

Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé

Rapport de Pays République Démocratique du Congo

Octobre 2012

Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

KRI International Corp.

TAC International Inc.

HM
JR
12-102

Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé

Rapport de Pays République Démocratique du Congo

Octobre 2012

Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

KRI International Corp.

TAC International Inc.

Le taux de change

1 dollar US = 79,45 yens

(Le taux de change de la JICA en Juillet 2012)

Ce rapport a été préparé pour soutenir le fonctionnement de la JICA dans les pays, en matière de santé par la programmation stratégique. Le contenu, cependant, pourrait avoir besoin d'être complété avec des informations plus récentes et plus détaillées de la part des lecteurs, étant donné que ce rapport est principalement basé sur une étude documentaire et non sur une étude de terrain, à l'exception de certains pays.

Préface

Contexte

La situation actuelle autour du secteur de la santé dans les pays en développement a évolué surtout après l'entrée dans le 21^{ème} siècle. Sur la base des recommandations du concept de "Macroéconomie et Santé"¹, l'aide au développement pour la santé a considérablement augmenté afin accélérer les efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015. L'aide au développement pour la santé a fortement augmenté, passant de 10,9 à 21,8 milliards de dollars américains en 2007². En outre l'aide au développement a été harmonisée par le cadre commun élaboré au cours des trois forums de haut niveau qui se sont déroulés consécutivement à Rome (2003), à Paris (2005) et à Accra (2008).

Indépendamment de ces changements d'environnement, favorables pour le secteur de la santé dans les pays en développement, les résultats ne semblent toujours pas atteindre le niveau escompté dans bon nombre d'entre eux. De nombreux pays en développement en particulier les pays de l'Afrique sub-saharienne ne pourront pas réaliser certains de leurs OMD 4 (Réduire la mortalité infantile), 5 (Améliorer la santé maternelle) et 6 (Combattre le VIH / sida, le paludisme et d'autres maladies) d'ici à 2015. Par conséquent, quand bien même que mobiliser d'avantage d'argent pour la santé est cruciale pour les pays à faible revenu qui cherchent à se rapprocher de la couverture universelle³; de «Plus d' Argent pour la Santé⁴», il est tout aussi important d'obtenir des gains substantiels pour la santé à partir des ressources disponibles de «Plus d' Argent pour la Santé⁵». L'efficacité est une mesure de la qualité et/ou de la quantité de la production des services pour un niveau donné d'intrants ; et améliorer l'efficacité doit également être considéré comme un moyen d'étendre la couverture pour le même coût et l'amélioration des résultats de santé.

Considérant cette situation autour du secteur de la santé dans les pays en développement, la JICA dans un mouvement récent de changement de ses activités relatives à son aide au développement, travaille depuis sur la base des travaux d'analyse situationnels des pays. Cela consiste à une étude analytique au niveau global et à l'ensemble des secteurs visant à clarifier l'orientation de l'aide de la JICA dans chaque pays par la recherche portant sur les domaines de préoccupation prioritaires et sur la cartographie de l'aide. Le but de l'Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé est de contribuer aux efforts des travaux d'analyse de la JICA. Dans le passé, les efforts d'analyses de la JICA étaient concentrés sur l'objectif de planification des projets, avec comme conséquence, les informations recueillies dans ce genre de travaux d'analyse étaient naturellement limitées qu'à ces projets particuliers. Par conséquent, il apparaît donc important pour la JICA de procéder à un examen critique de base du secteur de la santé des pays dans le but de recueillir des renseignements complets et d'analyser le secteur de la santé dans son ensemble afin de mieux comprendre la situation sanitaire du pays et identifier les problèmes et questions prioritaires du système de santé à aborder.

Les objectifs de l'étude

La clé d'une formulation d'un bon projet est d'avoir effectué des examens critiques approfondis du secteur. De bons examens critiques du secteur et des analyses de qualités nous aident à comprendre la situation sanitaire et ses déterminants ainsi que la capacité d'exécution des projets de santé dans les pays. Ils nous aident aussi à contribuer aux pays en identifiant les projets réalisables dans le contexte des priorités et en élaborant des politiques nécessaires et la planification stratégique pour les prestations de services de santé. Il est également

¹ L'OMS annonçait "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development" en Décembre, 2000. Ceci considère la santé comme étant un droit humain intrinsèque ainsi qu'un point de départ centrale pour la réduction de la pauvreté et pour le développement socio-économique, et le processus contribue à placer la santé au centre du plus vaste agenda de développement des pays.

² Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J.R., et. al; June 2009; Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007; the Lancet 373:2113-2132.

³ Selon l'OMS, la couverture universelle se définit comme veiller à ce que toutes les personnes aient accès aux services nécessaires de promotion de la santé, de santé préventives, curatives et de réadaptation, de qualité suffisante pour être efficace, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas l'utilisateur à des difficultés financières. (http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html)

⁴ Dans le Rapport sur la Santé Mondiale 2010 (OMS), le rapport la préconise avec les trois suggestions concrètes suivantes comme exigences: 1) Accroître l'efficacité du recouvrement des recettes, 2) Revoir les priorités des budgets publics, et 3) Avoir les financements innovants. Comme quatrième suggestion, il préconise d'accroître l'aide au développement et la faire fonctionner au mieux pour la santé.

⁵ Le Rapport sur la Santé Mondiale 2010 suggère aussi que les besoins d'amélioration de l'efficacité dans les systèmes de santé et l'élimination de l'inefficacité / déchets va permettre aux pays pauvres d'améliorer la disponibilité et la qualité des services.

nécessaire de mener ces genres d'études portant sur l'examen critique du secteur de la santé de manière régulière afin de développer et mettre en œuvre des projets de santé efficaces et efficients. Sur la base de cette pensée, la JICA a décidé de mener des études d'examens critiques sectoriels de 23 pays sélectionnés. Les objectifs des examens critiques sectoriels sont de donner des recommandations à la JICA sur l'orientation de son aide pour le secteur de la santé dans chaque pays et d'améliorer les approches stratégiques et l'efficacité de la coopération de l'aide.

La structure du rapport

Le rapport de l'enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé est composé de 7 chapitres. Le chapitre 1 est le résumé de la situation socio-économique de chaque pays. Le chapitre 2 est une analyse de la politique nationale de santé, les approches stratégiques et les plans. Le chapitre 3 décrit la situation sanitaire de chaque pays pour montrer les problèmes de santé prioritaires en utilisant des informations sanitaires et les données. Le chapitre 4 est une analyse de la fonction de prestation de services de santé de chaque pays et le chapitre 5 est une analyse d'autres fonctions du système de santé du pays à savoir: les ressources humaines pour la santé, les systèmes d'information sanitaires, les produits médicaux essentiels et les technologies, y compris les établissements de santé, le financement de la santé, le leadership et la gouvernance. Le chapitre 6 est une analyse de l'assistance et de la coopération des partenaires au développement. Basé sur les analyses ci-dessus, le chapitre 7 porte sur les recommandations à la JICA sur les domaines stratégiques de coopération et de ses approches.



Source : <http://www.freemap.jp/blankmap/> (juillet 2012)

Carte de la République Démocratique du Congo

Sigles, Acronymes et Abréviations

AFDL	Alliance des forces démocratiques pour la libération du Congo-Zaïre
ARV	Antirétroviral
ASRAMES	Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
BCAF	Bureau de Coordination des Achats de la FEDECAME
BDOM	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
CAF	Cadre d'assistance pays
CDR	Centrale de Distribution Régionale
CPN	Consultation Prénatal
CS	Centre de Santé
CSDT	Centré de Santé de Diagnostic de la Tuberculose
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
CTA	Centres de Traitement Ambulatoire du VIH
DFID	Département du Développement international
DOTS	Stratégie du traitement directement observé de courte durée
DSCR	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
ECHO	Humanitarian Aid and Civil Protection Department, the European Commission
ECZS	Équipe Cadre de la Zone de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Achat et de Distribution de Médicaments Essentiels
FEG	Fondation Elisabeth Glaser
FNUAP	Fonds des Nation Unies pour la Population
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GESIS	(un logiciel)
HGR	Hôpital Général de Référence
HSRSP	The Health Sector Rehabilitation Support Project
IEM	Institut d'Enseignement Médical
IHP+	Partenariat International pour la Santé
IMC	Indice de Masse Corporelle
ISTM	Institut Supérieur de Techniques Médicales
ITM	Institut Supérieur de Médicales
ITN	Insecticide-Treated Mosquito Net
JICA	Agence Japonaise de Coopération Internationale
MDR-TB	Tuberculose multi-résistante
MICS	Enquête par grappes à indicateurs multiples
MII	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide
MILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action

MNT	Maladies non transmissibles
MSF	Médecins Sans Frontières
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	President's Malaria Initiative
PNDRHS	Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RNB	Revenu National Brut
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SNIS	Système National d'Informations Sanitaires
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de la Santé
SWAps	Sector-Wide Approaches
TDR	Test de Diagnostic Rapide
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Traitement de Réhydratation par Voie Orale
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nation Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
ZS	Zone de Santé

Résumé

1. La République Démocratique du Congo (désignée ci-après par la «RDC») semble retrouver progressivement la stabilité après le chaos provoqué par l'insurrection armée des forces antigouvernementales et les conflits internationaux, et son taux de croissance économique montre des signes d'amélioration, porté par la richesse de ses gisements minéraux. Toutefois, le peuple congolais vit toujours dans la pauvreté, et, en 2011, la RDC occupait la dernière position parmi les 187 pays et territoires classés suivant l'indice du développement humain, une situation justifiant l'apport d'une aide humanitaire et à la reconstruction.
2. Dans le deuxième Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR2) (2011-2015) formulé suivant la «Vision 2035», une prospective de développement à long terme à l'horizon 2035, les cinq chantiers du Président, et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le secteur de la santé est l'un des piliers des 4 stratégies. Pour ce qui est du secteur de la santé, conformément à la Stratégie de Renforcement du Système de la Santé (SRSS) (2011-2015) et au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), qui est le plan de mise en œuvre de cette stratégie, l'accent est mis sur le développement de Zones de Santé, sachant qu'une Zone de Santé est l'unité de planification et d'exécution des soins de santé primaires.
3. En RDC, les maladies infectieuses, l'état pathologique se manifestant pendant la période de grossesse / période périnatale et les conditions nutritionnelles sont responsables de 72% du total des décès, et des efforts et approches visant la réalisation des OMD sont essentiels. Bien que le taux de mortalité maternelle, le taux de mortalité infantile, et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans montrent tous des signes d'amélioration, le contexte actuel est loin de satisfaire OMD. Derrière tout cela, il y a différents problèmes, notamment la malnutrition chronique qui ne montre aucun signe d'amélioration.

