en milliards de FC scénario2		1 287	1 335	1 431	1 528	1 624
Ressources totales pour la santé en milliards de FC scénario3		1 287	1 343	1 450	1 548	1 681

L'analyse du cadre macroéconomique pour le costing du PNDS 2016-2020 est basée sur les données tirées de différentes publications, notamment le rapport annuel de la Banque Centrale du Congo 2014, le rapport de cadrage du Comité Permanent de Cadrage Macroéconomique 2014, les Comptes Nationaux de la Santé 2013, les Etats de Suivi Budgétaire 2014, l'annuaire statistique 2014 de l'Institut National de Statistique, la revue des dépenses publiques 2014, le rapport d'étude sur la CSU 2014, etc.

Le modèle ci-dessus intègre les données de population tirées de l'INS en appliquant un taux de croissance démographique de 2,9%³⁰ pour estimer la population entre 2016 et 2020 ;

Le Produit Intérieur Brut (PIB) en valeur courante est tiré du rapport de la Banque Centrale du Congo (BCC). Il s'avère que durant la période de mise en œuvre de ce PNDS, le PIB courant connaîtra une évolution à la hausse et passera de 43,9 milliards USD à 64,9 milliards USD entre 2016-2020.

Les dépenses publiques suivront une tendance à la hausse et passeront de 5,2 milliards USD en 2015 pour atteindre 9,02 milliards à la fin de la période du plan. Ce qui conduit à un ratio des dépenses publiques sur ressources propres par rapport au PIB qui suit une tendance à la hausse, passant de 13,5% à 13,9% respectivement en 2016 et 2020.

Le modèle d'analyse des ressources prévisibles pour le financement du PNDS 2016-2020 considère trois scénarios plausibles :

Le premier scénario repose sur les hypothèses suivantes :

- Le ratio dépenses étatiques en santé sur dépenses totales de l'Etat sera maintenu à 0,059 sur toute la période du plan;
- La dépense étatique de santé par habitant connaîtra une augmentation, passant de 4 à 5,4 USD entre 2016 et 2020 ;

Ce premier scénario est qualifié de "**statuquo**" dans la mesure où il considère que les efforts de l'Etat sont maintenus dans les proportions actuelles et qu'aucune nouvelle mesure ne sera initiée au cours de la période du plan. Dans ce contexte, les dépenses publiques de santé évoluent en suivant la tendance qui ressort de l'analyse des données des comptes nationaux de la santé.

Le deuxième scénario a comme hypothèse

- Le ratio de dépenses étatiques en santé sur dépenses totales de l'Etat passe de 5,9 à 6,6% ;
- Les dépenses étatiques de santé par habitant connaîtront une tendance à la hausse et passent de 4 à 6 USD respectivement en 2016 et 2020 ;

Ce deuxième scénario est qualifié "**d'optimiste modéré**" par le fait qu'il traduit la volonté du Gouvernement de mettre en œuvre la CSU avec toutes les implications que cela entraîne en termes d'engagement financier de l'Etat sur ressources propres.

Le troisième scénario est soutenu par les hypothèses suivantes :

- Le ratio de dépenses étatiques en santé sur dépenses totales de l'Etat passe de 5,9 à 7,2% ;
- La dépense étatique de santé par habitant connaît une forte augmentation, passant de 4 à 6,7 USD entre 2016 et 2020 ;

Ce dernier scénario jugé '**optimiste**', suppose un engagement plus prononcé du Gouvernement visant à augmenter effectivement les dépenses publiques de santé sur ressources propres par habitant par an tel qu'annoncé dans la lettre

³⁰ Projection de la population réalisée à partir des données de l'INS

d'engagement du Premier Ministre lors du lancement de la stratégie 2.0 du Secrétaire Général des Nations Unies en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Les comportements des ménages, des PTF et des privés seront les mêmes dans les différents scénarios et sont décrits ci-dessous :

La dépense de santé des ménages a connu une évolution à la hausse avec un taux de croissance annuel moyen d'un peu plus de 5% sur la période entre 2008 et 2013³¹. Pour les trois scénarios évoqués dans ce modèle de cadrage, cette tendance qui traduit le comportement des ménages est supposée se poursuivre sur toute la période du plan. Ainsi, la dépense de santé des ménages augmentera d'année en année et passera de 550,4 milliards USD à 669,0 milliards USD au cours de la période du plan.

Les informations disponibles pour les PTF sont tirées des engagements financiers pour la période 2016-2020³² auxquels on a appliqué l'hypothèse d'un taux d'engagement de 80%. Ces informations présentent une tendance à la baisse en 2016 et 2017 en référence aux dépenses projetées de 2015. Toutefois pour l'estimation des dépenses pour les années 2018 à 2020, le niveau de dépense projeté en 2017 a été reconduit. Cette option est aussi justifiée par le fait qu'on observe une incertitude sur le comportement des PTF dans la poursuite de financement des différents projets du secteur.

Cependant, toutes choses restant égales par ailleurs, la dépense de santé, en monnaie stable, de cette catégorie par habitant connaît une tendance à la baisse. En effet, la dépense des PTF par habitant, passera au cours de la période du plan de 5,36 à 4,35 USD. Ce qui correspond au passage au cours de période d'une dépense de 468,7 millions USD en 2016 à près de 426,2 millions USD en 2020.

