

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**SECRETARIAT GENERAL**



**STRATEGIE DE RENFORCEMENT DU SYSTEME DE  
SANTE**

JUIN 2006

## TABLES DES MATIERES

Préface.....	3
<a href="#">Remerciements</a> .....	5
Liste des abréviations.....	6
Avant-propos.....	8
<a href="#">I. PROBLEMATIQUE</a> .....	10
<a href="#">1.1.Evolution historique du système de santé</a> .....	11
<a href="#">1.2.Caractéristiques du système de santé</a> .....	12
<a href="#">1.3.Problèmes et causes éventuelles</a> .....	13
<a href="#">1.4.Le rôle des bailleurs dans l'évolution du système de santé</a> .....	18
<a href="#">1.5.Les Objectifs du Millénaire pour le Développement et le système de santé en RDC</a> .....	20
<a href="#">II. STRATEGIE</a> .....	25
Introduction.....	26
<a href="#">2.1.Axes stratégiques</a> .....	27
<a href="#">2.2. Montage Institutionnel</a> .....	38
2.3. Coût de la stratégie .....	39
<a href="#">III. ANNEXES</a> .....	40
Annexe 1 : Approche de planification pour le renforcement du système de santé en RDC.....	41
Annexe 2 : Opportunités pour le développement des zones de santé.....	44
Annexe 3 : Critères de classification des zones d'une province selon leurs potentialités, à utiliser pour l'élaboration de la première étape du plan de développement provincial. ....	47
<a href="#">IV. BIBLIOGRAPHIE</a> .....	48

## **Préface**

Le développement de la République Démocratique Congo repose principalement sur la bonne santé de la population, force indéniable de toute action politique, économique et sociale. Cet état de santé de la population dépend pour une large part du niveau de fonctionnement de son système de santé qui doit être capable de prévenir les maladies, restaurer la santé et participer à la promotion de conditions favorables à l'atteinte d'un idéal: un état de bien être complet pour tout Congolais.

Garantir la santé est la responsabilité première du Gouvernement, qui doit l'accomplir, en ce qui concerne notre secteur, par la mise en place des structures dispensant des soins de qualité, qui répondent aux besoins fondamentaux de la population.

Pour un fonctionnement adéquat, nous avons décidé que ces structures devaient s'organiser en un système harmonieusement agencé, le service de zone, dans lequel se reconnaissent tous les intervenants tant publics que privés, tant nationaux qu'internationaux.

S'il y a une trentaine d'années un tel système de santé a existé dans le pays, à ce jour, cela n'est plus qu'une lointaine référence historique.

Le système de santé- actuel est désarticulé et semble essoufflé. La Politique Nationale de santé et le Plan Directeur de Développement Sanitaire ne sont plus que des documents historiques, abstraits, sans matérialisation sur le terrain.

Les services centraux, censés jouer le rôle normatif et régulateur, remplissent imparfaitement leur rôle et mènent des actions ne relevant pas de leurs attributions. Dans ces conditions, les partenaires extérieurs pourtant nombreux et prêts à nous aider, consacrent une grande part de leurs ressources à financer des actions certes louables, mais qui cadrent peu avec le développement d'un service de santé durable. Trop de ressources sont consacrées au court terme. La situation sanitaire de la population se détériore continuellement à cause de l'accès très limité des personnes aux soins de qualité qui sont disponible et à l'insuffisance de financement et moyen et long terme.

.../... .

Continuer à travailler de cette manière, c'est enfoncer davantage le pays dans l'abîme du sous développement. Il est plus que temps que les choses changent.

La présente **Stratégie de Renforcement du Système de Santé**, que vient d'élaborer le Ministère de la Santé, vise à créer le cadre référentiel dans lequel seront menées des interventions synergiques visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Elle sera un instrument d'intégration pour toute intervention des partenaires qui travaillent en partenariat avec le Ministère de la Santé.

Elle va contribuer à la réalisation des priorités nationales et les objectifs globaux et Sous Régionaux poursuivis par le pays, notamment la Lutte contre la Pauvreté et l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire.

Cette stratégie s'inscrit également dans le cadre plus général de la Réforme de la Fonction Publique, conçue pour fournir à cette dernière les inputs qui permettront de façonner les divers niveaux du service de santé de manière pertinente.

Enfin, elle réaffirme les Soins de Santé Primaires comme fondement de la Politique Sanitaire et la Zone de Santé comme unité opérationnelle du Service de Santé en République Démocratique du Congo.

**Emile BONGELI YEIKELO YA ATO**



## Remerciements

La publication du document de Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) m'offre l'opportunité de remercier tous ceux qui, de loin ou de près ont contribué à son élaboration. Je pense tout particulièrement aux cadres congolais qui, conscients de leur responsabilité vis-à-vis de l'histoire, ont accepté d'appuyer la Direction d'Etudes et Planification dans sa mission d'appui à l'élaboration des politiques et des plans du Ministère de la Santé.

La Stratégie de Renforcement du Système de Santé décrite dans ce document est le résultat d'un travail d'équipe alimenté par une réflexion nourrie et des visites de terrain qui se sont étalées sur une période d'environ une année (2005).

Je suis convaincu que cette équipe qu'il convient aujourd'hui d'appeler « Groupe d'Appui à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, GASRSS en sigle, dont les membres sont : Jean Pierre LOKONGA, Jacques WANGATA, Didier MOLISHO, Jean BOSCO KAHINDO, Albert KALONJI, Emile BONGO, Michel MULOHWE MWANA KASONGO, Florent EKWANZALA, Pierre LOKADI, Remo MELONI, SIMBI AHADI, Raphaël NUNGA, Bertin EPUMBA et Hyppolite KALAMBAY, a dû non seulement puisé dans son expérience pour conceptualiser le modèle de système de santé que nous voulons mettre en place à travers les axes stratégiques, mais aussi et surtout, y a consacré du temps, voire beaucoup de temps. Que tous les membres du GASRSS trouvent ici l'expression de ma sincère gratitude.

Mes remerciements vont également au Professeur Wim Van LERBERGHE et à Docteur Marthe Sylvie ESSENGUE de l'équipe « Politique de Santé et Planification » de l'OMS Genève, à Docteur Barry SAIDOU, chargé de Planification/ OMS Afro qui et à Docteur Salif SAMAKE, Directeur de la Direction d'Etudes et Planification au Ministère de la Santé du Mali qui, lors des visites d'appui à la réforme du secteur de santé en République Démocratique du Congo, ont travaillé à l'amélioration du contenu du document. Je suis reconnaissant au - Docteur SONGANE du Nouveau Partenariat Mondial mère, enfant et nouveau-né pour ses précieux conseils lors de la revue annuelle du ministère de la santé.

Je ne voudrais pas oublier tous ceux qui, par leurs interventions lors de différentes réunions au cours desquelles la SRSS a été présentée et discutée (réunion des partenaires du 16 décembre 2005, revue annuelle 2005, etc.), ont aidé à améliorer la qualité du travail.

Pour finir, je remercie vivement le Royaume de Belgique dont l'appui matériel, financier et technique apporté à la Direction d'Etudes et Planification à travers la CTB, a permis la réalisation des missions en provinces et la tenue des réunions et rencontres qui ont conduit à l'élaboration de cette Stratégie.

DR Constantin MIAKA mia BILENGE

Secrétaire Général à la Santé

## Liste des abréviations

AT	Assistance Technique
BAD	Banque Africaine de Développement
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSR	Centre de Santé de Référence
DEP	Direction d'Études et Planification
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de Pauvreté
ECZ	Équipe Cadre de Zone
FED	Fonds Européen de Développement
FONAMES	Fonds National Médico-Sanitaire
HGR	Hôpital Général de Référence
IDS	Inspection de District sanitaire
IPS	Inspection Provinciale de la Santé
ITM	Institut Technique Médical
MICS 2	Multi Indicators Clusters Suvery
MID	Médecin Inspecteur de District
MIP	Médecin Inspecteur Provincial
MPH	Master Public Health
MSP	Ministère de Santé Publique
ODM	Objectif de Développement du Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMS - AFRO	OMS région Afrique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PARS	Programme d'Appui à la
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PDDS	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PEV	Programme Élargie des Vaccinations
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLO	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les IST
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PNT	Programme National de lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté

PS	Poste de Santé
RDC	République Démocratique du Congo
RH	Ressource Humaine
SANRU	Santé en milieu Rural
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SWAP	Sector Wide Approach
USAID	Agence Internationale de Développement des États Unis d'Amérique
USD	Dollar américain
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'immunodéficience Acquise
ZS	Zone de Santé

## Avant-propos<sup>1</sup>

Depuis son adhésion à la stratégie des soins de santé primaires et sa souscription en 1980 à la charte africaine de développement sanitaire, la République Démocratique du Congo a toujours défini sa politique sanitaire partant des principes de base d'organisation et de fonctionnement des services de santé à finalité publique.

Si les documents officiels continuent à mentionner les soins de santé primaires comme stratégie de mise en œuvre de la politique sanitaire, il devient de plus en plus évident, à la lumière de ce qui se fait actuellement, que le problème auquel est confronté le système de santé de la RDC, c'est, entre autres, l'absence d'une vision partagée sur l'organisation à mettre en place pour la prise en charge de l'ensemble des problèmes de santé de la population

Ce manque de vision empêche les différents acteurs (opérateurs de terrain, responsables de l'administration du ministère de la santé aux niveaux central et intermédiaire et bailleurs des fonds) d'établir le lien entre les soins de santé primaires et la zone de santé, identifiée comme l'unité opérationnelle et dont le développement demeure la priorité conditionnelle de mise en œuvre de la politique sanitaire. Ce lien fondamental qui existait jusque vers les années 1985 a été perdu au fil de temps au point qu'aujourd'hui la zone de santé est devenue un concept quelque peu galvaudé.

D'un système de santé intégré à 2 échelons, constitué d'un réseau des centres de santé et d'un hôpital général de référence, la zone de santé offre aujourd'hui la physionomie d'une juxtaposition d'interventions et d'acteurs dont le souci premier est la visibilité de ceux qui les financent plutôt que la satisfaction des attentes des populations bénéficiaires. C'est ainsi que, le Paquet Minimum d'Activités (PMA) est saucissonné en paquets sélectifs d'activités, et l'hôpital général de référence, considéré comme structure 'hors zone', entre en compétition avec les centres de santé. En plus, au motif de rapprocher les soins de la population, on assiste au développement d'une série de structures intermédiaires (relais communautaires, poste de santé et centre de santé de référence) pas toujours nécessaires et souvent nuisibles (soins de santé de qualité douteuse et concurrence à tout effort de rationalisation de deux échelons).

Le changement de régime politique en mai 1997 a suscité de l'espoir pour la reconstruction du pays. C'est dans ce cadre qu'il faut placer l'élaboration du Plan Directeur de Développement Sanitaire 1999 – 2008 (PDDS). Le rapport de l'état des lieux du secteur de la santé déclare à ce sujet : "En effet, le redressement de la situation sanitaire que connaît le pays depuis plusieurs années, impose la mise en œuvre d'un plan de développement sanitaire en tant que partie intégrante du plan national de développement socio-économique et du plan d'élimination de la pauvreté" (État des lieux du secteur de la santé, 1998).

La tenue en 1999 des états généraux de la santé est apparue comme le point de départ d'un nouvel ordre sanitaire avec l'adoption de quatre documents : - projet de loi cadre portant sur la santé

---

<sup>1</sup> Dans ce document, on emploie indifféremment, en désignant le même concept, revitalisation ou développement des zones de santé.

publique ; - projet de cadre organique du Ministère de la Santé ; - projet de déclaration de la politique sectorielle de la santé et – plan directeur de développement sanitaire.

Mais, très vite la réforme du secteur de santé de la RDC et les différents fora qui ont suivi les états généraux de la santé (colloque national SANRU 3 : rebâtissons les soins de santé primaires, table ronde de la santé, revues annuelles du ministère de la santé, etc.) sont apparus comme des exercices académiques, une sorte de conformisme à une mode en vogue, la « réforme du secteur de santé ».