En ce qui concerne le VIH, bien que dans l'ensemble la prévalence se soit stabilisée, elle a tendance à être élevée dans l'est du pays. Par ailleurs, la prévalence augmente parmi les femmes victimes d'agressions sexuelles pendant les conflits. Le paludisme est omniprésent dans l'ensemble du pays, mais son impact est particulièrement prononcé chez les enfants. La RDC occupe le dixième rang du classement des 22 pays les plus touchés par la tuberculose dans le monde, avec un fardeau de la maladie en augmentation et un taux d'incidence qui n'a pas diminué pas depuis 1990. En outre, la tuberculose multirésistante est également répandue. Par ailleurs, les maladies tropicales négligées représentent également une menace réelle, il est estimé en effet que la RDC serait touchée par la moitié des cas de trypanosomiase humaine africaine.

4. Les services de santé sont fournis par le biais des Zones de Santé, qui jouent le rôle d'unité d'exécution, et le paquet minimum d'activités (PMA) est fourni au niveau local par les centres de santé. L'hôpital général de référence (HGR), qui fournit les services primaires en liaison avec les centres de santé, propose le paquet complémentaire d'activités (PCA) et contrôle les centres de santé. En ce qui concerne les services de la santé maternelle et infantile, la réalisation d'au moins une (1) consultation prénatale, les accouchements assistés par du personnel de santé qualifié, et l'allaitement maternel atteignent un niveau

comparativement élevé, mais la prévalence de la contraception et de vaccination contre la rougeole est faible. Le taux de la vaccination complète des enfants est également faible, et il dépend du niveau d'instruction de la mère et de la situation économique du ménage. Le taux d'accouchement dans des établissements sanitaire est fortement influencé par la zone géographique et les revenus.

En ce qui concerne le VIH/Sida, des efforts sont entrepris dans le cadre du Programme national multisectoriel de lutte contre le Sida (PNMLS) établi en 2004, mais le dépistage n'est pas encore généralisé, et le pourcentage des établissements sanitaires qui mettent en œuvre ce dépistage dans le cadre de la consultation prénatale est inférieur à 10%. En ce qui concerne le paludisme, la couverture universelle en moustiquaires, visant à passer du contrôle de la maladie à son éradication, semble avoir été atteinte. Cependant, l'absence d'organisation du système de diagnostic et l'insuffisance des connaissances les directives relatives au traitement entravent la possibilité de traitement sur la base de diagnostic adéquat. Pour ce qui est de la tuberculose, le taux de couverture de la stratégie du traitement directement observé de courte durée (DOTS) était de 100% en 2007, mais des problèmes de coordination des programmes demeurent.

5. Bien que les effectifs du personnel de la santé augmentent, ils sont encore insuffisants et mal répartis géographiquement. D'après certaines informations 60% des médecins du secteur public se trouveraient à Kinshasa. Étant donné que jusqu'à présent le développement des ressources humaines s'est fait de manière désordonnée, il s'avère que le personnel de la santé n'est pas formé, embauché, et affecté de façon adéquate. Face à cette situation, le gouvernement congolais œuvre pour promouvoir son établissement par le biais d'en renforcement des capacités, un rehaussement de la qualité de l'éducation et l'amélioration des conditions de travail du personnel de la santé, à commencer par la formulation et l'approbation du Plan national de développement des ressources humaines de la santé (PNDRHS) (2011-2015) Environ 30% des dépenses de santé sont financés par les aides de partenaires, et bien que le budget soit en augmentation, il représente même aux meilleurs moments un maximum de 7% du budget national, un niveau très éloigné de la barre des 15% proposés par la Déclaration d'Abuja. En outre, certains commentaires semblent indiquer que, suivant la division des aides des partenaires, leur administration serait inefficace. En ce qui concerne le système d'information sanitaire, la collecte de données se fait principalement par le biais de la production de rapports par les formations sanitaires, mais de nombreux problèmes, tels que la qualité et la couverture des données, ainsi que leur usage, existent.

Une grande partie des formations sanitaires sont dans un état délabré et mal équipés. Par ailleurs, même lorsqu'ils sont équipés en matériel et appareils, les capacités de maintenance sont insuffisantes pour permettre leur fonctionnement adéquat. En ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments essentiels dans le secteur public, le Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME) a été établi, mais le fait que de nombreux organismes d'aide soient impliqués dans l'aide financière, la fourniture, le dépôt, etc. complique dans l'ensemble cet approvisionnement. Au niveau de l'administration, le leadership du ministère de la Santé est faible, divers comités envahissent chacun des

projets, ce qui fait obstacle à toute cohérence et coordination dans le secteur public en question, et empêche la réglementation du secteur privé.

6. Les principaux partenaires ont tendance à soutenir le renforcement du système de santé, tel que le développement des Zones de Santé, et, par conséquent, visent le renforcement des capacités permettant de faire face aux défis que posent la santé maternelle et infantile ainsi que les maladies infectieuses. De nombreux partenaires et organisations non gouvernementales (ONG) apportent leur soutien, mais il s'avère que la coordination de leurs actions ne fonctionne pas comme il le faudrait. Le Japon, pour sa part, déploie le Programme d'amélioration de l'accès aux services de santé et apporte un appui centré sur le renforcement des ressources humaines pour la santé.
7. Il est considéré que les problèmes dans le secteur de la santé auxquels est confrontée la RDC sont fortement influencés par la faiblesse du leadership et de la gouvernance de l'État, et il est jugé que le renforcement des capacités de planification et de coordination contribuera à l'amélioration globale du système de santé. Par conséquent, le Japon considère que le fait de continuer à soutenir les ressources humaines pour la santé, comme il l'a fait jusqu'à présent, peut contribuer au renforcement des capacités des offres des services mis en œuvre activement par le Ministère de la Santé Publique et les partenaires.

Enquête sur la collecte des données dans le secteur de la santé

Rapport de Pays

République Démocratique du Congo

Table des matières

Préface

Carte de la République Démocratique du Congo

Sigles, Acronymes et Abréviations

Résumé

Chapitre 1	Contexte général	1-1
Chapitre 2	Politique de développement.....	2-1
2.1	Politique national de développement	2-1
2.2	Plan national de développement dans le secteur de la santé	2-1
Chapitre 3	L'état de santé de la population.....	3-1
3.1	Profil épidémiologique	3-1
3.2	Situation de la santé de la mère et de l'enfant.....	3-1
3.2.1	Santé maternelle.....	3-1
3.2.2	Santé de l'enfant	3-2
3.3	Maladies transmissibles.....	3-3
3.3.1	VIH/Sida	3-3
3.3.2	Paludisme.....	3-4
3.3.3	Tuberculose.....	3-5
3.3.4	Maladies tropicales négligées (MTN).....	3-5
3.4	État nutritionnel	3-6
3.5	Maladies non transmissibles (MNT).....	3-7
Chapitre 4	Prestation des services	4-1
4.1	Organisation du système de santé	4-1
4.2	Services de la santé de la mère et de l'enfant	4-1
4.2.1	Situation des services de la santé de la mère et de l'enfant	4-1
4.2.2	Services de la santé maternelle	4-2
4.2.3	Services de la santé de l'enfant.....	4-4
4.3	La lutte contre les maladies transmissibles	4-5
4.3.1	La lutte contre le VIH/Sida	4-5
4.3.2	La lutte contre le paludisme.....	4-6
4.3.3	La lutte contre la tuberculose.....	4-8
Chapitre 5	Le système de santé	5-1
5.1	Ressources humaines pour la santé.....	5-1
5.1.1	Situation des ressources humaines pour la santé	5-1
5.1.2	Politique et stratégies	5-2
5.1.3	Formation.....	5-2
5.2	Financement de la santé.....	5-3
5.2.1	Situation du financement de la santé	5-3
5.2.2	Problèmes et objectifs du PNDS.....	5-5
5.3	Système d'information sanitaire	5-5
5.3.1	Situation du système d'information sanitaire.....	5-5
5.3.2	Objectifs du PNDS.....	5-6
5.4	Infrastructure, équipements et médicaments.....	5-6
5.4.1	Infrastructure et équipements.....	5-6
5.4.2	Médicaments.....	5-8
5.5	Leadership et gouvernance	5-11
5.5.1	L'organisation administrative du système de santé	5-11
5.5.2	Problèmes et objectifs du PNDS.....	5-13