Les dépenses de santé des privés (entreprises publiques et privées, églises, ONG locales...) connaîtront une légère augmentation entre 2016-2020, mais leur niveau par habitant et par an est supposé demeurer constant sur la période du plan, soit 0,11 USD par habitant par an.

Ainsi, les différents scénarii montrent que les ressources totales pour la santé vont s'accroître d'année en année entre 2016 et 2020 pour répondre efficacement aux besoins croissants de la population pour une meilleure prise en charge de la santé. Mais, le scénario 3 'optimiste' est recommandé car il se rapproche de l'engagement du Gouvernement d'accroître la dépense de santé par habitant dans des proportions réalistes et cohérentes avec le contexte économique jusqu'à atteindre 15 USD en 2020. Cela permettra d'une part, d'augmenter la dépense totale de la santé de 17,52 USD à près de 21,58 USD par habitant à l'horizon 2020.

³¹ CNS 2013

³² Données fournies par le GIBS.

6.2. Le Budget du PNDS 2016-2020

Poursuivant la mise en œuvre de la SRSS centrée sur le développement des zones de santé, le développement vise à garantir la *disponibilité des services et soins de santé et leur meilleure accessibilité et utilisation par la population* qui est considéré comme le point central du PNDS 2016 - 2020.

Des actions envisagées dans les piliers du système devant contribuer à cette amélioration sont définies au regard des défis à relever dans le secteur.

Le PNDS 2016-2020 qui se réfère à l'engagement du chef du Gouvernement de la RDC auprès des Nations Unies laisse espérer une augmentation importante des ressources publiques au profit de la santé.

Ainsi, la budgétisation du PNDS 2016 – 2020 tient compte des priorités identifiées dans ce plan.

6.2.1 Budget par axes du PNDS

Tableau Erreur ! Pas de séquence spécifié. : Budget par axe

Axes du PNDS	2016	2017	2018	2019	2020	Total
1. Amélioration de la disponibilité et l'utilisation des services et soins de qualité	640 996 204 700,2	740 666 086 296,3	817 720 483 084,1	912 854 362 829,6	989 931 785 141,8	4 102 168 922 052,0
2. Appui à l'amélioration de la disponibilité et l'utilisation des services	940 135 336 424,5	959 631 404 054,6	1 054 274 059 722,2	991 258 527 557,6	1 000 847 243 217,7	4 946 146 570 976,6
3. Renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur de la santé	31 882 054 585,8	28 029 724 021,4	28 639 828 680,8	30 055 567 927,8	30 708 174 757,1	149 315 349 972,9
Total	1 613 013 595 710,5	1 728 327 214 372,3	1 900 634 371 487,1	1 934 168 458 315,0	2 021 487 203 116,6	9 197 630 843 001,5

La structure du budget total du PNDS 2016-2020 sur 5 ans se présente comme suit :

L'axe en rapport avec les actions d'appui à l'amélioration de la disponibilité et l'utilisation des services constitue 54% du budget du PNDS, soit près de 4 946,1 milliards CDF sur toute la période du plan. Il s'agit ici des ressources à affecter principalement au développement des ressources humaines, des infrastructures et équipements, mais aussi au renforcement du système d'information sanitaire et au financement du système de santé pour garantir la mise en œuvre effective des interventions de santé en vue d'atteindre l'impact souhaité sur l'état de santé de la population.

Ensuite, 45% du budget, soit 4.102,1 milliards de CDF est absorbé par les actions liées à l'amélioration de la disponibilité et l'utilisation des services et soins de qualité. Il convient de noter que ce montant est en majeure partie constitué du coût des interventions y compris les coûts des médicaments et intrants nécessaires pour fournir ces interventions.

Enfin le renforcement de la gouvernance et du pilotage du secteur exigera un peu plus de 149 milliards de CDF (2% du budget) sur les 5 années de mise en œuvre du plan.

6.2.2. Budget du PNDS par sources

Tableau Erreur ! Pas de séquence spécifié. : **Budget par source**

Sources de financement	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Ménages	640 366 397 497,1	667 134 304 747,7	707 035 986 193,2	696 300 644 993,4	707 520 521 090,8	3 418 357 854 522,2
Etat	246 791 080 143,7	283 445 663 157,1	336 412 283 753,2	363 623 670 163,2	404 297 440 623,3	1 634 570 137 840,5
PTF	619 397 220 752,8	653 307 687 032,7	707 035 986 193,2	711 773 992 659,9	727 735 393 122,0	3 419 250 279 760,7
Privé	106 458 897 316,9	124 439 559 434,8	150 150 115 347,5	162 470 150 498,5	181 933 848 280,5	725 452 570 878,1
Total	1 613 013 595 710,5	1 728 327 214 372,3	1 900 634 371 487,1	1 934 168 458 315,0	2 021 487 203 116,6	9 197 630 843 001,5

Les ressources pour la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 proviendront de quatre sources à savoir : l'Etat, les Partenaires techniques et financiers, les ménages et les entités privées. La première année de mise en œuvre du plan, les ménages, qui devront déboursier en 2016 près de 640.3 milliards CDF soit 40% du budget du PNDS pour la même année, ce qui les placera comme première source de financement en 2016. Ensuite viendront les PTF qui en 2016 vont contribuer pour près de 619,3 milliards CDF (38% du budget) pour la mise en œuvre du plan. L'Etat ainsi que les entités privées contribueront en 2016 respectivement à concurrence de 246,7 milliard CDF et 106,4 milliards CDF, soient 15% et 7% pour la période considérée.