La nécessité d'un nouvel engagement a conduit la haute autorité du ministère de la santé à mettre en place, autour de la Direction d'Études et Planification (DEP), un groupe de travail pour réfléchir sur le système de santé. Ce groupe, composé de cadres de la DEP, de la direction des soins de santé primaires, de la diaspora interne (cadres congolais qui travaillent pour le compte des partenaires ou pour leur propre compte et ayant une expérience sur l'organisation des systèmes de santé), a bénéficié de l'appui technique de l'OMS/Genève et AFRO pour élaborer la stratégie de renforcement du système de santé.

Le présent document de stratégie de renforcement du système de santé, résultat du consensus entre acteurs du système de santé (réunion des partenaires du 16 décembre 2005, revue annuelle du ministère de la santé, février 2006) est structuré en deux parties. La première plus générique essaye de relever les éléments fondamentaux de la problématique du système de santé dans une perspective d'un engagement pour la réponse et la deuxième plus concrète donne la quintessence de la réponse, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS).

---

## I. PROBLEMATIQUE

---

## 1.1. Evolution historique du système de santé

L'évolution historique du système de santé de la RDC comme celle d'autres Etats africains se distingue par le caractère institutionnel et par l'initiative des pouvoirs publics.

A son accession à la souveraineté internationale, la RDC hérite d'un système de santé basé essentiellement sur des hôpitaux et dispensaires appuyés par des équipes mobiles de lutte contre les grandes endémies. Les multiples crises politiques que connaîtra le pays immédiatement après, et qui se sont accompagnées de l'effondrement progressif de l'économie, ne vont pas épargner le secteur de la santé. C'est ainsi que très vite, les nombreux hôpitaux et dispensaires du pays vont se retrouver démunis de leurs équipements, et la chaîne d'approvisionnement en médicaments connaîtra plusieurs ruptures entre le niveau central et les points d'utilisation. L'arrière-pays sera le plus touché.

Le besoin de restructuration du système de santé pour faire face à la situation sera clairement souligné dans le Manifeste de la Santé et de Bien-être publié en 1968. Et en vue de matérialiser cette orientation, il sera créé en 1973, le Conseil National de la Santé et du Bien-être. Cette structure qui se voulait inter-sectoriel, devait être chargé de la conception, de l'orientation et du contrôle de la politique sanitaire nationale.

En plus de grandes orientations politiques, les années 70 sont caractérisées par le développement des expériences en médecine communautaire, respectivement à Bwamanda (province de l'Equateur), à Kisantu (province du Bas-Congo), à Kasongo (province du Maniema) et Vanga (province de Bandundu). Ces expériences vont être déterminantes et vont influencer d'une manière caractéristique la politique de santé de la RDC. C'est en effet de ces expériences que sont nées les premières unités décentralisées associant la population à leur fonctionnement : les Zones de Santé.

Quoique plusieurs réflexions soient menées, et alimentées de surcroît par des expériences de terrain, il n'existe pas à proprement parler jusqu'en 1984 de document spécifiquement consacré à la politique sanitaire. La RDC achèvera effectivement en 1984 de définir sa politique et sa stratégie dans le domaine de la santé, concrétisant ainsi son adhésion à la charte de développement sanitaire en Afrique.

Ce processus commencé en 1975, à l'instigation du Ministre de la Santé Publique de l'époque, avec l'organisation de la première conférence nationale sur la médecine communautaire, sous l'impulsion de deux réseaux confessionnels impliqués dans l'offre des soins (catholique et protestant), attendra le Plan d'Action sanitaire 1982 – 86 et parallèlement le Programme de Réhabilitation Economique de 1983 – 86 pour voir apparaître les préoccupations des autorités politiques vers les soins de santé primaires et voir consacrer la zone de santé (ZS) comme unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre de la nouvelle politique axée sur la stratégie des soins de santé primaires.

L'année 1985 sera celle de l'achèvement de la délimitation du pays en zones de santé mais aussi l'année de la fin des actions mues par une vision du système de santé. Cette année sera aussi celle

de la restructuration du FONAMES (Fonds National Médico-Sanitaire), dont la mission n'est plus celle de combattre les endémo-épidémies mais devient celle de coordonner au nom du Ministère de la Santé, l'aide des partenaires aux Zones de Santé. Malheureusement, le FONAMES ne jouera jamais ce rôle, laissant ainsi continuer le manque de coordination efficace de l'aide des partenaires aux Zones de Santé.

La période 1987 – 1991 est celle du fléchissement de l'enthousiasme des partenaires pour l'extension de la couverture en Zones de Santé fonctionnelles. Quelques éléments pour essayer de comprendre le phénomène : - le projet de formation des cadres des Zones de Santé (PNUD-OMS) mis en œuvre par le FONAMES met l'accent sur le médecin chef de Zone de santé comme représentant du ministre de la santé et non comme membre de l'équipe de la Zone de santé ; les décisions unilatérales du ministère de la santé de permuter les médecins chefs de Zones de Santé problématiques (qui ont mal géré) vers des Zones de Santé fonctionnelles au mépris du principe de méritocratie; - les décisions unilatérales du ministère de la santé de transférer les médecins chefs de Zones de santé formés en santé publique (MPH) des Zones de Santé fonctionnelles vers les fonctions administratives aux niveaux intermédiaire et national ;

La période de 1993 – à nos jours se caractérise par des aides humanitaires et des opportunités manquées. En effet, cette période a été marquée sur le plan national par le changement en mai 1997 du régime politique avec une opportunité de remise en question de l'ensemble de la vie nationale. Plusieurs rendez-vous sont à mentionner sur le plan sanitaire : - l'organisation des états généraux de la santé en décembre 1999 ; - la tenue du colloque SANRU en février 2003 avec comme thème "rebâtissons les soins de santé primaires en RDC" par le fondement communautaire, la gestion améliorée, le leadership dynamique et l'intégration aussi bien des programmes, des partenaires que des autres secteurs sociaux ; - et enfin, la tenue en mai 2004 de la Table Ronde de la santé.

Mais qu'est ce qui fait que le système de santé soit moins performant qu'il ne l'a été avant 1985 ? Et pourtant, le flux financier dans le secteur de santé, quoique toujours insuffisant, n'a jamais été aussi important qu'aujourd'hui.

## **1.2. Caractéristiques du système de santé**

La situation d'urgence, consécutive aux troubles sociopolitiques que connaît le pays depuis 1990, a donné lieu à l'introduction des interventions humanitaires dont l'approche a été essentiellement une approche sélective des problèmes de santé. Ces interventions qui, avec la normalisation de la situation socio-économique, devaient au fur et à mesure laisser la place aux interventions de développement, passent malheureusement à la chronicité et démasquent au fil de temps leur vrai visage : un outil de déstructuration du système de santé de la RDC.

L'approche sélective des problèmes de santé avec une priorité accordée aux interventions de lutte contre certaines maladies, dites les plus meurtrières, a atteint son point culminant avec l'adoption en septembre 2000, lors du sommet du millenium des Nations Unies, des Objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) dans le but d'accélérer la réduction de la pauvreté. Ceci s'est

traduit par la création au niveau international d'une série des programmes sélectifs et des fonds d'appui aux problèmes spécifiques de santé.

A l'évidence, sur le plan interne de la RDC, le bon sens suffit pour dire que l'organisation actuelle du niveau central du Ministère de la santé en 13 Directions Centrales et 52 Programmes Spécialisés rend très difficile la fonction de coordination intra sectorielle qui doit être assurée par le Secrétaire Général à la Santé, et conduit inévitablement aux chevauchements dans les missions et attributions des directions et programmes spécialisés. Cet état de chose n'est pas sans conséquence sur l'offre des soins au niveau opérationnel.

De plus, les stratégies de survie individuelles et institutionnelles prévalentes depuis des décennies, et qui au fil de temps sont devenues des caractéristiques de fonctionnement des institutions (ministères de la santé & éducation notamment) ont conduit à une multiplication effrénée des structures aussi bien de formation que de prestation des soins. C'est ainsi qu'on dénombre en 2005 une soixantaine de facultés et autres structures de niveau universitaire offrant une formation dans le domaine de la santé. Depuis 1998 le nombre d'ITM (Instituts des Techniques Médicales) a augmenté d'environ 15% par an. Il y a en ce moment 362 ITM offrant des formations d'infirmiers ou d'autres professions auxiliaires. Parmi celles-ci, 241 ont été officiellement agréées, et 121 en attente d'agrément. Ces chiffres ne prennent en compte que les structures enregistrées au Ministère de la Santé à Kinshasa. Le nombre réel est sans doute encore plus important.

Subsidiairement à ce qui se passe au niveau central, une tendance se dessine pour le niveau intermédiaire, la multiplication des bureaux dans une logique de reproduction des tâches des directions centrales et la création des coordinations et points focaux des programmes spécialisés. Les 2 échelons du niveau intermédiaire à savoir, l'inspection médicale provinciale et l'inspection de district, tirent ainsi leurs priorités du niveau central.

Au niveau opérationnel, outre le fait qu'un nouveau découpage des zones de santé est intervenu, l'intégration des structures de la zone de santé pose problème (l'hôpital évolue à part et fait concurrence aux centres de santé). La plupart des programmes subsidiés par des bailleurs des fonds étendent leurs activités jusqu'au niveau périphérique. Le PMA au lieu d'être mis en œuvre de façon intégrée par une équipe polyvalente, devient un PMA sélectif mis en œuvre par du personnel spécialisé.

Le système de santé est caractérisé ainsi par la désintégration qui se traduit par la désarticulation de ses éléments, l'exercice anarchique des activités de santé, la production de services de santé de qualité douteuse et la déshumanisation des services de santé.

### **1.3. Problèmes et causes éventuelles**

Les problèmes identifiés lors de différentes visites de terrain en 2005 peuvent être regroupés en 6 catégories :

## 1. Facteurs imputables à des situations d'urgence.

Les situations d'urgence qui ont prévalu ces dernières années avec la préoccupation de faire tout et tout de suite ont été un prétexte pour faire des interventions de façon disparate, sans suivre une démarche cohérente. Une des conséquences de cette façon de faire est la multiplication des infrastructures qui ne répondent à aucune logique de rationalisation de la couverture sanitaire. Dans la logique de rapprocher les soins de santé des bénéficiaires, nous assistons à la création des Centres de Santé de Référence (CSR) pratiquant des interventions chirurgicales et postes de santé (PS) dans les aires de santé. Outre le fait que la création des CSR et PS ont une influence néfaste sur la qualité des soins, ces dérives ont également comme conséquence, par leur inefficience, des effets à long terme sur la durabilité du système, d'un point de vue économique, mais aussi d'un point de vue technique.

## 2. Absence d'un cadre de référence correcte pour la définition des services de zone.

L'hôpital semble avoir été « oublié » comme élément structurant de la zone de santé et comme structure chargée de l'appui au développement des services de 1<sup>er</sup> échelon. La séparation des responsabilités entre la gestion de l'hôpital et de la zone de santé (médecin chef de l'hôpital et médecin chef de zone) constitue également un élément déstructurant du système.

L'idée que l'équipe polyvalente du CS travaille par délégation de l'Equipe Cadre de la Zone de Santé (ECZ) semble progressivement céder le pas à la mise en place au niveau du CS des activités de contrôle des maladies segmentées en relation avec des programmes prioritaires bien financés (PNT, PEV, PNLs, PNSR, PNTHA, PNLO,...). Par ces faits, la notion d'intégration, de globalité et de continuité qui caractérisent les SSP disparaît et la supervision est vidée de son contenu, en tant qu'instrument de formation continue visant un renforcement global des capacités du personnel en charge des services en contact avec la population.

Au niveau de l'équipe de gestion de la zone de santé, il y a **peu de travail d'équipe**. Ceci est dû notamment au fait que les services de la zone de santé (CS et HGR) ne sont pas (ou peu) vus comme des services intégrés, ayant des fonctions spécifiques mais complémentaires et devant fonctionner de manière coordonnée.