Chapitre 6	Situation du soutien des partenaires.....	6-1
6.1	Coordination des partenaires dans le secteur de la santé	6-1
6.2	Contribution des partenaires dans le secteur de la santé	6-1
6.2.1	Aperçu.....	6-1
6.2.2	Résumé de l'appui des partenaires majeurs	6-2
6.3	Assistance du Japon dans le secteur de la santé de la RDC	6-4
6.3.1	Principes de la coopération pour la RDC et positionnement du secteur de la santé	6-4
6.3.2	Aide du Japon dans le secteur de la santé	6-4
Chapitre 7	Enjeux prioritaires dans le secteur de la santé	7-1
7.1	Contexte et enjeux prioritaires dans le secteur de la santé.....	7-1
7.1.1	Problèmes concernant l'état de santé de la population.....	7-1
7.1.2	Base des problèmes.....	7-1
7.1.3	La réponse du gouvernement et de partenaires aux enjeux prioritaires et défis à relever.....	7-2
7.2	Possibilité d'une coopération japonaise dans le secteur de la santé	7-2

Annexes

Annexe 1 : Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé

Annexe 2 : Références bibliographiques

Listes des Figures et Tableaux

Figure 3-1	Mortalité Proportionnelle (tous âges).....	3-1
Figure 3-2	Évolution du ratio de mortalité maternelle.....	3-1
Figure 3-3	Évolution du taux de mortalité des enfants.....	3-2
Figure 3-4	Tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans selon le quintile de bien-être socioéconomique (2001-2010).....	3-2
Figure 3-5	Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes.....	3-3
Figure 3-6	Prévalence du VIH par Région (2007).....	3-3
Figure 3-7	Distribution des cas de paludisme confirmés par province.....	3-4
Figure 3-8	Tendances des admissions, des décès et des cas confirmés de paludisme (pour 100 000).....	3-4
Figure 3-9	Tendances de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité due à la tuberculose (1990-2010)	3-5
Figure 3-10	Prévalence de la malnutrition chronique par province.....	3-6
Figure 3-11	Évolution de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans entre 2001 et 2010	3-7
Figure 4-1	Couverture dans la continuité des soins	4-2
Figure 4-2	Accouchements dans une structure de santé	4-3
Figure 4-3	Pourcentage d'enfants ayant reçu les vaccinations recommandées	4-4
Figure 5-1	Densité des médecins et des infirmiers pour 10.000 habitants par province dans le secteur public (2009).....	5-2
Figure 5-2	Évolution du budget de l'État alloué à la santé.....	5-4
Figure 5-3	Équipements des unités fonctionnelles des HGR selon les provinces	5-7
Figure 5-4	Localisation des 2 agences d'approvisionnement et des 17 CDR	5-8
Figure 5-5	Systèmes d'approvisionnement des produits pharmaceutiques en 2009	5-10
Figure 5-6	Organigramme du Ministère de la Santé Publique.....	5-12
Figure 7-1	Enjeux prioritaires et facteurs contextuels du secteur de la santé en RDC	7-1
Tableau 1-1	Principaux indicateurs sociodémographiques.....	1-1
Tableau 2-1	Estimation des besoins du PNDS par axe stratégique.....	2-2
Tableau 2-2	Cibles du PNDS	2-2
Tableau 3-1	Principales causes de décès (tous âges)	3-1
Tableau 3-2	Estimations en rapport avec l'infection du VIH	3-4
Tableau 3-3	Situation de la tuberculose (2010).....	3-5
Tableau 4-1	Organisation du système de santé	4-1
Tableau 4-2	Évolution du nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement.....	4-6
Tableau 4-3	Évolution des indicateurs du paludisme.....	4-8
Tableau 5-1	Effectifs du personnel de santé en fonction des catégories professionnelles	5-1
Tableau 5-2	Formation initiale des ressources humaines pour la santé	5-3
Tableau 5-3	Nombre d'institutions de formation.....	5-3
Tableau 5-4	Budget de l'État et budget de la santé de 1998 à 2009 (en dollar US).....	5-4

Tableau 5-5	Situation des centres de santé par province (2010)	5-7
Tableau 5-6	Sources de financement par catégorie de produits	5-11
Tableau 5-7	Répartition des districts sanitaires et Zones de Santé par province	5-12
Tableau 6-1	Principaux partenaires et leurs domaines d'intervention	6-2
Tableau 6-2	Soutien du Fonds mondial en RDC.....	6-3
Tableau 6-3	La coopération du gouvernement japonais dans le secteur de la santé depuis 2005.....	6-5

Chapitre 1 Contexte général

La République démocratique du Congo (désignée ci-après par la «RDC») est un pays d'Afrique centrale. Avec une superficie de 2.3450.000 km² (soit 6,2 fois la taille du Japon), la RDC est le deuxième plus vaste pays d'Afrique derrière l'Algérie. La population en 2010 était estimée de 6,596 millions d'habitants dont 35% de celle-ci vivant dans les zones urbaines [1]. Les Congolais sont en majorité chrétiens.

Le pays accède à l'indépendance (de la Belgique) en 1960⁶ mais les révoltes continuent, et un régime autoritaire se maintient au pouvoir pendant 32 ans, après le coup d'état de 1965. Puis en 1997, l'Alliance des forces démocratiques pour la libération du Congo-Zaïre (AFDL) prend le contrôle de la capitale Kinshasa, un changement de gouvernement s'opère, et le pays prend le nom de République Démocratique du Congo. En 1998, les forces antigouvernementales prennent les armes dans l'est du pays, et cette insurrection se développe en conflit international dans lequel interviennent différents pays voisins. À la suite de l'accord de paix signé à Prétoria en 2002, un gouvernement de transition est créé en 2003 avant qu'un gouvernement démocratique voie le jour à la suite du déroulement de la première élection présidentielle démocratique. En ce qui concerne la partie l'Est du pays, le Communiqué de Nairobi de 2007, l'Accord de Goma en 2008, et l'accord de paix de 2009 ont beau être des signes de stabilité, mais avec les insurgés armés bases dans les pays voisins, les violations des droits de l'homme persistent.

Depuis la détérioration de la situation de la sécurité en 1991, l'économie était en stagnation en raison des conflits et de l'instabilité politique. Toutefois, ces dernières années, avec une situation sécuritaire plus stable, le taux de croissance économique commençait à montrer des signes d'amélioration, porté par la richesse de ses gisements minéraux. Cependant, subissant le revers de la crise financière mondiale de 2008, le niveau de vie des Congolais est très précaire. Le revenu national brut (RNB) par habitant y est en effet de 180 dollars US [1], ce qui est bien inférieur à celui des autres pays africains [2]. Par ailleurs, la RDC occupe la dernière position parmi les 187 pays et territoires classés suivant l'indice du développement humain en 2011 et se trouve dans une situation justifiant l'apport d'une aide humanitaire et à la reconstruction.

Le tableau 1-1 présente les principaux indicateurs sociodémographiques de la DRC. Le pays est divisé en onze (11) provinces. Les provinces sont subdivisées en 45 districts qui sont répartis en 225 territoires.

Tableau 1-1 Principaux indicateurs sociodémographiques

Indicateurs	Valeurs	Année
Population totale	65 965 000	2010
Taux annuel d'accroissement démographique (%)	2,71	2010
Espérance de vie à la naissance (années)	48,07	2010
Taux brut de natalité	43,48	2009
Taux brut de mortalité	16,46	2009
RNB par habitant (dollar US)	180	2010
Croissance du RNB (% annuel)	7,2	2010
Total des inscriptions à l'école, primaire (% net)	91	2009
Indice de développement humain* (Rang sur 187 pays)	187	2011
Pourcentage de la population vivant avec moins de 1,25 dollar par jour (%)	88	2006

Source : Les Indicateurs du développement dans le monde (Juillet 2012) (La Banque Mondiale); * Le Rapport sur le développement humain 2011 (PNUD)

⁶ En 1971, le pays prit le nom de République du Zaïre.

Chapitre 2 Politique de développement

2.1 Politique national de développement

Prenant en compte la Vision 2035 qui exprime la vision à long terme du Gouvernement, les cinq chantiers du Président (les infrastructures, la création d'emplois, l'éducation, l'eau et l'électricité, et la santé), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Gouvernement a élaboré le Document de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté Second Génération (DSCR 2) (2011-2015). Les quatre piliers du DSCR 2 ont été bâtis comme suit :

- Pilier 1 : Renforcer la gouvernance et la paix ;
- Pilier 2 : Diversifier l'économie, accélérer la croissance et promouvoir l'emploi ;
- Pilier 3 : Améliorer l'accès aux services sociaux de base et renforcer le capital humain ;
- Pilier 4 : Protéger l'environnement et lutter contre le changement climatique.

Le secteur de la santé est lié au pilier 3. Ce troisième pilier s'articule autour de quatre grandes priorités que sont: 1) le renforcement du capital humain, 2) la lutte contre le VIH/Sida, 3) la réduction des inégalités, 4) l'amélioration du cadre de vie des femmes autant que des hommes et 5) la promotion de la dynamique communautaire.

Le secteur de la santé est inclus dans le renforcement du capital humain du pilier 3. L'objectif général poursuivi par le secteur est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, en se focalisant sur l'accès aux soins de santé primaires de qualité en vue de la lutte contre les grandes endémies, telles que le paludisme, la tuberculose, l'onchocercose, la trypanosomiase, y compris la malnutrition et le VIH/Sida et les maladies non transmissibles.

Les quatre (4) axes stratégiques pour le secteur de la santé ont été défini comme suit: (i) le développement progressif des zones de santé et la continuité des soins ; (ii) l'appui à l'offre des soins de santé de qualité ; (iii) le renforcement du leadership et de la gouvernance ; et (iv) le renforcement de la collaboration intersectorielle.