Par ailleurs, le PNDS 2016-2020 qui s'inscrit dans la perspective d'une couverture sanitaire universelle verra la structure du budget par sources de financement décrite ci-haut se modifier légèrement. En effet, en 2020, dernière année de mise en œuvre du plan, le volume des ressources à mobiliser par l'Etat aura quasiment augmenté de plus de 60% par rapport à son niveau de 2016. Ce qui amènera la contribution de l'Etat dans la mise en œuvre du PNDS à un peu plus de 20%. Les ménages verront certes, le volume des ressources qu'ils devront consacrer à la mise en œuvre du PNDS augmenter, mais la part de leur contribution au budget du PNDS en 2020 ne sera plus que de 35% du budget contre 40% en 2016.

6.2.3. Cout des Médicaments et intrants spécifiques

Tableau Erreur ! Pas de séquence spécifié. : **Coût des Médicaments et intrants spécifiques en CDF**

Médicaments, produits et fournitures (CDF)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Anti-paludique Médicaments et fournitures	19 192 601	26 205 849	33 619 099	41 453 687	49 731 871	58 470 435	228 673 543
Santé infantile Médicaments et fournitures	5 903 039	7 067 947	7 823 912	8 872 832	9 783 565	11 090 219	50 541 514
Produits contraceptifs	2 574 826	2 864 727	3 166 643	3 484 217	3 818 230	4 171 905	20 080 548
VIH/SIDA Médicaments et fournitures	8 754 608	8 926 777	11 214 269	13 775 716	16 366 014	19 540 395	78 577 779
Vaccins	74 142 465	89 278 156	101 127 769	112 481 956	115 079 972	115 718 203	607 828 520
Equipement, meubles et véhicules	9 655 401	14 832 642	20 179 700	26 559 984	24 078 592	20 820 792	116 127 112
MII	6 705 681	7 159 044	7 616 451	8 086 142	8 571 793	9 075 391	47 214 501
Fournitures de santé maternelle	34 100 500	41 617 303	49 783 265	58 481 976	67 532 854	77 105 399	328 621 297
Fournitures de nutrition	3 748 171	3 872 681	3 970 275	4 039 147	4 075 847	4 078 003	23 784 123
TB autres médicaments et fournitures	1 144 517 985	1 197 333 438	1 262 574 298	1 269 089 871	1 254 140 204	1 215 308 935	7 342 964 730
Total des médicaments et des fournitures	1 309 295 277	1 399 158 564	1 501 075 681	1 546 325 528	1 553 178 942	1 535 379 677	8 844 413 667

6.2.4 Gap de financement

Tableau Erreur ! Pas de séquence spécifié. : **Gap de financement**

	2016	2017	2018	2019	2020
Population	87 491 754 000	90 029 014 866	92 639 856 297	95 326 412 130	98 090 878 081
Budget PNDS 2016-2020	1 613 013 595 727,0	1 728 327 214 388,0	1 900 634 371 467,0	1 934 168 458 334,0	2 021 487 203 093,0
Budget PNDS 2016-2021 par habitant	18,4	19,2	20,5	20,3	20,6
Cadrage scénario 1	1 287 099 380 750,2	1 326 416 300 079,7	1 412 169 078 527,4	1 486 255 569 764,6	1 566 612 870 615,1
Cadrage scénario 2 par hab	14,7	14,7	15,2	15,6	16,0
Cadrage scénario 2	1 287 099 380 750,2	1 334 703 733 303,7	1 430 861 820 217,4	1 527 679 776 896,6	1 623 983 896 615,9
Cadrage scénario 3 par hab	14,7	14,8	15,4	16,0	16,6
Cadrage scénario 3	1 287 099 380 750,2	1 342 617 297 359,7	1 449 554 561 907,4	1 548 391 880 462,6	1 681 354 922 616,6
Cadrage scénario 3 par hab	14,7	14,9	15,6	16,2	17,1
GAP scénario 1	- 325 914 214 977	- 401 910 914 308	- 488 465 292 940	- 447 912 888 569	- 454 874 332 478
GAP scénario 2	- 325 914 214 977	- 393 623 481 084	- 469 772 551 250	- 406 488 681 437	- 397 503 306 477
GAP scénario 3	- 325 914 214 977	- 385 709 917 028	- 451 079 809 560	- 385 776 577 871	- 340 132 280 476

Le budget du PNDS 2016-2020 présente un gap de financement quel que soit le scénario de financement considéré. En effet, en considérant les scénarii des ressources prévisibles d'une part ; et d'autre part le budget du PNDS tels que présentés dans le tableau ci-dessus il se dégage que les 5 années du PNDS souffriront d'un déficit de ressources de l'ordre de 325 à 488 milliards CDF.

Quelle que soit l'option retenue, des efforts de mobilisation des ressources sont donc à initier durant la période de mise œuvre du PNDS en vue de combler gap. Les ressources complémentaires pour ce faire, seront à mobiliser auprès notamment du Gouvernement, des Partenaires techniques et financiers mais aussi des entités privées.