S'il est vrai que tout le monde s'accorde sur la nécessité de développer les zones de santé comme le recommande d'ailleurs le cadre normatif du secteur de santé (PNS et PDDS), il est tout aussi vrai que les acteurs du secteur de la santé ne se sont pas encore accordés sur la manière de le faire, sur la stratégie (principales interventions) à mettre en œuvre en vue du développement des zones de santé. Cette absence de vision commune a été décriée dans plusieurs forums organisés au sein du secteur de la santé. Parmi ces forums, on peut citer : la Table Ronde du secteur de la santé organisée en mai 2004, la revue annuelle 2004, etc. La stratégie de renforcement du système de santé définie dans ce document et qui est essentiellement basée sur le développement des Zones est justement destinée à combler ce vide.

### 3. Système de financement et ses effets pervers

Le système de financement du secteur de la santé en RDC repose principalement sur un trépied constitué du budget de l'Etat, des apports extérieurs (bilatéraux et multilatéraux) et du recouvrement des coûts des soins et services de santé auprès des usagers (jusqu'à 70% des frais de fonctionnement).

Le budget de l'Etat consacré à la Santé et son taux d'exécution sont restés faibles. En 2001 par exemple, moins de 1% du budget de l'Etat a été consacré à la santé avec un taux d'exécution de 50%. Ce budget a certes évolué depuis, mais il continue de rester largement inférieur aux besoins du secteur.

A cause du désengagement progressif de l'Etat dans le financement du système de santé, il s'est créé des flux financiers où l'argent de la contribution des malades remonte pour financer les niveaux administratifs supérieurs. Cette pratique s'est intensifiée à partir des années 1990, lorsque les centres de santé et hôpitaux ont été amenés à reverser 5-10% de leurs entrées financières aux bureaux centraux des zones de santé (BCZS) qui eux-mêmes devaient en faire autant pour le niveau provincial, et celui-ci pour le niveau central. Ces versements servent au fonctionnement des activités, mais également aux rémunérations des personnels à ces différents niveaux. Au fil des années ce système de taxation informelle et inéquitable s'est enraciné et est devenu un des moteurs du système pour la survie financière des individus et des institutions.

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

L'aide extérieure consacrée à la santé a certes augmenté depuis 2001, mais elle est en grande partie destinée aux programmes verticaux (Fonds Mondial de lutte contre le Paludisme, le VIH/SIDA et la Tuberculose, Multi Country Aids Programm...etc.). Le fait que ces ressources destinées aux programmes verticaux aient été pratiquement les seules disponibles dans le secteur de la santé au lendemain de la redéfinition de la politique nationale de santé, a certainement contribué à la marginalisation de la stratégie basée sur les soins de santé primaires et de la zone de santé comme unité opérationnelle.

La forte dépendance du financement de la santé vis-à-vis de l'extérieur s'est accompagnée des dysfonctionnements qui se matérialisent dans la structure du MSP aussi bien au niveau central qu'au niveau intermédiaire : la multiplication de directions et de programmes spécialisés.

Outre la création des structures correspondantes au niveau intermédiaire, les programmes exercent un effet d'aspiration des ressources importantes du niveau intermédiaire vers des

réunions fréquentes au niveau de Kinshasa. Au lieu de se préoccuper d'appuyer le développement des ZS, la structure intermédiaire regarde vers le haut, pour en tirer des bénéfices immédiats.

Dans un contexte de pauvreté, les interventions humanitaires sont été perçues par une certaine 'classe politique' comme le seul moyen d'octroyer des ressources (véhicule, moto, groupe électrogène, etc.) à 'sa communauté', ceci est l'une des raisons qui expliquent que le nombre des Zones de Santé est passé de 306 à 515 en 2003.

#### **4. Participation communautaire mal comprise**

Devant le constat de services peu fonctionnels, on voit apparaître une floraison intense de « relais communautaires » dont la qualification et le niveau technique sont insuffisants pour constituer une alternative au personnel de santé qualifié. Si le recours aux « relais communautaires » pouvait se justifier dans les années 70, la situation a complètement changé, le contexte du système de santé est aujourd'hui caractérisé par une pléthore du personnel infirmier et une inflation des écoles d'enseignement médical.

L'une des idées centrales de la participation communautaire est que la population devrait avoir un mot à dire sur ce qu'on lui offre : on en est bien loin. Et pourtant, la population contribue pour près de 70% au financement des charges récurrentes du fonctionnement des certaines zones de santé.

#### **5. Problème des ressources humaines**

Bien que fragmentaires, les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé sont un problème sérieux en RDC. Si en 1998, le nombre de médecins en RDC était d'environ 2000 et celui des infirmiers 27.000, à l'heure actuelle, il est difficile de dire combien il y a des médecins et d'infirmiers en RDC. En effet, comme indiqué plus haut, il existe dans le pays près de 60 établissements d'enseignement supérieur qui forment des médecins et des infirmiers. Près de 1500 médecins sortent chaque année des seules Universités de Kinshasa et de Lubumbashi. Tout porte à croire que leur nombre est sérieusement en hausse depuis le début des années 2000. Les Instituts des Techniques Médicales (ITM), qui sont à environ 362 dans le pays forment chaque année près de 7.000 infirmiers. Pour cette catégorie aussi, le nombre est en croissance rapide.

Les effets pervers de cette inflation du personnel commencent déjà à se faire sentir sur terrain. On assiste depuis quelques années à une multiplication du nombre des structures de santé dans les ZS. Le nombre d'aires de santé qui disposent de plus de 10 structures de santé devient de plus en plus important. Ces structures sont pour la plupart créées par le personnel de santé formé en surplus et qui n'a pas trouvé du travail dans une structure formelle. Pour des raisons de survie individuelle ou institutionnelle comme on l'a décrit plus haut, ces structures de santé qui offrent de soins de santé de qualité pour le moins douteuse, sont entretenues du fait qu'elles contribuent au fonctionnement des niveaux hiérarchiquement élevés.

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

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

La répartition pour le moins non équitable des ressources humaines entre le milieu rural et urbain est un autre problème que pose la gestion des ressources humaines pour la santé en RDC

## **6. Absence de leadership du Ministère sur le secteur**

La baisse quasi constante de la part du budget de l'Etat consacré à la santé a eu entre autre pour conséquences (i) la perte par le Ministère de la Santé d'une bonne part de son autonomie pour décider, orienter et conduire la politique nationale de santé (PN) et les politiques sous sectorielles, (ii) l'insuffisance de la coordination des bailleurs qui interviennent dans le secteur par insuffisance des cadres nationaux compétents qui soient à mesure d'assumer cette coordination en fonction des politiques et stratégies clairement définies (une bonne partie des cadres nationaux a migré chez les partenaires et une autre s'est expatriée), (iii) un manque de contrôle du Ministère sur le financement du secteur mettant les responsables du secteur dans des conditions où ils ne savent pas au début de chaque exercice budgétaire, de combien des ressources ils vont disposer et d'où elles proviendront afin de réaliser la politique nationale de santé, ce qui rend aléatoire tout exercice de planification à long terme, (iv) le modèle conceptuel du système de santé basé sur la Zone de Santé comme unité opérationnelle se trouve ainsi fortement perturbé par d'autres modèles à travers lesquels les bailleurs des fonds véhiculent leur financement.

En conclusion, sous la pression des événements dont les principaux sont la mauvaise gouvernance, les conflits armés et la faiblesse du leadership du Ministère dans le secteur consécutif à une baisse constante des ressources nationales consacrées à la santé, il s'est mis en place des services de santé de qualité pour le moins douteuse et dont l'essentiel peut être résumé comme suit :

- 1 une désarticulation voire une fragmentation des services de la Zone de Santé** du fait de l'insuffisance des ressources nationales affectées au secteur et, de ce fait, la perte du pouvoir normatif du Ministère et celui de coordination des bailleurs par ce dernier. Cette

désarticulation se manifeste d'une part par la marginalisation de l'Hôpital Général de Référence qui entre en compétition avec les Centres de Santé (financés par les partenaires du secteur) perturbant ainsi les mécanismes de référence et de contre référence et, d'autre part par le fait que ces Centres de Santé répondent plus aux programmes verticaux et aux partenaires qu'aux ECZ qui elles-mêmes sont en voie de disparition

- 2 **des interventions verticales non coordonnées, peu efficaces, peu efficaces en lieu et place des services de santé intégrés, continus et globaux** répondant plus à des besoins d'urgence ou humanitaires. Ces programmes verticaux reçoivent des subventions de la communauté internationale (fonds Mondial, Banque Mondiale, etc.), subventions qui ont constitué pendant quelques années près de  $\frac{3}{4}$  de l'ensemble du financement de la santé
- 3 **une émergence des services privés lucratifs non coordonnés et de qualité douteuse** et qui rendent encore plus complexe l'organisation de l'offre des soins de qualité. Cette situation est due d'une part à l'offre du personnel de santé (médecins et infirmiers) qui de plus en plus dépassent la demande et dont l'exercice libéral de la pratique médicale constitue la seule voie d'issue, et d'autre part au développement des stratégies de survie individuelles et institutionnelles qui se traduisent par une ouverture anarchique et en surnombre des postes de santé, des dispensaires, des Centres de Santé dits de référence dans lesquels on fait de la chirurgie et des Instituts des Techniques Médicales.

L'utilisation des services de santé reflète généralement la performance de ces derniers. Comme on devrait s'y attendre, la mauvaise qualité des services de santé disponibles a eu un effet très négatif sur l'utilisation de ces derniers.

Le taux moyen de l'utilisation des services de santé selon le rapport de l'Etat Santé et Pauvreté en RDC (Banque mondiale, 2005) est d'environ 0,15 (0.07 – 0.42) consultations par habitant et par an qui correspond à moins d'une consultation par personne tous les 6 ans. Ce taux a été mesuré sur une population qui représente environ 54% de la population totale de la RDC.

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

#### **1.4. Le rôle des bailleurs dans l'évolution du système de santé**

L'analyse du climat dans lequel se font les interventions des partenaires extérieurs révèle que l'agenda de certains parmi eux n'est pas toujours le développement durable du système de santé de la RDC.

La mise en place au niveau intermédiaire des structures qui représentent les institutions partenaires du Ministère de la Santé crée plusieurs problèmes au secteur de santé déjà fragile. Parmi ces problèmes on peut citer : (i) des conflits de plus en plus croissants avec des structures qu'elles sont censées appuyer, (ii) l'accentuation de la verticalisation du système du fait de l'intervention de ces structures d'appui y compris dans les centres de santé et la communauté et (iii) une inefficience, pour le moins importante, dans l'utilisation des ressources mises à la disposition des structures à ce niveau, (iv) une évolution progressive du rôle d'appui que sont supposés jouer les partenaires du secteur à celui de prestataires.

Le risque de faire mourir le système de santé déjà agonisant devient d'autant plus important quand, à l'insuffisance d'un leadership et d'une vision partagée sur le système de santé à mettre en place, vient s'ajouter la préoccupation de survie de certains cadres du ministère de la santé qui les conduit à créer des alliances avec cette catégorie des partenaires.

On assiste à une multiplication des structures centrales pour s'adapter à ce qui est perçu comme des possibilités d'accéder à des financements extérieurs (c'est ainsi que depuis 2002 le nombre de directions au sein du Ministère est passé de 7 à 13 et le nombre de programmes de 17 à 52). Outre l'inefficience que cela génère, et la difficulté de gérer ces structures de façon cohérente, cela introduit de nombreux chevauchements, tensions et conflits.

A l'instigation de certains partenaires financiers, une nouvelle catégorie socioprofessionnelle a été créée, les relais communautaires (RC) et dont le rôle est précisé : "les fonctions des relais communautaire comprendront le traitement de la diarrhée, de la pneumonie, du paludisme, la promotion et l'acceptation de la planification familiale, la promotion de 12 comportements clé compris dans le paquet PCIME communautaire, l'identification et la référence des complications obstétricales vers le centre de santé ou directement à l'hôpital de première référence". A cette catégorie des relais qu'on pourrait qualifier de "généralistes", il faudra ajouter la catégorie des relais par programme spécifique.

Le besoin de disposer des données sur les résultats de différents programmes mis en œuvre et/ou financés par les partenaires extérieurs a conduit à la restructuration du système d'information sanitaire du Ministère de la Santé en l'organisant en 12 composantes indépendantes. Si on place réellement la population au centre des préoccupations du système de santé, le constat est que le recueil de données pour les niveaux supérieurs a nettement pris le pas sur l'auto évaluation des services de santé et l'organisation rationnelle de l'information sur les patients. D'une fonction d'appui à la gestion des services, le recueil de données s'est transformé au fil de temps en un 'programme spécifique' qui ne dit pas son nom et dont le coût de fonctionnement a tendance à dépasser, toute proportion gardée, le financement des services de santé.