2.2 Plan national de développement dans le secteur de la santé

Prenant en compte le DSCR 1, le Ministère de la Santé Publique a élaboré la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) (2006-2010). Par la suite, en mars 2010, la SRSS a été révisée à la seconde édition. Dans la seconde édition de la SRSS (2011-2015), l'accent est mis sur le développement de Zones de Santé, sachant qu'une Zone de Santé est l'unité de planification et d'exécution des soins de santé primaires. Les six axes stratégiques de cette seconde édition de la SRSS sont donc :

- 1) Le développement de la Zone de Santé
- 2) Le renforcement de la gouvernance et du leadership
- 3) Le développement des ressources humaines pour la santé
- 4) Le reforme du secteur du médicament
- 5) Le reforme du financement de la santé
- 6) Le renforcement de la collaboration intra et inter sectorielle

En outre, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) (2011-2015) a été formulé comme le plan de mise en œuvre de la SRSS. Le but du PNDS est de contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2015. Son objectif général est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population dans le contexte de la lutte contre la pauvreté. Le PNDS s'articule sur quatre axes stratégiques: (i) le développement des Zones de Santé, (ii) l'appui au développement des Zones de Santé, (iii) le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur, et (iv) le renforcement de la collaboration inter sectorielle.

Le coût total requis pour la mise en œuvre du PNDS est estimé à environ 9,36 milliards de dollars US pour les cinq années. Selon les répartitions par axe stratégique mentionnées dans le tableau 2-1, les dépenses consacrées au développement des Zones de Santé, notamment le développement des ressources humaines, l'appui au secteur du médicament et la construction et/ou la réhabilitation des infrastructures sanitaires et d'équipement, occuperont environ 90% du coût total du PNDS.

Tableau 2-1 Estimation des besoins du PNDS par axe stratégique

Axe stratégique		Total en dollar US	
1	Développement des Zones de Santé	900 767 509,00	9,63%
2	Appui au développement des Zones de Santé	8 391 039 162,93	(89,73%)
	Développement des ressources humaines pour la santé	3 045 407 606,83	32,56%
	Appui au secteur du médicament	2 403 441 299,10	25,70%
	Réforme du financement de la santé	33 369 750,00	0,36%
	Construction et/ou réhabilitation des infrastructures sanitaires, équipement et implantation de nouvelles technologies	2 782 426 197,00	29,75%
	Amélioration de la gestion de l'information sanitaire.	126 394 310,00	1,35%
3	Renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur	51 123 250,00	0,55%
4	Renforcement de la collaboration inter sectorielle	8 898 250,00	0,10%
	Total	9 351 828 171,93 ⁷	100%

Source: Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]

Les cibles du PNDS ont été fixées comme suit :

Tableau 2-2 Cibles du PNDS

Cible	
1	Contribuer à réduire de 549 à 300 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015
2	Contribuer à réduire la mortalité infanto-juvénile de 92 à 40 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015
3	D'ici à 2015, stopper la propagation du VIH/sida, maîtriser le paludisme et d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle
4	Contribuer à réduire de 2/3 la mortalité et la morbidité liées aux maladies non transmissibles d'ici 201
5	La mortalité intra hospitalière est réduite de 50% d'ici 2015
6	La proportion de la population qui a accès aux soins de santé primaires de qualité augmente de 25% d'ici 2015
7	La proportion des femmes qui enceintes qui utilisent les services des consultations prénatales (CPN) lors de leur dernière grossesse et celle d'accouchement assistés passent respectivement de 85% à 95% et de 74% à 85%
8	La couverture vaccinale des enfants complètement vaccinée passe de 31 à 55% d'ici 2015
9	La proportion d'enfants de moins de qui dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et celle de ceux qui reçoivent enfants un traitement correct au paludisme/fièvre augmente respectivement de 6% à 40% et de 25%
10	Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et qui reçoivent un traitement aux antirétroviraux passe de d'ici 2015 de 37.000 à 80.000
11	Le taux d'infections post opératoires est réduite de 75% d'ici 2015

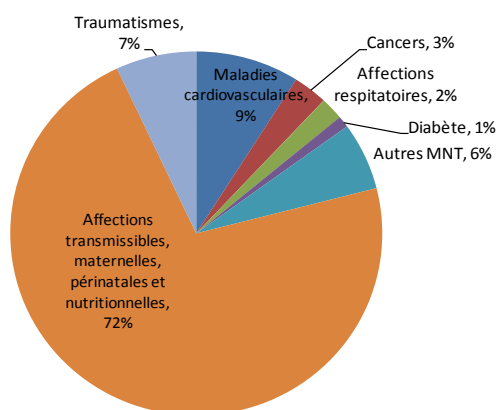
Source: Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]

⁷ Selon le PNDS, le montant total est de 9.364.328.171,93 USD. Cependant, le chiffre (montant total) dans le tableau 2-1 repose sur la méthode de calcul actuelle.

Chapitre 3 L'état de santé de la population

3.1 Profil épidémiologique

Sur l'ensemble des décès enregistrés en RDC, 72% sont dus aux maladies infectieuses, aux causes maternelles, périnatales et nutritionnelles, 21% aux maladies non transmissibles, et 7% aux traumatismes (Figure 3-1) [4]. En outre, à la lecture du tableau 3-1 ci-dessous, on peut effectivement observer que la majorité des décès sont liés à des maladies infectieuses (VIH, paludisme, tuberculose), diarrhées, et causes périnatales. Les OMD, qui correspondent aux principales causes de mortalité dans le pays, demeurent toujours pertinents.



Source: WHO (2011) NCD Country Profiles [4]

Figure 3-1 Mortalité Proportionnelle (tous âges)

Tableau 3-1 Principales causes de décès (tous âges)

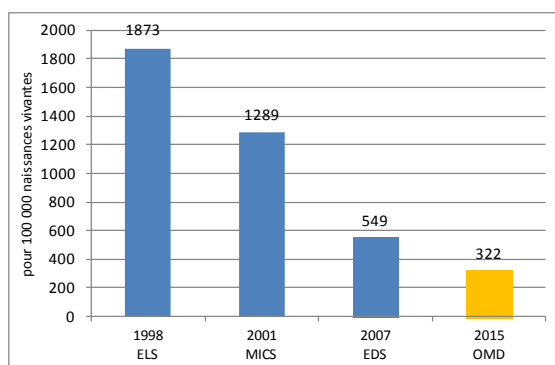
Rang	Causes des décès	%
1	Diarrhées	12
2	Infections respiratoires basses	11
3	VIH/Sida	11
4	Paludisme	10
5	Guerres	5
6	Causes périnatales	4
7	Rougeole	4
8	Tuberculose	3
9	Maladies vasculaires cérébrales	3
10	Cardiopathies ischémiques	3

Source : WHO (2006) Mortality Fact Sheet 2006 [5]

3.2 Situation de la santé de la mère et de l'enfant

3.2.1 Santé maternelle

Comme l'illustre la figure 3-2 ci-dessous, le ratio de la mortalité maternelle en RDC était très haut. Le ratio était de 1873 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998. Les résultats de l'enquête démographique et de santé (EDS) confirment cette baisse avec le ratio estimé à 549 pour 1000 naissances vivantes en 2007.



Source : République Démocratique du Congo (2010) Rapport National du Progrès des OMD 2010 [6]

Figure 3-2 Évolution du ratio de mortalité maternelle

Selon l'estimation du groupe inter-agence des Nations Unies de 2012, le ratio est de 540 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Avec ce ratio, la RDC ne pourrait pas atteindre la cible de l'OMD (322 décès pour 100 000 naissances vivantes) d'ici 2015.

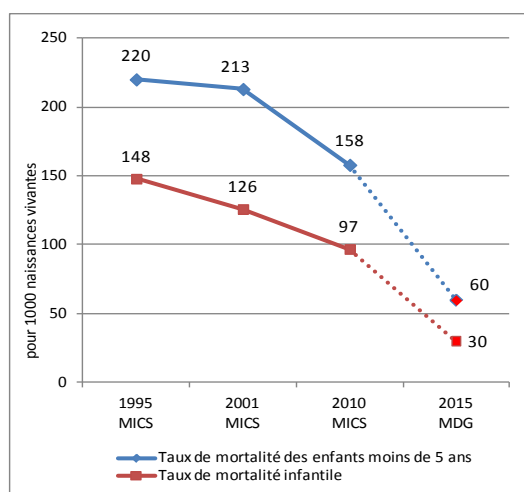
Pour les femmes enceintes référées, les principales complications déclarées au niveau des formations médicales se résument en 3 principales qui sont d'abord la dystocie dans plus de trois quarts des cas (89,5%), la dyspnée (17,9%) et la grossesse extra - utérine (2,6%). De manière plus détaillée, ces complications se résument à l'hémorragie post-partum, la rupture utérine etc. et elles sont les causes de la mortalité maternelle [6].

3.2.2 Santé de l'enfant

Selon l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), de 1995 à 2010, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a connu une régression, passant de 220 à 158 pour 1000 naissances vivantes. Sur la même période, le taux de mortalité infantile a également baissé de 148 à 97 pour 1000 naissances vivantes (Figure 3-3). Les taux se sont améliorés par rapport à 1995, mais les cibles de l'OMS (60 et 30 respectivement) restent encore loin d'être atteintes.

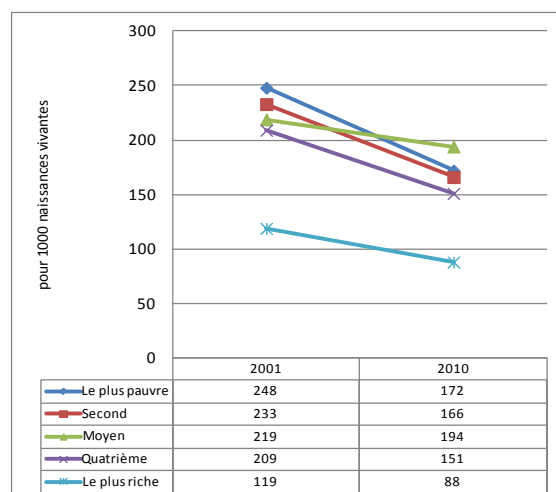
En effet, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 170 pour 1000 naissances vivantes selon les estimations du group inter-agence des Nations Unies. Ce taux est au-dessus de la moyenne de 121 estimée pour l'Afrique subsaharienne et place la DRC au 6^{ème} rang sur les 193 pays dans le monde [7].