Le gap à rechercher au niveau du Gouvernement s'appuie sur les conclusions de la revue des dépenses publiques réalisée en 2014, qui affirme qu'il existe bel et bien en RDC des potentialités d'accroissement de l'espace fiscal et que des options réalistes existent pour accroître l'espace budgétaire en santé. Ces options peuvent amener à générer près de 1.3 points de PIB en plus pour la santé. Il convient d'envisager les mécanismes qui permettront de rationaliser les dépenses pour plus d'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles. Par ailleurs, le plaidoyer auprès des Ministères du Budget, des Finances et des autres parties prenantes au financement de l'Etat devra donc s'intensifier.

Au niveau des Partenaires techniques et financiers, la recherche des ressources additionnelles trouve son fondement dans l'engagement encore plus ferme dans la mise en œuvre des actions visant la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et des adolescents ainsi que la volonté de cheminer vers la couverture sanitaire universelle et l'atteinte des ODD d'ici 2030.

Enfin, des actions de collaboration visant à impliquer davantage les entités privées et les entreprises privées dans l'action sanitaire seront à même de dégager des ressources substantielles au bénéfice de la santé. Ces moyens combinés permettront de combler ou au moins de réduire sensiblement le gap qui pourra entraver considérablement la mise en œuvre du PNDS et l'atteinte des objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population sur la période de 2016 - 2020.

7. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

Le PNDS 2016-2020 sera mis en œuvre par les trois niveaux du système national de santé selon les attributions de chacun d'eux, de manière à faire participer l'ensemble des parties prenantes sous la coordination du Gouvernement dans un esprit de redevabilité mutuelle.

Les actions envisagées dans les différents piliers feront l'objet de plans sous sectoriels adaptés. Il s'agit notamment du plan de développement des ressources humaines, du plan d'approvisionnement en médicaments, vaccins et intrants de santé, du plan de réhabilitation et équipement des structures sanitaires, du plan de renforcement du SNIS, etc.

Chaque niveau du système sanitaire national élaborera, chaque année, un plan de mise en œuvre du PNDS pour une programmation annuelle des actions prioritaires et qui servira de cadre pour l'alignement des interventions et ressources.

7.1. Principes directeurs

La mise en œuvre du PNDS 2016-2020 est guidée par les principes ci-dessous :

- la reconnaissance de la zone de santé (avec ses deux échelons : centre de santé et HGR) comme seule unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre de la Politique Nationale de la Santé fondée sur les SSP, dans le respect des principes d'intégration, de continuité et de globalité des soins centrés sur l'homme ;
- la progressivité dans l'amélioration de la couverture sanitaire nationale, dans le respect de l'équité et de la justice distributive entre provinces 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.
- l'utilisation efficiente des ressources pour une prestation intégrée des services de santé essentiels permettant d'évoluer vers la CSU ;
- la collaboration intersectorielle impliquant la nécessité d'institutionnaliser l'action intersectorielle coordonnée afin d'améliorer les déterminants de la santé ;
- l'harmonisation et l'alignement de l'aide pour garantir que le budget de l'Etat alloué à la santé et les flux de l'aide internationale sont effectivement alignés sur les priorités du PNDS et utilisent des mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement ;
- la responsabilité mutuelle par rapport aux résultats par la mise en place et l'utilisation d'un cadre conjoint et unique de suivi et évaluation des résultats du PNDS, en conformité avec les engagements de « l'agenda de Kinshasa ».

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

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

7.2.1. Les Structures gouvernementales

Le niveau central se concentrera sur son rôle d'élaboration et de vulgarisation des politiques, stratégies sectorielles, textes légaux, réglementaires et normes pour la gestion du secteur. Il va également poursuivre le développement des structures de référence nationale à travers la rationalisation des hôpitaux et laboratoires nationaux. Une attention sera portée sur l'élaboration de la carte sanitaire du pays.

Le niveau central devra aussi s'occuper de l'accompagnement et de l'encadrement des provinces dans leur rôle d'organisation des SSP, de S&E des projets et dans la production de l'information stratégique. Cette tâche exige que soit finalisée la réforme du niveau central pour doter les Directions reformées de cadres expérimentés et disposant d'un gradient de compétence pour l'accompagnement des provinces. Un rôle clé du niveau central est aussi d'assurer la mobilisation et la mise à disposition des ressources.

Le niveau provincial assurera à travers les DPS, en tant que structures décentralisées de l'administration sanitaire des provinces, un encadrement de proximité des zones de santé pour la mise en œuvre des SSP. Elles traduiront également en instructions opérationnelles les normes et directives édictées par le Niveau Central et coordonnera toutes les actions sanitaires dans leur rayon de responsabilité. À cet effet, l'on poursuivra la restructuration des DPS dans le cadre de la réforme du Niveau Intermédiaire.

Les IPS en tant que Services déconcentrés du pouvoir central, seront chargées essentiellement de veiller à la conformité et au respect de l'application des politiques, des stratégies, des normes, lois, règlements, etc.

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

Les autres secteurs connexes seront impliqués dans les activités intersectorielles en lien 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-SS, des CPP-SS et des Conseils d'Administration (CA) des ZS. Les Ministères de la Justice et de l'Intérieur seront mis à contribution pour l'assainissement du secteur médico-pharmaceutique et dans le travail de l'enregistrement des faits d'état civil.