Des contradictions des politiques et modes de financement de certains partenaires extérieurs sont manifestes. Bon nombre d'entre eux ont une pratique double, en parallèle: d'une part un "financement- système" à travers l'appui aux zones de santé, et d'autre part un "financement- mise en- œuvre- de- programmes".

## **1.5. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement et le système de santé en RDC**

Le système de santé de la RDC comme on l'a vu plus haut a été parmi les plus performants du continent au point d'alimenter certaines réflexions sur la réforme sanitaire au niveau international. La période au cours de laquelle est intervenue sa désarticulation (de 1990 à ce jour) correspond à celle au cours de laquelle ont viré au rouge la plupart d'indicateurs sociodémographiques du pays comme le soulignent l'état des lieux du secteur de la santé (Ministère de la Santé, 1998) et le MICS2 (Ministère du Plan, 2001). Ceci montre que le virage au rouge des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement relatif à la Santé en RDC est entre autre une conséquence de la baisse de la réponse nationale aux principaux problèmes de santé du fait de la désarticulation du système.

Cette désarticulation est en grande partie due à l'environnement dans lequel a évolué le système de santé (mauvaise gouvernance, conflit armé, marginalisation des ressources humaines pour la santé qui en RDC sont gérées par la Fonction Publique, etc.).

De manière concrète et à titre d'exemple, on peut citer parmi les indicateurs des OMD :

### **1. Mortalité générale, infantile et maternelle**

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

Dans les régions affectées par les conflits, ce taux de mortalité infanto juvénile est extrêmement élevé. Dans la moitié orientale du pays, il a été estimé jusqu'à 408 décès pour 1000 naissances vivantes en 2002. Le ratio de mortalité maternel qui était de 850 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1985 est passé à 1.289 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2001, ce qui correspond à 36.000 femmes qui meurent chaque année en couche. Il est ainsi l'un des plus élevés au monde.

### **2. La prévalence du VIH/SIDA**

La prévalence du VIH/SIDA en RDC est estimée à 4,5% ceci témoigne que l'infection du VIH/SIDA s'est propagée des groupes à risques à la population générale. La prévalence est très élevée au sein des populations à risque. A Kinshasa, elle a été estimée à 30% chez les prostituées. Des études ponctuelles ont montré une nette progression de la séroprévalence surtout dans la partie Est du Pays, allant jusqu'à 24,8% chez les femmes enceintes (Save the Children, UK 2001). Cette prévalence correspond à environ 1.2 millions d'adultes infectés par le VIH et on estime à 100 000 décès chaque année dus au VIH/SIDA. Le nombre

d'orphelins du VIH a été estimé à 700 000 en 2004 par l'ONU SIDA. En 2004, seuls 5000 patients étaient sous traitement anti rétroviral sur l'ensemble du territoire national.

### **3. Les indicateurs de la lutte contre le Paludisme**

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

Quatre vingt dix sept pourcents (97%) de la population congolaise sont exposés au paludisme endémique, les trois autres pourcentages le sont au paludisme épidémique dans les hautes montagnes de l'Est du pays. La prévalence de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans est de 42%. Ceci correspond à 6 à 10 épisodes par enfant et par an. Le nombre total annuel d'épisodes de paludisme dans le pays selon les estimations varie entre 60 et 100 000 000. Depuis le début de l'année 2005, la combinaison Amodiaquine-Artesunate a été introduite comme médicament de première ligne dans le traitement contre le paludisme en RDC. Cependant, la quinine continue à être prescrite pour soigner les épisodes de fièvre/paludisme simples dans plusieurs formations médicales du pays.

Le paludisme est la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. On estime entre 150 000 et 250.000, le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année de paludisme. En 2001, la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide était de moins de 1%.

### **4. Les indicateurs de la lutte contre la Tuberculose**

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

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

## **5. La couverture géographique et thérapeutique de l'onchocercose**

Environ 23 600 000 personnes sont exposées à l'Onchocercose en République Démocratique du Congo parmi lesquelles plus de la moitié (14 000 000) sont infectées. La couverture géographique est de 67.34% tandis que la couverture thérapeutique est 50.12%. Ces estimations montrent que la proportion des personnes infectées qui sont sous traitement ne devra pas dépasser les 30%. L'une des raisons qui expliquent cette situation étant sans doute la faiblesse de la couverture sanitaire du pays.

## **6. Les indicateurs relatifs à la Trypanosomiase**

Sur les 300 000 à 500 000 cas de Trypanosomiase que compte l'Afrique, la moitié environ se trouve en République Démocratique du Congo (150 000 à 250 000 cas). Notre pays occupe ainsi le premier rang parmi les pays les plus atteints. Environ 12 000 000 des personnes vivent dans des zones endémiques et chaque année, 10 000 à 15 000 nouveaux cas sont détectés alors que la couverture géographique du programme, elle-même tributaire de la couverture sanitaire du pays, est inférieure à 20%. Une amélioration de la couverture sanitaire permettra d'améliorer celle du programme et donc d'intensifier la lutte contre cette maladie qui est un facteur sérieux de pauvreté en RDC.

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

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

## 7. Etat nutritionnel des enfants

La proportion d'enfants nés avec un faible poids est d'environ 10%. La malnutrition aigüe a augmenté chez les enfants de moins de 5 ans passant de 12 à 16% de 2001 à 2004. La malnutrition chronique n'a pas beaucoup évolué au cours de cette période.

Le taux d'allaitement est généralement élevé à 95% selon le MICS 2. Cependant la proportion d'enfants exclusivement nourris au sein durant les six premiers mois de vie est faible : 29% d'enfants de moins de deux ans ont été exclusivement allaités jusqu'à l'âge de 4 mois et 24% jusqu'à l'âge de six mois. Selon ces mêmes estimations, 4.2 millions d'enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition en République Démocratique du Congo.

La couverture sanitaire du pays a très probablement baissé du fait du découpage qui a réduit le degré de fonctionnalité de plusieurs Zones de santé. Le Programme de Lutte contre la Tuberculose et le Programme Elargi de Vaccination qui sont parmi les mieux structurés du pays sont entrain de s'essouffler du fait de la faiblesse actuelle du système de santé. La proportion d'enfants complètement vaccinés qui était d'environ 29% en 1998, a accusé même une tendance à la baisse en 2001 (23%). Cette situation s'explique essentiellement par la faible performance du système de santé étant donné que la vaccination de routine ne peut se faire de façon efficace et durable que dans les structures de santé qui ont un certain degré de fonctionnalité.

Il est de plus en plus évident qu'il sera difficile d'obtenir des résultats durables en termes de réduction de morbidité et de mortalité par des interventions sélectives et qui ne s'inscrivent pas dans un cadre global de renforcement du Système de Santé. Une amélioration de la réponse globale aux principaux problèmes de santé de nos populations devient une nécessité.

C'est dans ce cadre que l'OMS, dans son rôle de conseiller des gouvernements en matière de santé, tire depuis l'an 2000, la sonnette d'alarme et insiste sur la nécessité du renforcement du système de santé comme garantie de succès pour les interventions spécifiques de lutte contre la maladie et de protection maternelle et infantile. En effet, "les progrès sur la voie des ODM et d'autres priorités nationales seront limités dans les pays qui ne renforcent pas le système de santé" (Rapport sur la santé dans le monde, 2003). Il en est de même de "programmes qui visent l'amélioration de la santé maternelle et infantile qui ne peuvent être efficaces qu'à condition d'assurer la continuité des soins au sein d'un système de santé renforcé" (Rapport sur la santé dans le monde, 2005).

Ainsi, le renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo constitue le socle de la stratégie sectorielle de lutte contre la pauvreté du fait qu'elle se propose de créer des conditions favorables pour une évolution à la fois efficace et efficiente vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

## Des raisons d'espérer

En dépit de la dégradation très avancée du système sanitaire, l'on retrouve encore ça et là en RDC des zones de santé qui ont pu résister et qui gardent des vestiges de système de santé intégré et d'autres initiatives sur base desquelles la reconstruction du système de santé peut repartir. A titre d'exemple, on peut citer les zones de santé de Katana (province du Sud Kivu), Kyondo, Kayna, Rutshuru, Kirotshe (province du Nord Kivu), Pawa (province orientale). Ces ZS fonctionnent encore à ce jour avec une assez bonne articulation entre l'hôpital général de référence et les centres de santé

Par ailleurs, on peut mentionner ça et là quelques initiatives de renforcement du niveau intermédiaire dans leurs fonctions de pilotage et d'encadrement des zones de zones de santé ont permis quelque peu d'améliorer la coordination des actions des partenaires, mais sans aller plus loin étant donné que ces initiatives ne s'inscrivaient pas dans le cadre d'une vision partagée par l'ensemble d'acteurs du secteur de la santé.

---

## II. STRATEGIE

---

## Introduction

Deux éléments semblent essentiels pour la reconstruction du système de santé de la RDC : - recréer la vision de système de santé à mettre en place dans une conception du service de santé publique et - requalifier la vocation des ressources humaines pour en faire des professionnels responsables.

Une manière de faire serait de recourir, à l'histoire du système de santé de la RDC (cette histoire est riche en enseignements) et, de façon complémentaire recourir aux synthèses de know how faites par d'autres et répondre à la double interrogation

1. Voulons nous avoir des zones de santé opérationnelles et suffisamment solides pour intégrer les préoccupations de différents programmes de contrôle de la maladie ou de problèmes spécifiques et capables de prendre en charge les problèmes de santé fondamentaux de la population, avec leur participation ? ou bien:
2. Quelques programmes de prévention et quelques autres visant le contrôle de quelque endémie importante (éventuellement gratuits) en laissant le curatif au privé (chez nous dérégulé)?

L'OMS insiste depuis l'an 2000 sur la nécessité de renforcer les systèmes de santé pour réaliser des progrès sur la voie des ODM et d'autres priorités sanitaires nationales.

La stratégie de renforcement du système de santé telle qu'envisagée dans ce document prend en compte la nature systémique des services de santé et comprend 6 axes qui, pour des raisons de forme, sont présentés séparément alors qu'ils sont interdépendants.

Cette Stratégie doit être comprise comme un ensemble d'actions qui consistent à 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 (globaux, continus intégrés, efficaces et efficients) en lieu et place de ceux rendus disponibles par les programmes verticaux et le privé lucratif émergent, non coordonné et dont la qualité est douteuse.

L'axe principal de la stratégie est donc le développement des zones de santé comme un système de santé à deux échelons (hôpital général de référence et centres de santé) sous la responsabilité d'une Equipe Cadre de la Zone.

Pour permettre au travail de revitalisation des zones de santé de se faire de façon efficace et efficiente dans le contexte actuel du secteur, un certain nombre d'actions doivent être entreprises et qui constituent les autres axes de la stratégie. Ces actions ont valeur de conditions nécessaires à la mise en œuvre du développement des Zones de Santé.

## 2.1. Axes stratégiques

### 2.1.1. Revitalisation des zones de santé et correction des distorsions induites au niveau périphérique

#### Pourquoi préférer la revitalisation des zones de santé ?

L'histoire du système de santé de la RDC est faite du recours, à la fois, à la mise en place de programmes spécifiques destinés à combattre des problèmes spécifiques de santé et à la mise en place des zones de santé. Mais, la synthèse de différentes expériences a conduit la RDC à définir en 1984 sa politique de santé basée sur les soins de santé primaires avec la zone de santé comme unité de planification et de mise en œuvre.

La revitalisation des zones de santé est l'approche qui garantit à tout instant un équilibre au niveau des valeurs de base (l'équité et la solidarité dans le financement, la dignité de la population et l'éthique professionnelle), respecte le mieux les principes directeurs de la politique nationale de santé (PNS) et celle qui est cohérente avec la mise en œuvre du plan directeur de développement sanitaire (PDDS).