Par ailleurs, l'analyse de la tendance de la mortalité des enfants selon le niveau de bien-être socioéconomique montre que, dans l'ensemble, entre 2001 et 2010, la baisse de la mortalité infanto-juvénile a été plus importante pour les enfants des ménages les plus pauvres (30,6% de baisse). Les ménages moyens ont connu une faible baisse (11,4%) entre 2001 et 2010.



Source: Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [8]

Figure 3-3 Évolution du taux de mortalité des enfants



Source: Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [8]

Figure 3-4 Tendance de la mortalité des enfants de moins de 5 ans selon le quintile de bien-être socioéconomique (2001-2010)

Les principales causes de la mortalité infanto-juvénile sont les causes néonatales (29%), le paludisme (18%), la pneumonie (14%), la diarrhée (12%), les traumatismes (3%), et le VIH/Sida (1%). Les causes de mortalité néonatale sont dominées par la prématurité (9%), l'asphyxie (7%), les infections sévères (4%), et la pneumonie (4%). Plus d'un tiers de tous les décès d'enfants sont attribuables à la malnutrition [9].

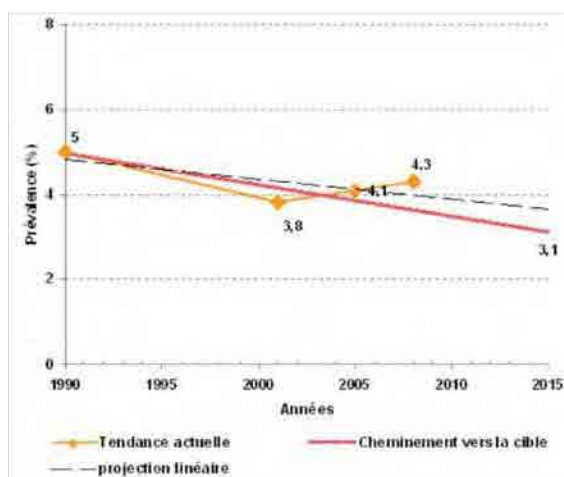
3.3 Maladies transmissibles

3.3.1 VIH/Sida

La RDC connaît une épidémie du VIH de type généralisé, avec une prévalence évaluée plus de 1,0 % auprès de la population générale. Selon les estimations en 2011, la prévalence du VIH est estimée à 2,57%⁸ au sein de la population générale et est évaluée à 3,5% chez les femmes enceintes reçues en consultation prénatale. Dans l'ensemble, l'épidémie de VIH en RDC est relativement stable. En effet, les données de la surveillance des femmes enceintes dans les sites sentinelles sont restées relativement stables entre 2003 et 2011, période au cours de laquelle la prévalence a varié autour de 4% [10].

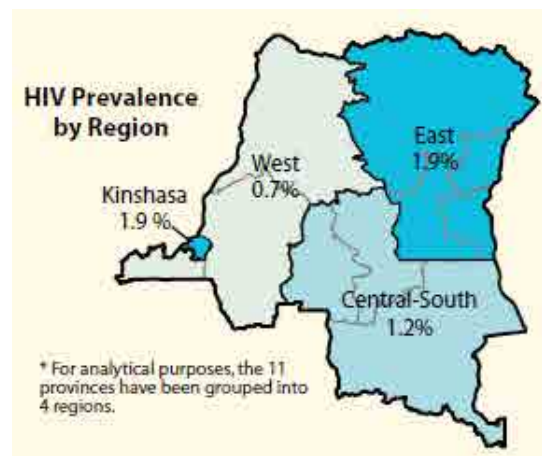
La prévalence du VIH dans les groupes à risque est plus élevée avec 16,9% chez les professionnelles du sexe, 31,09% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 20% chez les femmes victimes des viols, 7,6% chez les femmes déplacées, et 7,1% chez les femmes en milieu carcéral. La situation de conflit prolongée à l'Est du pays a engendré le phénomène de violences sexuelles exercées particulièrement sur les femmes [10].

La figure 3-6 montre la prévalence du VIH par région selon les résultats de l'EDS de 2007. La ville de Kinshasa et la région Est se caractérisent par la prévalence du VIH la plus élevée (1,9 % dans les deux cas).



Source: République Démocratique du Congo (2010) Rapport National du Progrès des OMD 2010 [6]

Figure 3-5 Prévalence du VIH parmi les femmes enceintes



Source: Ministère du Plan et Macro International (2008) Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007 [11]

Figure 3-6 Prévalence du VIH par Région⁹ (2007)

⁸ Bien que l'enquête EDS en 2007 ait permis d'estimer une prévalence de 1,3% dans la population générale, cette donnée de la prévalence du VIH de l'EDS, à ce jour, n'a pas été validée au niveau du pays [10].

⁹ Pour les besoins de l'analyse, les provinces sont regroupées en régions de la manière suivante : l'Ouest comprend les provinces du Bas-Congo, du Bandundu et de l'Équateur ; l'Est comprend la province Orientale, le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et le Maniema ; le Centre-Sud comprend les provinces du Katanga, du Kasai Oriental et du Kasai Occidental.

Le tableau 3-2 présente des estimations du VIH pour les années 2010, 2011 et 2012.

Tableau 3-2 Estimations en rapport avec l'infection du VIH

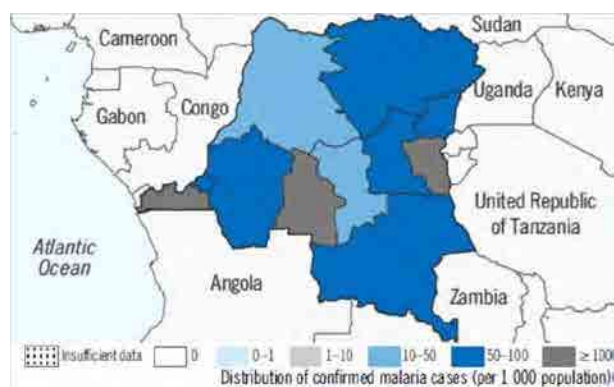
Indicateur	2010	2011	2012
Nombre de personnes vivants avec le VIH	979 777	976 458	974 304
Nombre de cas de nouvelle infections VIH	92 614	90 207	85 066
Nombre de décès dus au Sida	78 267	78 249	76 243
Besoins en traitement ARV	297 668	436 361	439 137

Source: Programme National Multisectoriel de Lutte contre Le Sida (PNMLS) (2012) Rapport d'Activité sur la Riposte au VIH/sida en R. D. Congo 2012 [10]

3.3.2 Paludisme

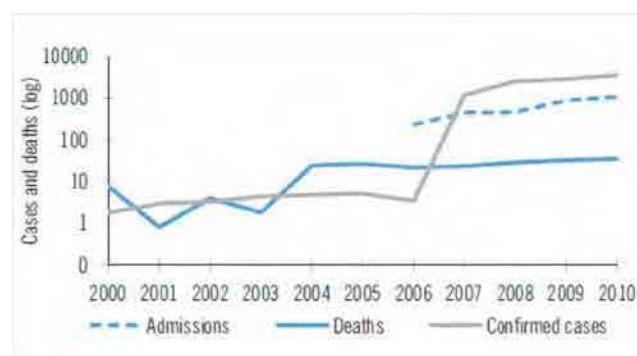
En RDC, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité. Le paludisme est la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. On estime à environ 180.000 le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent chaque année du paludisme [3]. Une évaluation menée en 2006, dans 15 zones de santé en RDC a montré que la malaria était responsable de : 67% des motifs de consultations externes chez les enfants de moins de 5 ans ; et 47% de décès survenus chez les enfants de moins de 5 ans en hospitalisation [6].

On estime à 97%, la population qui vit dans les zones comprises entre 300 et 1.000 mètres d'altitude, avec une durée de transmission stable entre 8 et 12 mois par an. Les niveaux de transmission les plus élevés (zones hyper et holo-endémiques) sont dans les zones Nord et Ouest du pays. Les 3% de la population restante vit dans les régions à haut plateaux ou dans les régions montagneuses surtout dans le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et le Katanga, qui sont sujettes à des épidémies de paludisme. Ces régions comprennent 41 zones de santé et sont également les zones où l'instabilité politique a causé des déplacements massifs de population compliquant ainsi toute réponse à la recrudescence de l'incidence du paludisme. *Plasmodium falciparum* est l'espèce de paludisme la plus courante représentant 95% des infections [12].



Source: WHO (2011) World Malaria Report 2011 [13]

Figure 3-7 Distribution des cas de paludisme confirmés par province



Source: WHO (2011) World Malaria Report 2011 [13]

Figure 3-8 Tendances des admissions, des décès et des cas confirmés de paludisme (pour 100 000)

3.3.3 Tuberculose

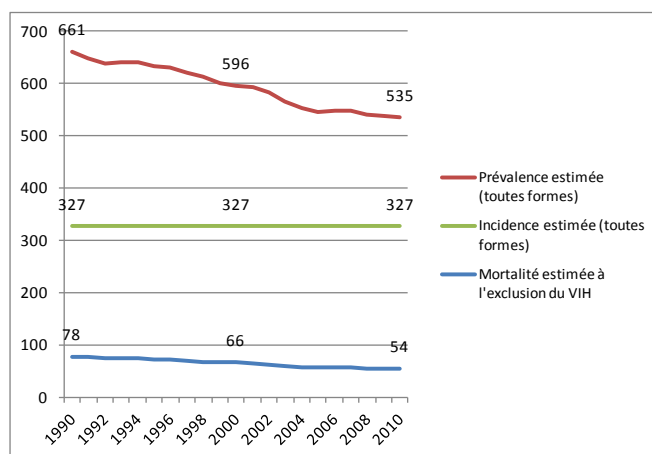
La RDC est l'un des 22 pays¹⁰ les plus affectés par la tuberculose dans le monde. Elle occupe le 10^{ème} rang au niveau mondial. Le tableau 3-3 présente la situation de la tuberculose en 2010 selon l'OMS.