7.2.2. Les Partenaires techniques et financiers

Les Partenaires techniques et financiers sont chargés : (i) de la mobilisation des ressources extérieures pour la réalisation des résultats du PNDS et du suivi de leur utilisation efficiente, (ii) du renforcement des capacités techniques des structures nationales chargées de la mise en œuvre des interventions prioritaires, (iii) de la participation au suivi et à l'évaluation conjointe du PNDS et des PPDS à travers les Commissions et Groupes de travail du CNP-SS et des CPP-SS.

7.2.3. La Société Civile

Les Confessions religieuses, les ONG de santé, les Ordres et Associations professionnels vont poursuivre leur partenariat avec le Gouvernement en tant

qu'acteurs sanitaires. Ils participeront à toutes les étapes, de l'élaboration à l'évaluation y compris la mobilisation des ressources additionnelles pour la santé.

Les Confessions religieuses veilleront à la participation effective de leurs formations sanitaires à la réalisation des priorités sanitaires nationales par la mise en œuvre des SSP. Celles qui ne disposent pas à ce jour de l'accord-cadre avec le MSP devront l'avoir.

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

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

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

8. SUIVI ET EVALUATION

8.1. Rappel de la stratégie sanitaire nationale et son cadre de suivi

La satisfaction des besoins de santé de la population avec sa pleine participation, en rendant disponibles, accessibles et abordables les services et soins de santé de qualité, prônée par la politique nationale de santé de la RDC passe par la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires avec toutes ses composantes. Le pays a adhéré à cette stratégie en 1978 et souscrit à la Charte Africaine de développement sanitaire en 1980.

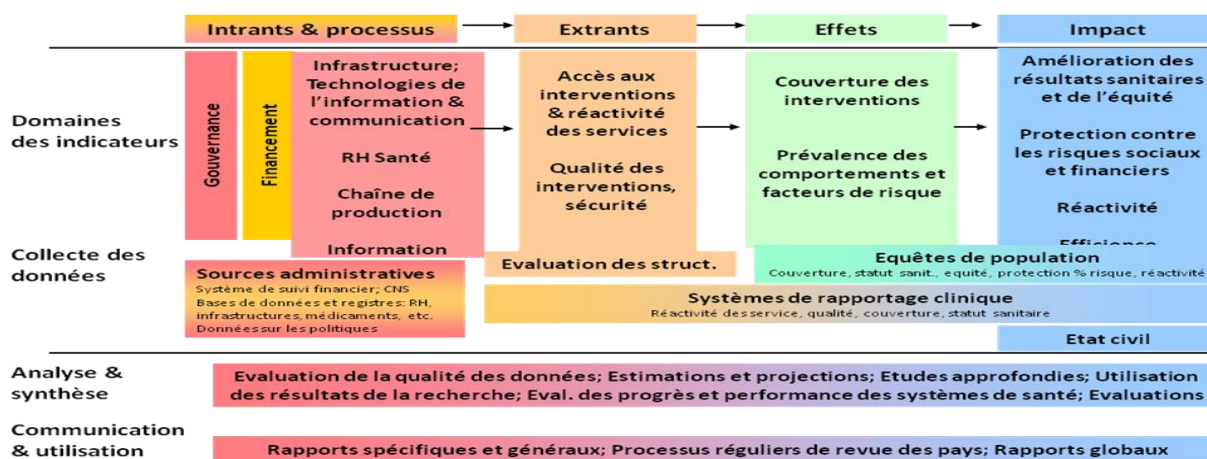
Le Ministère de la Santé Publique et ses partenaires ont élaboré et adopté en 2006 la première édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé « SRSS-1 » en vue de réorganiser l'ensemble du système de santé de manière à lui permettre, à terme, de couvrir l'ensemble de la population par des structures de santé qui offrent des soins de santé de base de qualité (globaux, continus intégrés, efficaces et efficients).

Depuis 2010, la RDC a élaboré le premier Plan National de Développement Sanitaire « PNDS 2011-2015 » pour servir de plan stratégique de mise en œuvre de la seconde édition de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé « SRSS-2 » définie au cours de la même année. Tous ces deux documents ont été adoptés par le Conseil des Ministres en mars 2010 comme outils stratégiques du Gouvernement qui traduisent la contribution du secteur de la santé à la réalisation des objectifs nationaux de développement. Ainsi, le nouveau Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2016-2020) comme second plan stratégique du Gouvernement pour le secteur de la santé fait partie intégrante du Plan National de Développement Socioéconomique 2017-2021 et de la stratégie nationale de croissance et de réduction de la pauvreté.

Le cadre de suivi-évaluation est élaboré pour suivre et évaluer les performances du secteur et servir de soubassement à la redevabilité. Il permet de répondre à plusieurs défis. Il décrit comment et par qui le secteur recueillera les informations sur les différents indicateurs, l'organisation des revues sectorielles et la production du rapport global du secteur.

Le modèle général du suivi des performances et de l'évaluation du Plan National de Développement Sanitaire est inspiré du cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé tel que présenté par IHP+ que nous représentons dans la figure 1 ci-dessous.

Figure Erreur ! Pas de séquence spécifié. : Cadre de référence pour le suivi et l'évaluation des systèmes de santé



La séquence des niveaux taxonomiques présentés dans cette figure s'impose dans la planification au sein du secteur de la santé. Le Cadre de Suivi & Evaluation est assorti d'une liste d'indicateurs découlant des programmes et actions prioritaires du PNDS 2016-2020. Cette liste d'indicateurs est reprise en annexe. Leur sélection a tenu compte de leur pertinence par rapport aux axes et résultats du PNDS ainsi que de la faisabilité de la récolte des données y relatives. Une étude sera réalisée pour fournir les valeurs de base pour les indicateurs qui n'en disposent pas.