Le débat actuel sur la prise en charge des malades co-infectés par la tuberculose et le VIH souligne de façon évidente les limites de l'approche sélective et incite le décideur à une nouvelle façon de procéder pour le renforcement des systèmes de santé. En effet, ce débat serait vide de contenu si les préoccupations de deux programmes concernés étaient réellement prises en compte dans les activités courantes des zones de santé

Les caractéristiques de la zone de santé, comme système de santé intégré, permettent de faire fonctionner le système de santé de façon efficace et à moindre coût et font de la revitalisation des zones de santé une priorité conditionnelle du renforcement du système de santé d'un point de vue à la fois :

1. **sociologique** : développer les zones de santé c'est placer la population au centre des préoccupations du système de santé comme sujet et non seulement comme objet des interventions sanitaires. Les soins à organiser par les services de santé de la zone de santé tiennent compte de la demande de la population et pas seulement des priorités épidémiologiques et celles des bailleurs des fonds.
2. **stratégique** : le développement d'une zone de santé n'est possible que s'il est encadré par un niveau intermédiaire fort, disposant à la fois des compétences en organisation et fonctionnement de système de santé, mais jouissant également d'un pouvoir réel. Les besoins identifiés pour le fonctionnement des zones de santé vont ainsi conduire à la redéfinition du rôle des niveaux intermédiaire et central.
3. **méthodologique** : le renforcement des services de base permet de montrer que les préoccupations des programmes de contrôle des maladies peuvent être prises en compte.

En effet, le Paquet Minimum et le Paquet Complémentaire d'Activités telles que définis dans les normes de fonctionnement des zones de santé incluent les principales interventions qui sont souvent utilisées pour justifier la verticalité observée actuellement au niveau du système de santé.

4. **politique** : la zone de santé est l'unité opérationnelle de la politique nationale de santé. Son développement est la voie obligée pour la mise en œuvre de la stratégie de base « les soins de santé primaires ».
5. **conforme** aux efforts à entreprendre pour la réalisation des **engagements internationaux du pays en matière de santé**, notamment des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM). En effet, le renforcement du système de santé en général et plus particulièrement son niveau périphérique est une condition sine qua non pour évoluer vers la réalisation des ODM relatifs à la santé (Rapport sur la Santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement, 2005).

Le défi est, partant d'une vision claire sur la priorité conditionnelle de reconstruction du système de santé, de s'inscrire dans un processus soutenu et intentionnel de changements fondamentaux.

### **Principe de revitalisation des zones de santé**

Le principe de base de la revitalisation des zones de santé est celui de développement progressif des ZS.

Du fait des moyens limités (financiers et techniques), on peut raisonnablement imaginer qu'il est impossible de pouvoir développer toutes les zones de santé à la fois. On est donc bien obligé d'y aller de manière progressive. L'approche dite progressive nécessite que l'on choisisse dans une province les zones de santé et à l'intérieur d'une zone, les centres de santé par lesquels la démarche devra commencer.

Les zones de santé devront donc être classées par rapport à leur potentiel de développement et, le travail de fonds en vue de la revitalisation va commencer par les zones de santé qui présentent un potentiel au développement plus élevé. Ce choix se justifie par le fait que les zones de santé à haute potentialité de développement peuvent être rapidement revitalisées, elles pourront donc devenir des zones de santé de démonstration (où l'on peut voir comment organiser les soins de santé primaires, comment opérationnaliser les axes de revitalisation des zones de santé, etc.) et peuvent servir de terrain de stage pour le personnel de santé des autres zones de santé. Ce type de formation peut devenir une alternative intéressante aux multiples séminaires organisés au sein du Ministère qui soustraient trop souvent le personnel de santé de ses occupations quotidiennes. ~~Ce choix se justifie aussi par la nécessité de faire bénéficier les ressources disponibles (déjà bien limitées) au plus grand nombre, les ZS à potentiel élevé de développement étant choisies parmi celles qui ont une population supérieure ou égale à 100 000 habitants.~~

Dans une zone de santé, les centres de santé qui ont un potentiel de développement plus élevé seront rationalisés en premier. Le CS rationalisé devient la structure où une petite équipe

polyvalente organise pour sa population de responsabilité (recensée et inscrite) un PMA intégré (sur base des instructions standardisées par l'équipe cadre de la zone de santé) sous la supervision régulière et systématique d'un membre de l'équipe cadre.

De manière concrète :

1. L'équipe cadre de zone a la responsabilité du fonctionnement **de toute la zone**. Aucune partie de la zone n'est laissée sans suivi ou confiée à une autorité externe.
2. On part d'une situation existante, qu'il faut être capable de décrire, et que l'on veut transformer (cette description porte sur les différentes formations sanitaires existantes, y compris l'hôpital, et leur état de fonctionnement).
3. Lorsqu'on décide de transformer une structure de premier échelon en Centre de Santé rationalisé, on appliquera la démarche d'introduction du paquet (PMA) en une seule fois. Cela implique que la transformation des structures de santé de premier échelon en CS rationalisés ne se fera pas pour toutes les structures en même temps.
4. Les CS qui ne seront pas concernés par la rationalisation (au début) continueront malgré tout à planifier des activités, avec un input éventuel de l'équipe cadre pour une amélioration de leurs performances.
5. **Le plan de couverture** consistera donc, à partir de l'inventaire des structures de premier niveau existantes (CS, dispensaires et postes de santé), à définir celles qui seront transformées, à terme, en CS rationalisés en prenant en compte notamment les critères de densité de la population. Il définira également celles qui devront être éventuellement créées pour avoir une couverture totale de la population. Ceci correspond au «découpage en aires de santé », qui est une hypothèse à revoir régulièrement au fur et à mesure que la couverture en CS rationalisés augmente (nécessité de créer de nouvelles aires ou d'en supprimer d'autres).
6. Le développement des zones de santé à partir de l'existant devra permettre à terme de **corriger les distorsions induites** à ce niveau lors du dernier découpage. En effet, le travail de revitalisation des ZS partira des HGR qui doivent être rationalisés en premier. Cette démarche devra, à terme permettre d'avoir une idée sur les besoins réels en HGR dans les différentes provinces, ce qui devra correspondre au nombre réel des ZS dont ces provinces auront besoins.

### **Les sous axes de revitalisation des zones de santé**

On peut concevoir le développement des zones de santé comme un processus continu qui évolue selon cinq axes. Les cinq axes sont progressivement renforcés avec des intensités différentes, ces intensités variant en fonction du niveau de développement et des besoins spécifiques de chacune des zones. Deux autres axes, considérés comme conditions nécessaires, doivent également être pris en compte, le financement et le partenariat.

#### **2.1.1.1. Développement du leadership intégré au niveau de la zone de santé**

La réussite de l'ensemble du processus de revitalisation de la zone de santé dépend de la manière dont le leadership est assuré. Ce leadership doit être assuré par l'équipe cadre de la zone de santé (ECZ). Il implique que les membres de l'équipe soient conscients de la nécessité et de la

possibilité de changer le mode de fonctionnement du système sanitaire de la zone de santé, sur base d'une conception claire et cohérente d'un mode de fonctionnement alternatif, et qu'ils disposent de l'autonomie de gestion nécessaire pour prendre les décisions qui s'imposent face aux multiples problèmes identifiés. Pour se faire, l'ECZ doit avoir une vision commune du développement de la zone de santé et un contrôle sur l'ensemble du système de santé de la zone.

La composition de l'équipe cadre de la zone de santé doit tenir compte de la nécessité d'impliquer dans le travail d'ensemble visant à la transformation du système de santé toutes les personnes qui posséderaient un poids réel dans la prise de décision. Ainsi, on peut imaginer par exemple que le Médecin Directeur et le Médecin Chef de Staff de l'HGR fassent partie de l'ECZ.

Le développement du leadership intégré consistera à réaliser un certain nombre d'actions parmi lesquelles on peut citer (i) la désignation des membres de l'ECZ parmi le personnel qui travaillent dans la ZS, (ii) l'organisation des formations communes pour tous les membres de l'ECZ, (iii) la définition des responsabilités tant verticales qu'horizontales de chacun des membres de l'équipe, (iv) l'élaboration du calendrier de travail pour l'ensemble de l'équipe et qui inclut les responsabilités de chaque membre tant au niveau de l'hôpital général qu'au niveau des centres de santé, (v) la mise en place d'un système de paiement des primes/salaires qui encouragent l'esprit d'équipe, (vi) l'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur de l'ECZ qui doit être approuvé par le Médecin Provincial, etc.

### **2.1.1.2 Rationalisation du fonctionnement des structures de santé**

Le fonctionnement des structures de santé qui existent dans la zone de santé et les interactions entre celles-ci doivent être améliorés.

La rationalisation du fonctionnement des structures prépare ainsi le terrain à toute action qui sera destinée à améliorer la qualité des soins dans les différentes structures de santé de la zone. Elle permet d'améliorer la gestion tant administrative (personnel, finances, logistique, etc.) que technique (introduction des ordinogrammes, amélioration de la gestion des intrants non salariaux, établissement des critères de référence et contre référence, tarification, etc.). La rationalisation permettra l'intégration de l'hôpital dans le système de santé de la zone, etc. et assurer de façon harmonieuse le PMA dans les CS, le PCA dans les hôpitaux.

L'hôpital, formation la plus importante, la plus complexe et la plus coûteuse, est celle qui doit être soumise en priorité à la rationalisation de ses activités. Celle-ci permettra à l'Hôpital de fonctionner effectivement comme une structure de référence en évitant de donner accès aux usagers des soins primaires et d'être prêt à faire face à la demande qui sera induite par la rationalisation des Centres de santé

Le Centre de Santé doit avoir une équipe permanente de façon à donner des soins primaires aux usagers quand ils en ont besoin. Le service doit être organisé de sorte que les patients reçoivent au même endroit et par les mêmes personnes tous les soins que nécessite leur état de santé.

### **2.1.1.3 Amélioration de la couverture sanitaire de la zone de santé**

Cet axe consiste à assurer la couverture effective de la population par les services de santé de qualité. Cette couverture devra être un compromis acceptable entre *la qualité des soins* (qui suppose qu'on n'affaiblisse pas la compétence des agents de santé par la couverture des populations trop réduites, résultant d'une multiplication du nombre des formations sanitaires), et *l'accessibilité* des services au point de vue géographique, mais aussi psychologique et culturel (qui suppose au contraire qu'on diminue la distance à parcourir pour atteindre les formations sanitaires).

Une planification rigoureuse permettra ainsi de trouver l'équilibre entre le besoin de décentralisation pour augmenter l'accessibilité pour la population et le besoin de concentration des ressources pour réunir la masse critique d'équipements et de personnes nécessaires pour assurer des services de qualité.

L'amélioration de la couverture peut se faire soit en implantant de nouvelles structures de santé (centres de santé, etc.), soit en rationalisant le fonctionnement des structures existantes (publiques ou privées). Elle devra permettre d'inverser la tendance à la sur utilisation des hôpitaux pour les soins primaires et à leur sous utilisation pour les cas nécessitant une référence.

### **2.1.1.4. Amélioration de la qualité des soins**

L'amélioration de la qualité des soins est le résultat de l'interaction entre plusieurs éléments parmi lesquels on peut citer : (i) l'existence des directives claires sur les actes et gestes à poser par le personnel de santé notamment sur la prise en charge ou la référence des tuberculeux, du paludisme compliqué grave, des hémorragies gravidiques, la prescription d'antibiotiques, etc. (ii) l'approvisionnement régulier en intrants non salariaux, et en particulier en médicaments essentiels, l'équipement adéquat et la maintenance régulière des formations sanitaires (réhabilitation et entretien), (iii) la supervision formative périodique maintenant la compétence du personnel, (iv) l'intégration des soins curatifs et préventifs, (v) la mise en place d'un système d'information permettant l'évaluation de l'action des services hospitaliers et des centres de santé (système d'information hospitalière, etc.) ainsi que (vi) tous les éléments plus subjectifs tels que l'accueil et à l'écoute des usagers, etc.