Tableau 3-3 Situation de la tuberculose (2010)

Indicateur	Valeur
Incidence (y compris le VIH) (pour 100 000)	327
Mortalité à l'exclusion du VIH (pour 100 000)	54
Prévalence (y compris le VIH) (pour 100 000)	535
% des patients tuberculeux testés et qui sont VIH-positifs	18
Détection des cas de tuberculose, sous toutes ses formes (%)	53

Source: WHO (2011) Global Tuberculosis Control: WHO report 2011 [14]

Figure 3-9 présente les tendances de l'incidence, la prévalence et les taux de mortalité estimés de 1990 à 2010. Bien que le taux de prévalence et de mortalité aient diminué, l'incidence reste stable depuis 1990.



Source: WHO (2011) Global Tuberculosis Control: WHO report 2011 [14]

Figure 3-9 Tendances de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité due à la tuberculose (1990-2010)

La RDC est un pays ayant un très fort impact de la tuberculose multi-résistante (MDR-TB). Le pourcentage de nouveaux cas de tuberculose avec MDR-TB est estimé à 2,2% en 2010 [14].

3.3.4 Maladies tropicales négligées (MTN)

Maladies tropicales négligées qui sont une menace pour la santé publique en RDC comprennent la Filariose lymphatique, les schistosomias, les géo helminthiases, l'onchocercose, les leishmanioses, la lèpre, la Trypanosomiasse Humaine Africaine (THA) et l'ulcère de Buruli.

Sur les 300 000 à 500 000 cas de THA que compte l'Afrique, la moitié environ se trouve en RDC (150 000 à 250 000 cas). La RDC est le pays le plus atteint avec environ 12 million de personnes vivant dans des zones endémiques (236 sur 515 Zones de Santé). Chaque année, 10 000 à 15 000 nouveaux cas sont détectés alors que la couverture géographique du programme est inférieure à 20% [3].

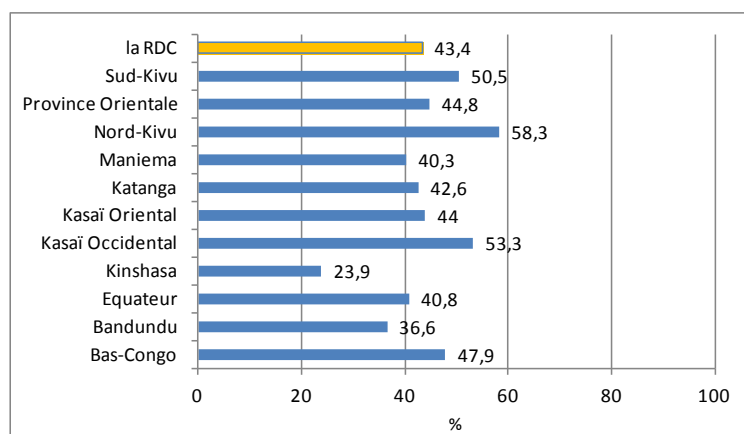
¹⁰ Les 22 pays à forte charge de la tuberculose sont: Afghanistan, Afrique du Sud, Bangladesh, Brésil, Cambodge, Chine, Éthiopie, Fédération de Russie, Inde, Indonésie, Kenya, Mozambique, Myanmar, Nigéria, Ouganda, Pakistan, Philippines, Thaïlande, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Viet Nam et Zimbabwe.

Concernant l'onchocercose, il existe un Programme National de lutte contre l'Onchocercose depuis 2002. Sa stratégie est basée sur le traitement de masse à l'ivermectine sous directives communautaires. Environ 26 million personnes sont exposées à l'Onchocercose dans le pays parmi lesquelles plus de la moitié (14 000) sont infectées [3].

3.4 État nutritionnel

La situation nutritionnelle est grave en DRC. Selon la MICS 2010, les prévalences de la malnutrition chronique¹¹, de la malnutrition aigüe¹² et de l'insuffisance pondérale¹³ chez les enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 43%, 9% et 24%.

La prévalence de la malnutrition chronique varie selon les provinces (Figure 3-10). Elle varie de 58,3% dans Nord-Kivu à 23,9% à Kinshasa. Le niveau d'instruction de la mère et les quintiles de bien-être socioéconomique influencent également le niveau de la malnutrition chronique. Les enfants de mère non instruits sont les plus affectés (49,9%). La prévalence est par contre de 35,2% parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus. Concernant le niveau de bien-être socioéconomique, la prévalence variant entre 46,9% dans le quintile le plus pauvre à 26,4% dans le quintile le plus riche [8].



Source : Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [8]

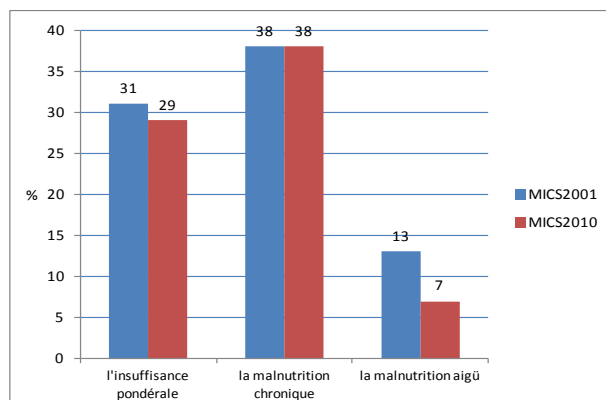
Figure 3-10 Prévalence de la malnutrition chronique par province

Si l'on compare les résultats de MICS 2001 et 2010, on constate que la prévalence de la malnutrition aigüe est en diminution (Figure 3-11). Alors que la malnutrition aigüe est en baisse, la malnutrition chronique stagne à un niveau toujours élevé. Quant à l'insuffisance pondérale, elle a légèrement baissé.

¹¹ Retard de croissance (OMS) - Modéré et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont la taille pour l'âge est inférieure de deux écarts types à la taille pour l'âge médiane telle qu'elle est définie dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

¹² Émaciation (OMS) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids pour la taille est inférieur de deux écarts-types au poids pour la taille médian tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.

¹³ Insuffisance pondérale (OMS) – Modérée et grave : pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois dont le poids est inférieur de deux écarts types au poids médian pour leur âge tel qu'il est défini dans les Normes OMS de croissance de l'enfant.



Source : Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [8]

Figure 3-11 Évolution de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans entre 2001 et 2010¹⁴

Le taux d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est de 37% en 2010 et de 36% en 2007. Le niveau d'amélioration est faible [8] [11].

Selon l'EDS 2007, en RDC sept enfants de 6-59 mois sur dix (71,4%) sont atteints d'anémie : 23,4% sous une forme légère, 43,7% sous une forme modérée et 4,2% sont atteints d'anémie sévère. C'est dans le Provincial du Kasai Oriental que la situation est la plus critique, 80,4% des enfants y étant anémiés.

Concernant l'état nutritionnel des femmes, 18,5% des femmes âgées de 15 à 49 ont un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 18,5, ce qui dénote un état de déficience énergétique chronique. La zone la plus critique est la province du Bandundu avec 30,7 %. En outre, on constate qu'environ 4,0 % des femmes de 15-49 ans ont une taille inférieure à 145 cm, considérée ici comme seuil critique. Cependant dans certains sous-groupes, cette proportion est plus élevée: on relève en effet, que dans la province du Sud-Kivu cette proportion est extrêmement élevée, avec 18 % des femmes qui ont une taille inférieure à 145 cm. En ce qui concerne l'anémie, 52,9% des femmes sont anémiées. Les femmes enceintes se caractérisent par une prévalence plus élevée (60%) que les autres catégories de femmes¹⁵ [11].

Le pourcentage de ménages disposant du sel iodé est de 73% en 2010. Le pourcentage de ménages disposant du sel iodé à plus de 15 PPM est de 59%. La proportion des ménages utilisant le sel adéquatement iodé a sensiblement baisse, passant de 72% en 2001 à 59% en 2010. Les provinces avec les proportions les plus élevées de ménages disposant du sel adéquatement iodé sont: la Province Orientale (80%) et la Ville de Kinshasa (77%), tandis que celles avec les plus faibles proportions de ménages avec du sel adéquatement iodé sont la Province Katanga (23%) et la province du Kasai Oriental (26%) [8].

3.5 Maladies non transmissibles (MNT)

Selon l'OMS, 21% des décès en RDC sont liés à des maladies non transmissibles (MNT) (Figure 3-1). Les MNT comprennent les maladies cardiovasculaires (9%), les cancers (3%), les affections respiratoires (4%), le diabète (2%) et les autres (6%) [4].

¹⁴ En vue d'apprécier les tendances de la malnutrition depuis 2001, on a calculé aussi les indicateurs de l'état nutritionnel de la MICS 2010 en utilisant les références NCHS/CDC/OMS.

¹⁵ 19,8% des hommes de 15-49 ans sont anémiés [11].

Selon l'enquête de surveillance de l'OMS en 2005, la prévalence de l'hypertension artérielle est de 11% et celle du diabète est de 15,5% chez les adultes de plus de 15 ans dans la ville de Kinshasa [3].

Chapitre 4 Prestation des services

4.1 Organisation du système de santé

Le système de santé de la RDC forme une pyramide à trois niveaux (Tableau 4-1). Il est inspiré de la Déclaration d'Alma Ata de 1978 basée sur la Stratégie des Soins de Santé Primaires, et de l'Initiative de Bamako de 1987 ayant consacré l'implication des populations dans la gestion du système de santé et dans la participation aux coûts. Dans ce système, l'unité opérationnelle est la Zone de Santé [15].