8.2. Sources et collecte des données de Suivi et Evaluation du PNDS

Plusieurs sources ont été identifiées pour alimenter en données les indicateurs de suivi et évaluation du PNDS 2016-2020. Parmi ces sources, on trouve :

- (i) le Système national d'information sanitaire (SNIS) à travers ses différentes composantes y compris les sous-systèmes d'information des Programmes spécialisés ;
- (ii) les rapports des Directions centrales, des Services, des programmes et projets de santé et des PTF ;
- (iii) les rapports des autres Ministères : Budget, Finances, Fonction Publique, Agriculture, etc. ;
- (iv) les rapports des enquêtes multipartenaires et multi pays (EDS, MICS, SARA, BSS...) ;
- (v) les rapports mondiaux des agences de coopération bi et multilatérale et d'autres partenaires internationaux ;
- (vi) Les rapports de la société civile nationale et des ONGS nationales et internationales etc.

Les outils et procédures opérationnels (collecte, compilation, traitement, analyse des données et communication des informations) doivent être standardisés et

validés en collaboration avec toutes les parties prenantes et consignés dans un manuel, règlementés et diffusés pour permettre le renforcement des capacités des acteurs de manière à garantir la production des données fiables, de qualité et à moindre coût.

La collecte des données manquantes fera l'objet des enquêtes et études spécifiques. La planification de ces études fera partie intégrante du plan de S&E à élaborer.

8.3. Le traitement, l'analyse et validation des données

Les données et les informations produites et générées par les différentes sources vont parvenir aux unités fonctionnelles de suivi et évaluation (USE) qui devront être établies et opérationnalisées au sein des DPS et au niveau de la Direction d'Etudes et Planification du MSP qui a le Suivi et Evaluation des plans et performances du Secteur dans ses attributions. Ces unités fonctionnelles vont développer chacune une base des données qui sera alimentée régulièrement par les données de différentes sources. Ces données seront alors traitées et analysées pour générer les informations qui vont renseigner sur l'évolution de la mise en œuvre du PNDS.

Le traitement et l'analyse des données se fera suivant les techniques appropriées et avec la rigueur voulue. La centralisation des données devra être faite au moyen d'un logiciel unique de gestion des données, le DHIS2. Elle est mensuelle pour les zones de santé, trimestrielle pour les provinces, semestrielle pour les Directions normatives et les Programmes spécialisés du MSP et annuelle pour le secteur de la santé dans sa globalité.

Les informations sanitaires seront présentées, discutées et approuvées au niveau des structures de pilotage du secteur à différents niveaux. Ainsi, ces informations seront échangées au sein des COGE et des CA/ZS au niveau des zones de santé, des CPP-SS au niveau des provinces et enfin, du CNP-SS au niveau national pour la prise de décisions. Celles-ci devront être traduites dans les plans de mise en œuvre (PAO) des différentes structures et Services concernés afin d'améliorer la réalisation des résultats du PNDS 2016-2020 et les performances du secteur.

La validation des données d'enquêtes et/ou d'évaluation des structures de santé s'effectue sous forme des restitutions auprès du CNP-SS (au niveau central), auprès des CPP-SS (au niveau provincial) et des CA (au niveau des Zones de Santé) avec la participation de toutes les parties prenantes.

8.4. Communication et utilisation des informations

La gestion du flux d'informations requises pour un meilleur suivi et évaluation du PNDS est envisagée sous forme d'un entrepôt des données rattaché au centre de veille stratégique à mettre en place.

Les informations sont structurées dans un rapport qui renseigne sur les performances du secteur dans les différents piliers du système de santé et diffusées à travers un portail web régulièrement mis à jour.

Les informations analysées et synthétisées feront l'objet des communications en vue de leur utilisation par les différentes parties prenantes, particulièrement les institutions nationales, les partenaires techniques et financiers à tous les niveaux.

Cette diffusion devra aussi viser la population bénéficiaire à travers des réunions de suivi ou de monitoring, des revues à différents niveaux.

Les informations du suivi et évaluation seront utilisées pour réajuster la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 et plus tard servir pour l'élaboration du prochain PNDS. Elles seront aussi utilisées pour alimenter la production des politiques, des programmes et stratégies sectorielles et globales et pour servir d'éléments de plaidoyers.

8.5. Modalités de Suivi et Evaluation du PNDS 2016-2020

Les interventions et actions planifiées dans le cadre programmatique du PNDS seront suivies et évaluées par un système de suivi et évaluation conjoint avec deux modalités : le suivi de routine, le suivi stratégique et l'évaluation des résultats et performances du secteur.

Le Suivi de routine se rapporte aux mécanismes et procédures existantes dans le SNIS et les sous-systèmes parallèles des Programmes spécialisés du MSP. Le SNIS devrait être la principale source d'information pour le suivi des performances des structures sanitaires à travers ses différentes composantes notamment le SNIS SSP, la Surveillance Epidémiologique, les Comptes Nationaux de la Santé, la Gestion des RHS et la Gestion des Médicaments.