Le système d'information à mettre en place doit servir à mieux organiser les soins aux malades et à mieux assurer la gestion locale des structures et non comme on le constate actuellement à répondre au besoin des programmes verticaux et des bailleurs des fonds. Il doit permettre aussi au personnel de santé de mieux toucher du doigt sa responsabilité vis-à-vis d'une population définie, et à la population couverte de mieux comprendre son appartenance à un ensemble solidaire.

### **2.1.1.5. Participation communautaire**

La participation de la communauté est un axe important de la stratégie des soins de santé primaires. Elle permet à celle-ci d'être un acteur et donc un partenaire incontournable dans la production des soins dont elle est bénéficiaire. Elle doit être comprise comme une dimension importante dans l'amélioration de la gestion du Centre de Santé et de la qualité des soins et des services offerts par ce dernier

La participation communautaire peut prendre plusieurs formes allant de la simple adhésion du patient (nécessaire à l'efficacité des soins) à des actions plus importantes et plus visibles telles la participation à la décision avec les professionnels de santé, l'apport des ressources en fonction des besoins et des moyens dont elle dispose et Cette forme de participation peut prendre plusieurs formes allant jusqu'à la construction des Centres de Santé. en passant bien entendu par le paiement des actes médicaux.

On peut tout aussi imaginer des actions où la population prend des décisions, contribue à leur réalisation et fait appel aux professionnels de santé quand elle estime que la présence de ces derniers est nécessaire pour résoudre un problème précis. La population sera donc dans une sorte d'interaction continue avec le personnel du centre de santé où le degré de participation à la décision et à l'action de l'un augmente quand celui de l'autre diminue et inversement.

La population devra être organisée pour lui permettre de mieux participer à l'action sanitaire (comité de gestion, comité de santé, comité de développement de l'aire de santé, etc.)

## **2.1.2. Réorganisation du niveau central et intermédiaire**

### **2.1.2.1 Niveau central.**

La réforme du niveau central se fera sur le long terme dans le cadre de la réforme globale de la Fonction Publique. La démarche de cette réforme, dont une série de réalisations sont en cours, est bien décrite dans les documents de la Fonction Publique.

Dans le cadre de cette réforme, une question centrale est de définir comment le Ministère de la Santé doit assurer à la population congolaise des soins de santé de qualité, répondant aux besoins fondamentaux de chacun. C'est surtout sur cet aspect que la stratégie proposée, qui part de la réforme en périphérie, aidera le niveau central à mieux définir son rôle normatif et réglementaire à partir des réalités expérimentées sur le terrain. La combinaison des deux démarches aboutira à l'établissement d'un Ministère répondant de façon pertinente aux missions qui lui sont normalement imparties. La forme du niveau central devra être celle qui lui permet le mieux à réaliser les objectifs sectoriels.

### **2.1.2.2 Niveau intermédiaire.**

Il existe actuellement deux échelons au niveau intermédiaire : les Inspections Provinciales de la santé et les Inspections de District. La création de ces dernières a obéi à des considérations liées principalement à l'étendue de certaines provinces.

La création de nouvelles provinces dans le cadre de la Nouvelle Constitution enlève l'argument de l'étendue des provinces et ne justifie plus la création d'un deuxième échelon intermédiaire. On considèrera donc dans le cadre de la stratégie présentée ici, un seul niveau intermédiaire à réformer, ayant comme fonction principale le développement du plan de couverture provincial et donc l'appui au développement des zones de santé de la province.

Ce qu'il faudra envisager au niveau provincial, c'est une petite équipe cadre provinciale (ECP) dont les membres polyvalents se partageront la responsabilité du développement des zones (un groupe de zones par membre). Cette équipe sera assistée par un service logistique pour la gestion des intrants nécessaires à la réalisation des activités dans la province. L'ECP constitue l'alternative à la multiplicité des structures au niveau intermédiaire (bureaux, points focaux, etc.). Le profil de ces membres peut correspondre à celui de certains médecins de district actuels. Le fonctionnement de ces équipes va alimenter la réflexion sur la réforme de ce niveau (cadre organique du niveau intermédiaire) notamment sur la forme et la fonction que doit avoir ce niveau, étant donné que son rôle va consister à appuyer le développement des Zones de Santé.

La mise en place de telles équipes va nécessiter dans le contexte actuel, le renforcement du niveau intermédiaire par une assistance technique de type « santé publique » qui a de l'expérience dans le renforcement des systèmes de santé. Cette assistance aura pour rôle d'aider à l'élaboration et la mise en œuvre des plans de développement provinciaux, à l'intégration des programmes verticaux et à renforcer les capacités du personnel de santé de ce niveau notamment dans la mise en place des 'basket funding' provinciaux.

### **Actions à réaliser à court terme aux niveaux central et intermédiaire**

Sous la responsabilité directe du Ministère de la Santé, de simples mesures conservatoires sont à prendre d'urgence pour éviter que les distorsions et l'inflation institutionnelle qui ont caractérisé la période récente ne se figent et ne deviennent un obstacle majeur à toute tentative de réforme. C'est ainsi qu'il doit être envisagé des mesures suivantes :

1. Regrouper les programmes sous l'autorité des sept directions dont la création satisfait tous les critères administratifs et légaux. Ce regroupement implique un moratoire sur la création de nouveaux programmes; il implique que les directions régulent les supervisions de façon à éviter, progressivement, que les supervisions centrales se substituent au travail du niveau intermédiaire;
2. Décréter un moratoire sur la création de nouveaux bureaux de directions ou de nouvelles coordinations de programmes au niveau provincial, afin de ne pas figer une situation destinée à être changée d'ici peu;
3. Décréter un moratoire sur l'agrément d'ITM, organiser un audit et un processus de certification des ITM existants;

4. Subordonner la création de structures sanitaires aux plans de couverture des zones, avec un moratoire immédiat sur la création de "postes de santé", sur la création de "centres de santé de référence", sur la transformation de centres de santé en "hôpitaux de référence", et sur l'installation de nouveaux bureaux centraux de Zone.

La mise en œuvre de ces mesures permettra de soutenir la réforme au niveau périphérique en attendant des actions pouvant aller jusqu'à la restructuration organique du Ministère de la Santé qui elles sont à envisager à moyen terme dans le cadre de la réforme en profondeur de l'ensemble de l'administration publique compte tenu des objectifs sectoriels à réaliser.

Du point de vue fonctionnel, il sera en outre envisagé d'une part d'organiser les Hôpitaux Provinciaux (HP) pour assurer la continuité des soins aux usagers dont les problèmes de santé vont nécessiter un plateau technique non disponible dans les HGR des Zones de Santé et, d'autre part dans le cadre de la collaboration inter sectorielle, de rationaliser le fonctionnement des trois Cliniques Universitaires du pays (Kinshasa, Lubumbashi et Kisangani) pour la prise en charge des cas qui y seront référés par les HP.

### **2.1.3. Rationalisation du financement de la santé**

#### **2.1.3.1. Décentralisation du lieu de négociation des financements**

Le développement des capacités de négociation des financements au niveau décentralisé doit être considéré comme un processus qui doit à terme, aboutir à la décentralisation du lieu de négociation des financements extérieurs du niveau central vers la province en vue de mettre en place des 'basket funding' provinciaux.

La décentralisation du lieu de négociation des financements permettrait ainsi de corriger les tendances actuelles caractérisées par la « rétention » exagérée de financements par le niveau central et la multiplication de structures de concertation à ce niveau.

La forme de l'Etat garantie par la constitution étant unitaire, il peut être envisagé, lors de la négociation des accords de financement entre l'Etat congolais et les Bailleurs, de définir rapidement (immédiatement ?) les Provinces auxquelles les fonds sont destinés. Ces dernières doivent alors être prêtes à utiliser ces fonds pour le financement de leurs plans de développement des zones de santé. Le Projet 9<sup>ème</sup> FED d'appui à la santé par exemple, peut cadrer avec cette conception.

### **2.1.3.2. Shift de financements extérieurs par programmes au financement des plans intégrés provinciaux**

Il doit être envisagé le changement du type de négociation des financements extérieurs du financement par programme vers le financement des plans provinciaux intégrés, sous la forme de 'basket funding' provinciaux.

Ceci permettra de corriger les contradictions des politiques et modes de financement des partenaires extérieurs. Bon nombre de partenaires ont en effet une pratique double, en parallèle: d'une part un "financement- système" à travers l'appui aux zones de santé, et d'autre part un "financement- mise en- œuvre- de- programmes". Cette dernière se conçoit comme des appuis aux programmes, négociés au niveau central, mais avec parfois des opérations qui descendent jusqu'au niveau communautaire.

Au niveau des opérations, ces financements- programmes entrent alors en conflit avec les logiques intégrées de revitalisation des zones de santé, conflits exacerbés par le manque de coordination et une conception ad hoc des subsides aux salaires des personnels, et par la création de systèmes de "pompe" parallèles.

### **2.1.3.3. Amélioration du financement de la Zone de Santé**

La question de financement du secteur de la santé mérite d'être prise en compte comme axe important de la revitalisation des zones de santé dans la mesure où elle améliore le potentiel au développement des zones de santé (impossible de revitaliser une ZS qui n'est pas financée). La forme que prend le financement d'une zone de santé peut être déterminante par rapport aux actions sur l'accessibilité financière des communautés aux soins de santé dans un contexte de pauvreté généralisée qui est celui de la RDC.

Parmi les actions à entreprendre dans le secteur du financement des services de santé, on peut citer : (i) une mobilisation des ressources tant du secteur publique que privé pour la santé, (ii) une inversion des tendances actuellement observées en vue d'affecter plus des ressources en périphérie, (iii) une amélioration de l'utilisation du financement communautaire, (iv) la promotion des mutuelles de santé, la promotion des modes de tarification conformes au principe de la globalité des soins et qui tiennent compte de la nécessité de recouvrer les coûts, (v) le subventionnement des soins de santé,...etc. Tout ceci est naturellement conditionné par une amélioration générale de l'efficacité générale de la zone de santé.

### **2.1.4. Renforcement du partenariat intra et inter sectoriel**

Il est également essentiel que les institutions directement liées à la qualité des prestations de soins, comme les écoles de formation des médecins et des infirmiers, les institutions de recherche sur la santé, les structures chargées de l'approvisionnement en médicaments de qualité, soient associées et deviennent donc parties prenantes au processus de réforme. L'engagement de l'Etat à

soutenir ces institutions dans leur rôle clé de fourniture de personnels et d'intrants de qualité pour le service de santé est primordial.

De même, une collaboration sera recherchée systématiquement avec les secteurs connexes comme celui de l'eau, des transports et communication, de l'éducation, de l'environnement et de l'agriculture, qui sont tout à fait incontournables pour l'amélioration de la santé des communautés. Cette collaboration/concertation se fera bien à tous les niveaux où des plans de développement sont élaborés, comme par exemple le plan de développement du territoire.

L'inclusion des privés lucratifs et non lucratifs (confessions religieuses, ONG) dans l'action sanitaire peut permettre d'améliorer rapidement la couverture sanitaire.

Les structures de santé privées seront identifiées et leurs besoins en appui évalué (formation du personnel, appui logistique en terme de chaîne de froid, approvisionnement en médicaments etc.). Les structures de santé privées (lucratives ou confessionnelles) qui ont un certain degré de performance et qui respectent une éthique de finalité publique, devront bénéficier des appuis du secteur public en terme de formation, supervision,...etc. Ce qui permettra de renforcer la collaboration entre ces deux secteurs.

La collaboration avec les autres secteurs devra également permettre de protéger la population contre les activités des structures de santé qui, par la qualité de leurs services constituent un danger pour les usagers.

### **2.1.5. Développement des ressources humaines pour la Santé (RHS)**

Le développement des ressources humaines est un des aspects les plus importants de la stratégie de renforcement du système de santé. Cette importance réside aussi bien dans ce qui doit être fait dans ce domaine (meilleure distribution du personnel, amélioration et diversification des capacités, création de l'environnement propice à la consolidation de l'éthique professionnelle, etc.) que dans la manière de réaliser ce qui doit être fait et qui requiert l'appui du personnel dont on sait par ailleurs, est souvent opposé à toute idée de changement. Il serait réducteur de penser que la réforme du système de santé puisse se limiter à une simple transformation des structures si, à la base il n'y a pas le développement d'un état d'esprit capable de recevoir, de justifier et d'envisager les exigences qui en découlent.