Tableau 4-1 Organisation du système de santé

Niveau	Offre des soins	Administratif
Niveau central	Hôpitaux Nationaux, Hôpitaux Universitaires, Hôpitaux spécialisés	Ministère de la Santé Publique
Niveau intermédiaire	Hôpitaux Provinciaux	Divisions Provinciales de la Santé (11) Bureaux Centraux de la Zone de Santé (65)
Niveau périphérique	Hôpitaux Généraux de référence (HGR) (393)	Zones de Santé (515) (entre 100.000 et 200.000 habitants)
	Centres de santé (8266)	Aires de Santé (8.504) (environ 5.000 à 10.000 habitants)

Source : Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]; Ministère de la Santé Publique (2010) Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé [15]

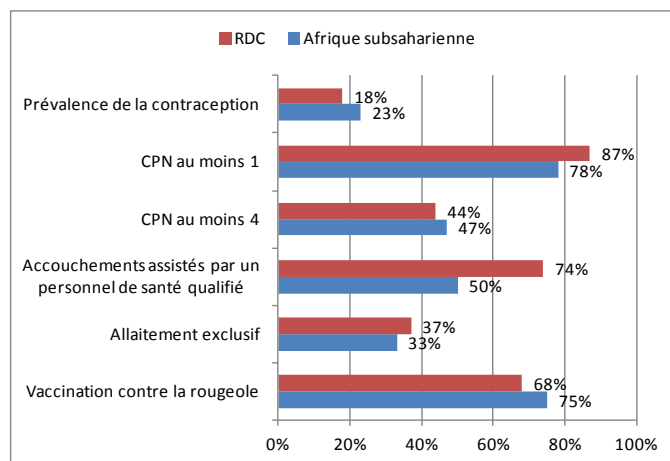
Le niveau périphérique est organisé en deux échelons reliés entre eux par un système de référence et de contre référence. Le premier échelon est un réseau de Centres de Santé (CS) qui offrent à la population le Paquet Minimum d'Activités (PMA). Le PMA comprend des activités curatives, préventives, promotionnelles et d'appui, dont les tâches sont déléguées à une équipe polyvalente d'infirmiers du Centre de Santé par l'Équipe Cadre de la Zone de Santé (ECZS). Le deuxième échelon est composé d'Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) qui offrent le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA). Le PCA comprend les activités sanitaires organisées dans le cadre de la médecine interne, de la chirurgie, de la gynécologie - obstétrique et de la pédiatrie au sein d'un HGR. On y exerce également les activités relatives à la gestion (information sanitaire hospitalière, ressources humaines, matérielle et financière ainsi que l'encadrement du personnel de la ZS) [15].

4.2 Services de la santé de la mère et de l'enfant

4.2.1 Situation des services de la santé de la mère et de l'enfant

La figure 4-1 présente la couverture en pourcentage des interventions essentielles tout au long de la continuité des soins de santé de la mère et de l'enfant.

Les proportions de femmes ayant fait au moins une consultation prénatale (CPN) (87%), d'accouchement assisté par un personnel qualifié (74%), et d'allaitement exclusif (37%) se situent sur les moyennes observées pour l'Afrique subsaharienne. Par contre, la prévalence de la contraception (18%), la proportion de femmes ayant fait au moins quatre CPN (44%) et le taux de vaccination contre la rougeole (68%) sont faibles [7].



Source : UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [7]; Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [8]

Figure 4-1 Couverture dans la continuité des soins

4.2.2 Services de la santé maternelle

(1) Planification familiale

La MICS 2010 estime l'Indice Synthétique de Fécondité à 6,3 enfants¹⁶, au niveau national. Le nombre moyen d'enfants varie d'un minimum de 3,5 enfants à Kinshasa à un maximum de 8,6 enfants au Katanga.

L'utilisation actuelle des méthodes contraceptives traditionnelles ou modernes a été mentionnée par 17,7% des femmes de 15-49 ans. Seulement 5,4% des femmes ont déclaré utiliser la contraception moderne. La prévalence de la contraception est plus élevée dans la ville de Kinshasa (31%). Par contre, la prévalence de la province du Katanga est de 9%. Le niveau d'instruction de la femme est fortement associé à la prévalence contraceptive. Le pourcentage de femmes utilisant une méthode contraceptive quelconque a doublé, passant de 13% parmi les femmes sans instruction à 26% parmi les femmes du niveau secondaire ou plus.

En ce qui concerne les besoins non satisfaits en matière de contraception, 24% des femmes ont des besoins non satisfaits en matière de contraception, soit 17,7% des besoins non satisfaits pour l'espacement des naissances et 6,5% des besoins non satisfaits pour la limitation des naissances [8].

(2) Consultations prénatales (CPN)

87% des femmes ont reçu des consultations prénatales (CPN) au moins une fois et 44% des femmes ont reçu des CPN au moins quatre fois en 2010. Ces résultats élevés confirment les progrès en matière de CPN. Elles sont passées de 68% en 2001 à 87% en 2010. 57,1% des femmes du milieu urbain et 39,3% des femmes du milieu rural ont effectué les 4 visites ou plus. Les CPN ont été dispensées majoritairement par les infirmiers/infirmières (56,9% de femmes), puis par des accoucheuses (19,3%) et ensuite par les médecins (11,1%) [8].

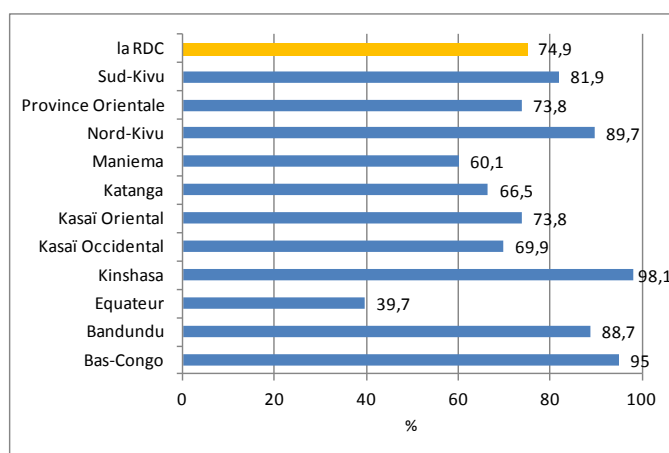
En ce qui concerne le contenu des CPN, parmi les femmes qui ont précédé l'enquête MICS 2010, 67,9% ont signalé que leur tension artérielle a été contrôlée, 43,5% ont déclaré qu'un échantillon d'urine a été prélevé et 50,9% ont signalé qu'un échantillon de sang a été prélevé. Le pourcentage de femmes ayant signalé le prélèvement de leur tension, de l'urine et du sang à la fois, est de 37,3% [8].

¹⁶ La moyenne de l'Afrique subsaharienne est de 4,9 et la moyenne du centre-ouest de l'Afrique est de 5,4 [7].

(3) Accouchements

Selon la MICS 2010, environ 74% des accouchements ont été faits par un personnel qualifié, composé d'infirmiers (37%), d'accoucheuses (30%), d'accoucheuse traditionnelle (12%), de Sage-femme (6%) et de médecins (8%).

Pour l'ensemble du pays, la proportion de naissances qui ont eu lieu dans une structure de santé est de 74,9%. Les pourcentages des accouchements dans les structures de santé sont variables selon la province (Figure 4-2), le niveau d'instruction et le niveau de bien-être socioéconomique. La ville/ province de Kinshasa à la plus grande proportion d'accouchements effectués dans les structures de santé (98,1%). La province de l'Equateur présente le niveau le plus bas (39,7%). Par ailleurs, le pourcentage de femmes qui accouchent dans les structures sanitaires augmente avec le niveau d'instruction (60,1% chez les femmes sans instruction et 88,3% chez les femmes du niveau secondaire ou plus) et le niveau de bien-être socioéconomique (59,9% chez les plus pauvres contre 96,6% chez les plus riches).



Source : Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [8]

Figure 4-2 Accouchements dans une structure de santé

Dans l'ensemble, 7,2% de femmes ont accouché par césarienne et les écarts ne sont pas significatifs ni selon le milieu de résidence ni selon le niveau d'instruction de la femme. Les provinces du Sud Kivu (18%) et du Nord Kivu (16%) enregistrent les niveaux les plus élevés [8].

(4) Consultations postnatales

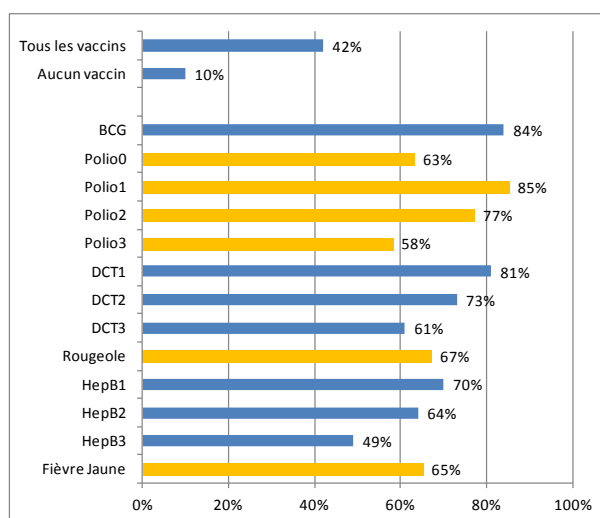
Selon l'EDS 2007, près des trois-quarts des femmes ont accouché en établissement sanitaire (72,3%) et l'on suppose qu'à la suite de l'accouchement, leur état de santé et celui du nouveau-né ont fait l'objet d'un examen avant qu'elles ne quittent l'établissement. Parmi les femmes qui n'ont pas accouché dans un établissement sanitaire, la grande majorité n'a reçu aucun soin postnatal (87,3%), et 7,9% se sont rendues en consultation postnatale dans les délais recommandés, c'est-à-dire dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement. Parmi les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire, cette proportion atteint 17,5% [11].