Le suivi stratégique permet de fournir des informations nécessaires à l'élaboration des tableaux de bord destinés périodiquement aux décideurs aux différents niveaux. Ce suivi est pensé comme un dispositif léger construit autour d'un nombre limité d'indicateurs clés pouvant être considérés comme traceurs dans les domaines ou piliers du Système de Santé auxquels ils se rapportent.

La mise en place de la plateforme de suivi-évaluation et redevabilité vise à corriger l'incoordination traduite par des mécanismes parallèles de suivi et évaluation mis en place par différents projets et programmes de santé pour répondre aux besoins en informations des bailleurs sur les résultats produits par leurs financements.

Une évaluation externe des résultats et performances du secteur se fera à mi-parcours et à la fin de la période de mise en œuvre de ce PNDS.

8.6. Mécanismes nationaux de revues des performances du secteur de la santé

8.6.1. Principes régissant le suivi et évaluation du PNDS

Le présent cadre de Suivi et évaluation du PNDS est régi dans la logique de la gestion axée sur les résultats, de la responsabilité mutuelle et de la redevabilité. Il se réfère aux principes directeurs ci-après :

- i. **L'unicité du cadre de suivi évaluation** : ce principe signifie que ce cadre de suivi et évaluation constitue la seule et unique référence à moyen terme pour garantir la coordination des efforts entrepris dans ce domaine et concerne l'ensemble des parties prenantes. La notion d'unicité renvoie au leadership que le MSP doit garder à tous les niveaux pour la coordination des interventions au sein du système de santé ;

- ii. **L'alignement** : ce principe implique que, dans le cadre du suivi conjoint, des rapports périodiques doivent être élaborés sur l'avancement de l'exécution de la mise en œuvre des stratégies nationales de développement, le dialogue sur les politiques à suivre et les programmes de coopération nécessaires pour permettre au pays d'atteindre ses objectifs sectoriels ;
- iii. **L'harmonisation** : ce principe est basé sur la complémentarité (division du travail). Il implique la mise en place des dispositifs communs pour la planification, le financement (montages financiers conjoints, le déploiement des ressources en fonction des engagements des uns et des autres, etc.), le suivi, l'évaluation et la notification au MSP des activités et apports d'aide ;
- iv. **Responsabilité mutuelle** : le MSP et les PTF sont responsables des résultats obtenus en matière de développement de la santé, d'où l'obligation de faire en sorte que le S&E se fasse de manière participative avec toutes les parties prenantes. Pour cette raison, le cadre restera dynamique et flexible pour permettre des ajustements consensuels en fonction de l'évolution de la situation ;
- v. **La décentralisation du cadre de Suivi-Evaluation** : ce cadre de suivi-évaluation concerne tous les niveaux de la pyramide sanitaire, dans le respect de leurs attributions et compétences. Le cadre de S&E se présente par niveau de responsabilités afin respecter les principes de la décentralisation des pouvoirs conformément aux dispositions constitutionnelles.

8.6.2. Rôles et responsabilités des différents niveaux du Système de Santé

Le Suivi et évaluation du PNDS se fera de manière participative avec toutes les parties prenantes. Il se fera aux trois niveaux : au niveau central, au niveau provincial et au niveau opérationnel.

Au niveau opérationnel l'Equipe Cadre de Zone suit les résultats du PNDS à travers le Plan de développement de la zone de santé (PDSZ) décliné en plans opérationnels. Des réunions de monitoring mensuel des prestataires de la zone serviront à assurer le suivi local des plans opérationnels, notamment le fonctionnement des formations sanitaires (HGR, CSR, CS et PS) et l'analyse des résultats atteints.

Le niveau provincial piloté par le Ministre Provincial en charge de la santé, doit assurer le suivi et l'évaluation des performances des zones de santé à travers le fonctionnement et la production des prestations de leurs structures opérationnelles. Les revues trimestrielles provinciales seront organisées sur base des données centralisées à ce niveau pour examiner les résultats et réajuster les interventions. Les réunions du CPP-SS sont organisées également chaque trimestre pour prendre des décisions sur base des résultats de la mise en œuvre des plans opérationnels et des performances des provinces. Les revues annuelles provinciales auront lieu avant la revue sectorielle nationale qu'elles doivent alimenter.

Le niveau central est responsable de la conception des modalités et outils de suivi et évaluation des politiques définies par le Gouvernement en matière de santé ainsi que l'analyse périodique des performances du secteur de la santé à tous les niveaux. Il est aussi chargé de suivre et évaluer les performances des structures provinciales.

L'évaluation sera conduite par un évaluateur externe (organisme ou personnalité) sous la responsabilité et la coordination du Secrétaire Général à la Santé et les

résultats présentés à la revue sectorielle et au Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé pour prise de décisions éventuelles.