Parmi les actions que l'on peut inclure dans cet axe, on peut citer : (i) la formation initiale de l'équipe cadre et celle des équipes polyvalentes des centres de santé, (ii) la formation continue du personnel de santé lors des supervisions formatives. Des stages de formation dans les zones de santé qui ont un bon niveau de performance (zone de santé de démonstration par exemple), peuvent être des alternatives intéressantes aux séminaires de formation.

Le renforcement des capacités du personnel et la mise en place d'un système incitatif adéquat sont certes des composantes importantes du développement des ressources humaines, mais sans une politique de développement et une planification stratégique des ressources humaines qui

permettent d'établir une adéquation entre les besoins et la production de celles-ci, sans un réel management des RH, très peu de résultats durables sont à espérer dans notre système de santé.

La gestion des RH doit en effet, en plus de l'aspect administratif simple de la planification opérationnelle des RH, évoluer vers une approche beaucoup plus stratégique. Et, parmi les actions à entreprendre, il devrait être envisagé :

1. de développer des liens plus rapprochés avec les autres ministères tel que le ministère de l'enseignement supérieur et universitaire (coordination entre la production des RHS et l'utilisation), de la fonction publique, de budget, des finances, etc. ;
2. d'engager des négociations avec les ordres et associations professionnels au regard de la qualité de moins à moins bonne de la formation ;
3. une redéfinition des rôles sur la gestion des RH entre les différents niveaux du système de santé dans la perspective de la décentralisation consignée dans la constitution ;
4. de disposer d'une information fiable sur le personnel en fonction : effectif, localisation, qualification, capacité (skill), sexe, etc. Cette information doit être collectée de bas en haut c'est-à-dire du niveau opérationnel au niveau central. Il est souhaitable que l'information soit consolidée au niveau hiérarchique immédiatement au-dessus ;
5. de formuler un plan d'urgence pour les ressources humaines en santé permettant de cadrer des approches à développer au cours des prochaines années, pour affronter de façon durable la crise des ressources humaines pour la santé dans le pays.

Le processus de réforme de la fonction publique en cours avec la mise en place des cellules thématiques offre une opportunité pour prendre en charge ces différentes actions. Mais, ceci suppose de confier un leadership clair à la cellule thématique de la réforme et que les membres de la cellule disposent d'une expertise technique nécessaire dans les aspects stratégiques de la gestion des RH.

A côté de l'amélioration des compétences du personnel, l'amélioration des conditions salariales est un élément non négligeable de réussite de la stratégie. S'il est vrai que le contexte actuel ne permettra peut être pas à court terme d'envisager une augmentation significative des salaires, qui d'ailleurs ne peut se faire que dans le cadre d'une politique salariale globale du Gouvernement, il est tout aussi vrai qu'une meilleure conception d'un système incitatif peut permettre d'améliorer la fonctionnalité du système de santé. Ce système incitatif ne se fonde pas seulement sur l'amélioration des conditions matérielles mais prend en compte les aspects de perspective de carrière.

#### **2.1.6. Renforcement de la recherche sur les systèmes de santé**

La complexité du contexte dans lequel va se mettre en œuvre la Stratégie de Renforcement du Système de Santé est telle que la recherche action devient un axe incontournable. Cette recherche va permettre d'améliorer la qualité du travail normatif d'une part, et d'autre part, elle permettra

d'identifier non seulement les goulots d'étranglement à la mise en œuvre de la Stratégie, mais aussi des solutions alternatives.

### **Approche scientifique pour le développement des politiques**

Un travail normatif de redéfinition des principes d'organisation, des intrants, de la production et des résultats attendus des zones de santé est à entreprendre. Ce travail normatif inclut l'estimation des coûts reliés à l'application progressive des normes et les modalités d'intégration des programmes (détermination du coût des Paquets Minimum et Complémentaires d'Activités par exemple).

Le développement des politiques (d'organisation de soins, des ressources humaines, du financement, et de la gestion du système pluraliste) se fera à partir de la mise en place des zones, en comptant sur un effet de démonstration, de formation et d'entraînement pour obtenir un consensus politique;

Plusieurs études seront entreprises dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie : les normes sanitaires de la Zones de santé seront testées, la hauteur du financement communautaire, la capacité et la volonté de payer les soins par les usagers seront évaluées. Cette recherche se fera essentiellement dans les Zones de santé de démonstration qu'il faudra rapidement mettre en place.

Les dimensions continentales de la RDC avec la variabilité des situations doivent faire prendre conscience de la nécessité des adaptations continues sur base des résultats de la recherche.

## **2.2. Montage institutionnel**

Pour induire le changement, il y a nécessité de disposer des structures d'accompagnement avec des rôles différents mais complémentaires à différents niveaux du système de santé. Ces structures peuvent changer au fur et à mesure que le processus avance.

Tenant compte de la délicatesse de la tâche, la nécessité de disposer du personnel avec des capacités (skill) à chaque niveau devient une évidence. Le lancement de nouveaux projets d'appui au secteur de santé doit constituer des opportunités pour la mise en œuvre des structures d'accompagnement de la SRSS.

### Un seul comité de pilotage national pour la SRSS.

Le comité de pilotage de la prochaine phase du projet d'appui à la DEP peut assumer éventuellement cette fonction ou constituer le noyau autour duquel va se constituer ce Comité de National de Pilotage (CNP) de la SRSS.

### Un seul comité de pilotage par province.

Le comité de pilotage provincial (CPP) comprendra le MIP, les MID, les AT de tous les projets, une représentation de l'autorité provinciale et une représentation de l'autorité politique du ministère de la santé. C'est de cette manière qu'il pourrait être envisagé à terme de n'avoir

qu'une seule AT avec compétence large en santé publique par province afin d'organiser de la complémentarité des appuis financiers et techniques qui permettent d'élaborer un seul plan de développement sanitaire de la province et de mettre en place un 'basket funding' provincial.

### **2.3. Coût de la stratégie**

Le coût de la mise en œuvre de la stratégie sera déterminé par l'action lors de la recherche action qui sera entreprise. Le coût au niveau opérationnel sera documenté dans les zones de santé de démonstration dans le cadre de la prochaine prestation de la Direction d'Etudes et Planification qui démarre au début de l'année prochaine. Cependant, un montant minimal de 3 USD (non compris le financement communautaire) par habitant et par an de frais de fonctionnement peut être utilisé comme hypothèse de travail pour le fonctionnement d'une Zone de Santé.

---

### III. ANNEXES

---

## **Annexe 1 : Approche de planification pour le renforcement du système de santé en RDC**

### **Introduction**

Plusieurs enquêtes (Etat des lieux du secteur de la santé en 1998 et MICS2 en 2001) ont montré que les indicateurs sanitaires et démographiques de la RDC ont viré au rouge. C'est le cas de la mortalité maternelle évaluée à 1837 et 1289 décès maternels pour 100000 naissances vivantes en 1998 et 2001 respectivement par les mêmes enquêtes précitées, de la mortalité infantile évaluée à 127 et 126 décès pour 1000 naissances vivantes. Devant cette situation, le secteur de la santé s'est doté d'une politique nationale et d'un plan de développement sanitaire qui régissent le cadre dans lequel doivent être menées des actions destinées à contribuer à l'amélioration de la santé de la population. Ces deux documents réaffirment les soins de santé primaires comme stratégie de base pour le secteur de santé et la zone de santé comme unité opérationnelle de la politique.

Cinq ans après la déclaration de la politique nationale de santé, l'on constate que loin de s'améliorer, la santé de la population congolaise continue de se dégrader. L'impression que cela donne est que les actions actuellement entreprises par le Ministère de la Santé passent à côté de l'essentiel. On peut citer pour exemple le fait que la notion des soins de santé intégrés est entrain de céder la place à toute une série des programmes verticaux non coordonnés, dont l'impact sur la santé de la population est très faible.

Dans un contexte des ressources limitées comme celui de la RDC, le choix d'une méthode de planification plus adaptée et qui permette d'identifier des actions efficaces et efficientes en vue de contribuer réellement à l'amélioration de la santé de la communauté devient une nécessité.

### **Au niveau périphérique**

Deux approches de planification s'affrontent; il s'agit (i) de la **planification basée sur les problèmes de morbidité et de mortalité** d'une part et d'autre part, (ii) de la **planification par unité fonctionnelle**.

#### **1. Approche de planification basée sur les problèmes de mortalité et de morbidité.**

Cette approche est probablement la plus utilisée. Elle consiste à identifier les principaux problèmes de morbidité et de mortalité dans une population cible, à fixer les objectifs à atteindre et les actions à entreprendre pour y parvenir avant d'en déterminer le coût. Cette approche a été utilisée pour le plan 2004 du Ministère de la Santé.

Elle présente l'avantage de voir les indicateurs de couverture en activités s'améliorer rapidement. Cependant, il faudra signaler que l'amélioration des indicateurs de couverture en activités n'implique pas forcément celle de l'état de la santé de la population. Un enfant qui a été complètement vacciné peut décéder d'une anémie si le centre de santé qui lui a offert tous ses vaccins n'est pas en mesure de poser le diagnostic d'anémie et de le référer pour la transfusion en cas de besoin.

Parmi les inconvénients de la planification basée sur les problèmes de mortalité et morbidité, on peut citer : (i) le fait que cette approche s'occupe peu ou pas du tout du système dans le quel devront se réaliser les actions identifiées. Ce qui pose le problème de leur durabilité et de leur efficacité. Dans cette approche, (ii) le niveau central a tendance à se substituer aux autres niveaux de la pyramide par l'élaboration voire la mise en œuvre des actions du niveau périphérique (formation des accoucheuses traditionnelles, des relais communautaires, etc. (iii) elle favorise la verticalisation ce qui, crée de multiples sollicitations/déplacements du personnel de santé à tous les niveaux, les soustrayant ainsi de leurs occupations. A la longue, (iv) cette approche contribue à désintégrer davantage un système de santé qui a plutôt besoin d'être renforcé.

## **2. Approche de planification par unité fonctionnelle.**

Cette approche privilégie l'amélioration d'une réponse globale à la majeure partie si non l'ensemble à des problèmes de santé d'une population bien définie. Elle consiste à relever le degré de fonctionnalité des structures opérationnelles de façon à leur permettre de façon intégrée à prendre en charge les principaux problèmes de santé de la population concernée.

Parmi les actions nécessaires que vise cette approche, on peut citer : la mise en place d'une équipe cadre dans les zones de santé et des équipes polyvalentes dans les centres de santé, la rationalisation du fonctionnement des structures des soins (hôpital et centres de santé), l'amélioration de la qualité des soins, la promotion du développement des ressources humaines, l'extension de la couverture sanitaire, la formation du personnel de santé sous forme de stage dans les unités opérationnelles qui fonctionnent bien, etc.

Cette approche présente un inconvénient: elle ne peut s'inscrire que dans le long terme. Cet inconvénient devra être relativisé du fait du caractère durable des interventions et des résultats qui en découlent.

Parmi les avantages les plus importants de cette approche on peut citer : (i) sa contribution à une amélioration réelle de la santé de la communauté par la remise en état du système de santé et (ii) son efficacité de toute évidence élevée, (iii) elle est conforme à la stratégie des soins de santé primaires (iv), la formation du personnel sous forme de stage dans les unités opérationnelles qui fonctionnent bien lui permet non seulement de dégager du temps dont il a besoin pour la réalisation des activités programmées, et (v) elle jette les bases d'une vision intégrée de la prise en charge de la santé de la communauté.

***Cette approche semble la plus adaptée à la situation actuelle du système de santé en RDC.***

## **Quel rôle pour les niveaux intermédiaire et central dans cette approche de planification ?**

### **Le niveau intermédiaire**

Ce niveau qui est chargé de la traduction des politiques et stratégies élaborées par le niveau central en plans et programmes (ensemble des projets), devra élaborer un plan de développement sanitaire de la province sur base des plans de couverture et des plans d'actions des zones de santé auxquels seront ajoutées des actions propres du niveau intermédiaires destinées à satisfaire les besoins d'appui technique engendrés par les plans des zones de santé. Il devra en plus s'assurer de la disponibilité des ressources pour la mise en œuvre du plan de développement provincial. Le plan provincial ainsi élaboré avec la participation de tous les acteurs sanitaires de la province, sera ainsi un instrument de négociation, d'intégration et de coordination de toutes les interventions dans la province concernée.