8.6.3. Rôles et responsabilités des autres acteurs

1. **Les Ministères connexes** : auront des responsabilités dans le suivi des interventions du secteur de la santé en fonction de leurs apports. Il s'agit en l'occurrence des Ministères en charge des finances, du budget, de la Fonction Publique, du Plan, de l'Environnement, de la Protection sociale, de l'Agriculture et du Développement rural, etc.
2. **Deux chambres de Parlement (Assemblée Nationale et Senat)** : en rapport avec l'allocation des ressources domestiques à la Santé, le suivi et le contrôle de l'action gouvernementale dans le secteur de la santé.
3. **La Cour des comptes** travaille pour le contrôle de la gestion des finances allouées au secteur de la santé.
4. **Les Partenaires Techniques et Financiers** : en rapport avec les projets et programmes de santé financés par l'aide extérieure et doivent apporter des ressources de façon effective pour l'implémentation du PNDS aux différents niveaux.
5. **Les Institutions scientifiques (de recherche) nationales et internationales** auront un rôle à jouer dans les enquêtes et études thématiques partielles ou d'envergure nationale utiles, pour générer de nouvelles connaissances et stratégies afin de réajuster au besoin les politiques. Il s'agit des Ecoles de Santé Publique nationales et internationales, des Facultés de médecine, des Sciences pharmaceutiques, des ISTM, etc.
6. **La société civile** : les ONG de développement, les OAC, les réseaux et Associations de professionnels, chacun en ce qui le concerne afin d'impulser la mise en œuvre du PNDS et garantir la dynamique communautaire, la bonne gouvernance et la redevabilité.

9. BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Santé Publique, *Politique Nationale de la Santé*, Kinshasa, 2001
2. Ministère de la Santé Publique, *Cadre Organique*, Kinshasa, 2003
3. Ministère de la Santé Publique, *Recueil des Normes de la Zone de la Santé*, Kinshasa, 2006
4. Ministère de la Santé Publique, *Stratégie de Renforcement du système de santé*, Kinshasa, 2010
5. Ministère de la Santé Publique, *Plan de Développement sanitaire 2011 – 2015*, Kinshasa, 2011
6. Ministère de la Santé Publique, *Cadre Organique*, Kinshasa, 2012
7. Ministère de la Santé Publique, *Rapport d’Evaluation du PNDS 2011 – 2015*, Kinshasa, juillet 2015
8. Programme des Nations Unies pour Développement, *Objectifs de développement durable*, Kinshasa, 25 septembre 2015
9. Institut National des Statistiques, *Projection 2015*, Kinshasa, 2015
10. Primature, Programme d’Action du Gouvernement 2012-2016, p.61, 2012
11. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, *Plan Stratégique National de Développement 2017-2021*, 2015
12. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, *Etude Nationale sur la Prospective, RDC vision 2035*, 2013
13. Journal officiel, Loi des Finances Publiques
14. Institut géographique du Congo, *Cartographie et d’information géographique du Congo-Kinshasa*, 2015
15. Banque Mondiale, *Revue des dépenses publiques*, 2014
16. Banque Centrale du Congo, Rapport Annuel, 2014
17. Fonds Monétaire International, *Consultations de 2014 au titre de l'article iv - Rapport des services*, 2014
18. Institut National des Statistiques, *Enquête 1-2-3 2012 – 2013*, 2013
19. Institut National des Statistiques, *Annuaire Statistique 2014*, 2015

20. Equipe Nationale de Prospective Stratégique, *RDC Dynamiques et enjeux de développement à long terme, Livre blanc*, juillet 2014
21. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, *Enquête Démographique et Sanitaire 2007*,
22. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, *Enquête Démographique et Sanitaire 2013 – 2014*, 2014
23. Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport Annuel des Statistiques sanitaires mondiales*, 2014
24. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, *Multi Indicators Cluster Survey (MICS - RDC) 2010*, 2011
25. Unicef – RDC, Section Politiques Sociales et Evaluation, *Analyse compilée des principaux indicateurs de la Santé*, 2015
26. Direction de Lutte contre la maladie, *Enquête de surveillance comportementale et séroprévalence*, 2009
27. Ministère de la Santé Publique, *Enquête sur les facteurs de risque des Maladies non transmissibles à KINSHASA, capitale de la RD CONGO Selon l'approche STEPS de l'OMS*, 2006
28. Direction des Ressources Humaines et Services Généraux, *Annuaire des Ressources Humaines*, 2013
29. Direction des Ressources Humaines et Services Généraux, *Plan National de Développement des Ressources Humaines*, 2013
30. Direction des Soins de santé primaire, *Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (SARA RDC 2014)*, 2014
31. Serge MAYAKA, *Rapport sur l'étude MUSKOKA*, 2015
32. DPM & Institut de Médecine Tropicale d'Anvers, *Etude sur la disponibilité des médicaments dans les Formations sanitaires de Kinshasa*,
33. DPM & PNAM, *Enquête sur les prix de médicaments en RDC*, 2007
34. OMS, *Rapport de la Santé du Monde sur le financement de la Santé*, 2010
35. Ministère de la Santé Publique de la RDC/ PNCNS : *Rapport des comptes de la santé 2013*, Kinshasa, mars 2015
36. Banque Mondiale, *Analyse de la stratégie de financement*, 2015
37. Comité Permanent de Cadrage Macroéconomique, *Principaux indicateurs macroéconomique 2013 – 2018*, juin 2015
38. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, *Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR 2)*, p 127, 2011
39. Ministère du Budget/ Direction de Préparation et Suivi Budgétaire, *Etats de suivi budgétaire 2003 – 2015*, 2015

Ordonnance et Arrêté Ministériel

1. Journal officiel n°3, Constitution de la République Démocratique du Congo révisée en 2011, 1^{er} février 2011
2. Journal Officiel n°7-I, Ordonnance n°014/078 du 7 Décembre 2014, 1^{er} avril 2015.
3. Arrêté No 1250/cab/min/sp/008/CJ/OaB/2012 portant réorganisation des DPS