### **Le niveau central**

Le niveau central a un rôle normatif, régulateur et de financement du secteur de la santé. Ce rôle consiste à donner de grandes orientations et stratégies nécessaires à l'amélioration de la santé de la communauté. Sur ce dernier point, le niveau central devra élaborer un cadre des dépenses sectoriel à moyen terme (CDS-MT) comme alternative à des méthodes de planification uniquement basée sur les besoins et qui ne tiennent compte ni de la capacité des structures à contribuer aux objectifs sectoriels ni des ressources disponibles, ce qui le plus souvent dégagent des gaps difficiles à combler. Ce niveau devra éviter d'élaborer des plans opérationnels en lieu et place des niveaux inférieurs.

## **Annexe 2 : Opportunités pour le développement des zones de santé**

### **1. Formation des cadres de zones de santé appuyée par l'OMS**

Le processus de cette formation est en cours de démarrage. Des formateurs centraux ont été recrutés et formés. Ils devront ensuite élaborer les modules de formation qui seront utilisés. Cette formation offre une opportunité pour la stratégie de développement des zones de santé dans la mesure où elle constitue le cadre idéal pour jeter les bases d'une équipe cadre et d'améliorer les compétences de celle-ci dans l'élaboration et la mise en œuvre des plans de couverture et d'action de leurs zones de santé.

Vu l'importance de l'influence que peut avoir de telles formations sur l'avenir du secteur (cfr. la problématique de la SRSS au sujet des formations pilotées par le FONAMES), il est important de se rassurer que ces dernières tirent leur essence de la SRSS et des outils nécessaires à sa mise en œuvre (recueil des normes de la Zone de Santé, canevas de planification, etc.).

### **2. Actualisation des normes sanitaires**

La Direction d'Etudes et Planification et la Direction du développement des soins de santé primaires sont en pleine actualisation/harmonisation des normes de fonctionnement des zones de santé en RDC. Ce document devra contenir un ensemble des concepts et des directives et des normes relatives au processus de développement des zones de santé. Ce document permettra d'obtenir un consensus minimal en vue de démarrer la mise en œuvre de la stratégie de renforcement du système de santé. A ce stade, les normes doivent être considérées comme des hypothèses de travail qui seront testées dans les zones de santé surtout dans les zones de démonstration. Les résultats de cette recherche action permettront de valider les normes aux différents niveaux du système de santé.

### **3. Reforme du secteur de l'Administration Publique**

Un audit institutionnel du Ministère a été réalisé par une équipe de l'OMS/Genève au mois d'août de cette année (2005). Cette mission a aidé à l'amélioration du contenu du document de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS). La réforme du secteur de la santé qui s'inscrit dans le cadre celle de l'ensemble de l'Administration Publique sera alimentée à la fois par la nécessité de donner à ce dernier la formes et les structures qui lui permettent le mieux de réaliser les objectifs sectoriels et par les besoins d'encadrement qui seront identifiés en périphérie lors de la mise en œuvre de la SRSS.

Cette réforme aura un impact direct ou indirect sur le processus de renforcement du système de santé. On peut par exemple imaginer que si le niveau central du Ministère est rationalisé, on peut dégager des ressources supplémentaires pour le développement des zones de santé en évitant d'investir dans l'installation de nouveaux programmes et directions. La coordination à ce niveau s'en trouvera améliorée, les médecins en provinces seront de moins en moins soustraits de leurs occupations et donc, ils peuvent dégager suffisamment de temps pour faire leur travail de développement des ZS.

#### **4. Démarrage du PARSS et du projet d'appui à la mise en œuvre du PDDS dans la PO, du Programme Santé FED IX, et d'autres appuis dans le cadre de la coopération bilatérale (coopération belge, canadienne, USAID, etc.)**

Plusieurs projets financés par les bailleurs vont démarrer dans les prochains mois au niveau du secteur de la santé. C'est le cas du Programme de Réhabilitation du Secteur Santé financé par la Banque Mondiale, du Projet d'appui à la mise en œuvre du PDDS dans la Province Orientale, du Programme Santé du 9<sup>ème</sup> Fonds Européen de Développement, du Projet AXxes financé par l'USAID, du projet d'appui au développement Sanitaire de la Ville de Kisangani et Projet d'Appui au Secteur Santé du Bas Congo financé par le Royaume de Belgique, etc. Le Ministère de la Santé ayant défini sa Stratégie, ces projets devraient être considérés comme des sources de financement pour la mise en œuvre de celle-ci. Pour ce faire, il est nécessaire que des négociations soient entreprises avec les différents bailleurs concernés dans le but du rapprochement des interventions prévues dans ces projets avec les différents axes de la SRSS.

Cette tâche sera parmi les premières que vont entreprendre les différents Comités de Pilotage de la SRSS tant au niveau national que provincial.

#### **5. Identification/formulation de nouveaux projets**

Plusieurs projets sont en cours d'identification/formulation au sein du Ministère de la santé. C'est le cas du projet d'appui à la DEP dont le rapport de formulation vient d'être rendu disponible par la CTB. Il est conçu pour permettre au Secrétaire Général à travers sa Direction d'Etudes et Planification de jouer réellement son rôle de Pilote de la SRSS. Ce projet va aider au suivi de la mise en œuvre de la SRSS.

Des dispositions doivent être prises pour que l'identification et la formulation de prochains projets prennent en compte les principaux axes de la SRSS.

#### **6. Le Biennium de l'OM/RDC**

L'OMS vient d'élaborer le cadre de coopération avec la RDC pour les deux années à venir. Ce document comprend un certain nombre d'actions qui ont un lien direct ou non avec le développement des zones de santé. Il s'agit par exemple de (i) l'appui à la revitalisation de 40 zones de santé, (ii) l'appui à l'élaboration de la politique de développement des ressources humaines, (iii) l'amélioration de la performance du système de santé dans 60 ZS, (iv) la formation des cadres des zones de santé dont on a parlé plus haut, etc. il convient de signaler que la SRSS fait du développement des Ressources Humaines pour la Santé un axe important sans lequel il sera superflu de s'attendre à des résultats concertés dans le secteur.

## **7. Finalisation du DSRP**

Le processus de finalisation du DSRP est en cours. Ce document deviendra après son acceptation par les institutions de Bretton Wood le seul cadre de l'appui que la RDC pourra attendre de la communauté internationale dans les 25 années qui vont venir. La stratégie sectorielle (santé) de lutte contre la pauvreté est essentiellement basée sur la SRSS, ceci améliore la cohérence entre les actions de développement conduites par le Gouvernement et celles qui se font dans le secteur de la santé.

Le développement des zones de santé est un processus à long et coûteux. Pour le financer la RDC devra encore pour plusieurs années compter sur les apports des partenaires au développement.

## **8. Les fonds PPTE**

L'Initiative PPTE est appelée à dégager des fonds pour le financement des secteurs sociaux dont la santé. Ces fonds iront grandissant au fil du temps. Selon les prévisions du Ministère du budget, la santé pourra compter sur plus de 200 millions de dollars chaque année entre 2006 et 2008. Le Ministère devra donc se préparer pour une utilisation efficiente de ces fonds. Il faut signaler que ce budget étant en cours d'élaboration, les chiffres repris ci-haut ne sont pas définitifs.

## **9. Les Fonds GAVI pour le renforcement du système de santé**

L'Alliance GAVI qui finance les activités de vaccination dans plusieurs pays a rendu disponibles des fonds pour le renforcement du système de santé (RSS) dans les pays qui le désirent. L'idée de base est d'améliorer les performances du système de santé pour permettre à celui-ci de soutenir et d'aider à assurer la durabilité des activités vaccinales. Pour des pays comme la RDC dont le PIB par habitant est inférieur à 350 USD, l'Alliance GAVI pourra financer jusqu'à 5 \$ par enfant cohorte pour la durée du cycle de planification. L'accès de la RDC à ce financement peut permettre d'appuyer les axes comme le pilotage de la SRSS, l'amélioration de l'offre des services de santé, les Ressources Humaines pour la Santé (RHS), etc.

L'élaboration de la proposition à soumettre à l'Alliance GAVI demande que soit élaboré au préalable un cadre des dépenses sectorielles à moyen terme (CDS-MT) qui permettrait de situer les interventions à financer par cette dernière dans un cadre plus général des financements actuellement disponibles dans le secteur.

**Annexe 3 : Critères de classification des ZS selon leurs potentialités, à utiliser pour l'élaboration de la première étape du plan de développement provincial.**

Potentialités	Zones								
	Zone 1	Zone 2	Zone 3	''''	''''	''''	''''	''''	''''
<b>Critères généraux</b>									
Environ.Sociopol favorable*									
Environ écon. Favorable*									
Accessibilité par IPS et IDS bonne*									
Existence HGR (fonctionnalité ?)**									
Population = ou > 100.000 h**									
Existe une pathologie particulière***									
<b>Total</b>									
<b>Critères particuliers</b>									
Présence de partenaires ****									
IPS déjà appuyé****									
<b>Total</b>									
<b><u>Total Général</u></b>									
Poids relatifs des critères									
<b>HGR et Pop. ont 8 points</b>									
* coter : 4 si c'est très favorable; 0 si c'est défavorable, 3,2,1, pour des situations intermédiaires									
**HGR n'existe pas : 0. Existe et est fonctionnel: 8, Existe mais est à réhabiliter : 4									
**Population en milieu urbain < 150000 : 0, > à 150000 : 8 Population en milieu rural <100000 : 0 > : 8									
*** Les pathologies particulières sont celles spécifiques à la zone: trypanosomiase, onchocercose, méningite,,,4 points									
****Présence de partenaires (actuelle ou à venir) et /ou IPS déjà appuyée : 4 points									
<b>Décision</b> : ce sont les critères généraux qui définissent le classement de la zone, Les critères particuliers sont le constat de décisions antérieures qu'il faut respecter, Peut-être les dénoncer si la décision était objectivement inappropriée									

---

## IV. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Ministère de la Santé (2001) Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
2. Ministère de la Santé (1999) Plan Directeur de Développement Sanitaire (PDDS). Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
3. Ministère de la Santé (1998) Etat des lieux du Secteur de la Santé (ELS) Ministère de la Santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo
4. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale (1995). Enquête nationale sur la santé des enfants et des femmes, Kinshasa, République Démocratique du Congo
5. Ministère du Plan et de la Reconstruction Nationale (2001). Enquête nationale sur la santé des enfants et des femmes (MICS2), Kinshasa, République Démocratique du Congo
6. K., A., Pangu, La santé pour tous d'ici l'an 2000 : c'est possible. Expérience de planification et d'implantation des Centres de santé dans la Zone de Santé de Kasongo au Zaïre (1888). Thèse de doctorat, Ecole de Santé Publique. Université Libre de Bruxelles.
7. D., Porignon, Adéquation des systèmes de santé de district en situation critique : expérience dans la région des grands lacs africains (2003). Thèse de doctorat, Ecole de Santé Publique. Université Libre de Bruxelles
8. Banque Mondiale (2001) Santé et Pauvreté en République Démocratique du Congo : analyse et cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Banque Mondiale, Washington.
9. Ministère de la Santé (2005). Rapport de la Table Ronde de la santé, Kinshasa, République Démocratique du Congo.
10. D., Grodos, R., Meloni, P., Mercenier. Le développement d'un district sanitaire:qu'est-ce qu'un district sanitaire fonctionnel ? le cas de Dolisie (Loubomo) au Congo (1999). République du Congo.
11. Organisation Mondiale de la Santé 2005. Rapport sur la santé dans le monde. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
12. Organisation Mondiale de la Santé. La santé et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Organisation Mondiale de la Santé, Genève.
13. Ecole de Santé Publique. Université de Kinshasa (2003). Enquête CAP ménage sur la situation sanitaire des Zones de Santé appuyées par la Banque Mondiale à travers BCECO dans le cadre du PMURR. Rapport final. Kinshasa, République Démocratique du Congo

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.