4.2.3 Services de la santé de l'enfant

(1) Vaccination

En RDC, dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV), un enfant devrait recevoir avant son premier anniversaire: la vaccination du BCG, le vaccin DTC-HepB, le vaccin contre la poliomyélite, la fièvre jaune, la rougeole, Haemophilus influenzae type b (Hib), le pneumocoque (dans certaines parties du pays), et le rota virus¹⁷.

Selon la MICS, la couverture vaccinale a augmenté entre 2001 et 2010 en DRC. En effet, le pourcentage d'enfants qui ont reçu toutes les vaccinations avant leur premier anniversaire est passé de 23 à 42%, tandis que celui des enfants qui n'ont reçu aucune des vaccinations recommandées par le PEV a baissé de 19 à 10%.



Source : Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [8]

Figure 4-3 Pourcentage d'enfants ayant reçu les vaccinations recommandées

En rapport avec le niveau d'instruction de la mère, on constate que les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction élevé sont relativement plus vaccinés que ceux dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction: 56% d'enfants des mères du niveau secondaire ou plus ont été complètement vaccinés contre 41,9% d'enfants des mères sans aucun niveau d'instruction. Le niveau socioéconomique du ménage a une influence sur la couverture vaccinale des enfants. En effet, 38,2% d'enfants ont été complètement vaccinés dans les ménages les plus pauvres contre 57,9% d'enfants des ménages les plus riches [8].

(2) Prise en charge des maladies de l'enfant

La diarrhée et la pneumonie sont les principales causes de mortalité chez les enfants moins de 5 ans. Selon le MICS 2010, parmi les enfants qui souffraient de diarrhée, 39% ont reçu du Traitement de Réhydratation par Voie Orale (TRO) (TRO ou une quantité accrue de liquides) avec une alimentation en continu. D'autre part, 20% des enfants souffrants de diarrhée n'ont reçu aucun traitement du tout.

Parmi les enfants suspectés de pneumonie, 40% ont reçu des soins de n'importe quel prestataire de soins. Au total, 42% d'enfants, 52% en milieu urbain et 39% en milieu rural ont reçu des antibiotiques. Cette proportion

¹⁷ WHO Immunization Profile, http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileresult.cfm (juillet 2012)

atteint les valeurs, entre la plus élevée dans la province du Kaganta (65%) et la plus basse dans la Province Orientale (16%).

Concernant la connaissance des signes d'alerte de la pneumonie, seulement 6,8% des femmes connaissent les deux signes d'alerte de la pneumonie à savoir la respiration rapide et la respiration difficile [8].

La RDC a mise en pratique la Prise en Charge Intégrée de Maladies de l'Enfance (PCIME) depuis Décembre 2005. En Septembre 2010, les sites de formation PCIME dans 94 zones de santé, fournissaient des services dans 716 sites communautaires, couvrant approximativement une population de 1,7 millions de personnes [12].

4.3 La lutte contre les maladies transmissibles

4.3.1 La lutte contre le VIH/Sida

(1) Politique et Stratégies

Afin de répondre au VIH/Sida, le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (PNMLS) a été créé par décret présidentiel en 2004. Le présent plan stratégique est le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/Sida 2010-2014. Les quatre axes stratégiques du plan sont comme suit :

Axe stratégique 1: Réduction de la transmission des IST et du VIH

Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès universel aux soins et traitement

Axe stratégique 3 : Atténuation de l'impact socioéconomique du VIH et du sida

Axe stratégique 4 : Soutien à la mise en œuvre du Plan Stratégique National (PSN)

Le coût global des interventions est estimé à 4 918 060 311,10 dollars US réparti comme suit : Prévention 39,4%, Prise en charge 33,9%, Atténuation de l'impact 7,7% et Soutien au PSN 19,0%.

(2) Progrès dans la lutte

Selon la MICS 2010, concernant le dépistage du VIH, parmi les femmes âgées de 15-49 ans, 38,8% connaissent un endroit pour le dépistage du VIH, 18,6% ont été déjà dépistées, et 8,3% ont été dépistées au cours de 12 derniers mois. La proportion des femmes qui ont été dépistées durant les 12 derniers mois est de 14,7% en milieu urbain et de 5,3% en milieu rural. Selon la province, elle est plus faible dans l'Equateur (1,7%).

Concernant la prévention de la transmission mère-enfant, 16,0% de femmes de 15-49 ans qui ont eu des CPN au cours desquelles elles ont été dépistées pour le VIH et ont reçu le résultat. Les moins nombreuses s'observent en milieu rural (8,0% contre 39,6% en milieu urbain); dans les provinces de l'Equateur (2,4%), du Kasaï Occidental (3,6%) et du Maniema (3,7%). Par contre, le pourcentage est le plus élevé dans la ville de Kinshasa (59,4%). Dans les quintiles de bien-être du ménage, on note un écart de pourcentage entre les femmes des ménages du quintile le plus riche (53,6%) et ceux du quintile le plus pauvre (4,7%) [8]. En outre, le pourcentage d'établissements fournissant des services de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) avec les soins prénatals est encore très bas (8%) en 2009 [16].

En 2009, 6% des femmes enceintes séropositives et 6% des nourrissons exposés au VIH ont reçu des antirétroviraux pour prévenir l'infection à VIH chez l'enfant [16].

En ce qui concerne le traitement, comme le montre le tableau 4-2, le nombre de personnes sous traitement ARV a augmenté. Toutefois, seulement 12,3% des personnes ayant besoin d'ARV étaient effectivement sous traitement ARV en 2011 [10].

Tableau 4-2 Évolution du nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement

Indicateur	2008	2009	2010	2011
Nombre de personnes infectées sous traitement ARV	24 645	34 967	43 878	53 554
Nombre estimé de personnes infectées éligibles au traitement ARV	272 793	283 055	298 579	436 361
Pourcentage	9,0	12,4	14,7	12,3

Source: Programme National Multisectoriel de Lutte contre Le Sida (PNMLS) (2012) Rapport d'Activité sur la Riposte au VIH/sida en R. D. Congo 2012 [10]

4.3.2 La lutte contre le paludisme

(1) Politique et Stratégies¹⁸

Le plan stratégique 2007-2011 du Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP) prévoit quatre axes stratégiques majeurs. Les quatre axes stratégiques majeurs sont [6]:

- 1) renforcement de la capacité de prise en charge des cas tant à domicile que dans les formations sanitaires des secteurs public et privé ;
- 2) renforcement de la capacité institutionnelle ;
- 3) prévention du paludisme y compris la lutte anti-vectorielle, le traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes et l'assainissement du milieu ;
- 4) réalisation de manière intégrée de la surveillance épidémiologique, du suivi et de l'évaluation des activités de lutte antipaludique.

La Stratégie National du paludisme 2011-2015 fixe des objectifs pour la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) pour passer de la stratégie de contrôle à la stratégies d'élimination. La stratégie vise à assurer une couverture universelle des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) (une MILDA pour deux personnes ou trois moustiquaires par ménage). Les objectifs de la couverture pour la phase de contrôle du plan stratégique de la RDC exhortent à atteindre environ 80% de la population exposée au risque de paludisme, avec les MILDA. La RDC prévoit d'atteindre ces objectifs d'ici la fin 2012 [12].

Les activités de lutte antipaludique sont menées avec l'Appui du Fonds mondial, la Banque mondiale, le DFID et PMI, etc.

¹⁸ Cette section est basée sur les documents de référence puisque le plan stratégique original n'a pu être obtenu.

(2) Progrès dans la lutte

Le tableau 4-3 présente l'évolution des principaux indicateurs du programme paludisme en DRC. La propriété des MII et leur utilisation, ainsi les services de traitement préventif intermittent (TPI) de la femme enceinte ont été considérablement améliorés.

1) Prévention

Afin de parvenir à une couverture universelle, le PNLP a adopté une stratégie en trois volets pour la distribution des MILDA: 1) la distribution de MILDA gratuites à travers une vaste campagne ; 2) la distribution de routine des moustiquaires gratuites aux femmes enceintes à la CPN et aux enfants de moins de cinq ans dans les cliniques préscolaires, et 3) ventes dans le secteur privé des moustiquaires aux coûts complets. Pour maintenir la couverture des MILDA, la stratégie nationale comprend la distribution de MILDA à travers les cliniques de CPN et préscolaires après la campagne, mais le réseau de distribution et les infrastructures sont insuffisantes pour assurer un approvisionnement régulier. Le suivi de la distribution de moustiquaires MILDA de routine est un défi, car les agents de santé eux-mêmes sont connus pour détourner des moustiquaires pour leur usage personnel [12].

En 2003, le Ministère de la Santé Publique a adopté le TPI avec la SP¹⁹. La politique nationale recommande l'administration de deux doses de SP au moment des consultations prénatales de routine. Les femmes enceintes séropositives devraient recevoir trois doses de SP. Les femmes qui participent à une consultation prénatale payent une redevance forfaitaire pour une carte prénatale; ce prix comprend tous les services de consultation prénatale ainsi que le coût de la SP et d'une moustiquaire. Bien que le pourcentage de femmes enceintes ayant participé à la consultation prénatale soit relativement élevé, le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu deux doses de SP est faible. De nombreux facteurs expliquent ce faible pourcentage, y compris les ruptures de stock fréquentes de SP, les consultations prénatales tardives, ainsi que les frais facturés pour la consultation prénatale [12].

2) Diagnostic

Conformément à la politique nationale de traitement du paludisme, chaque patient fébrile indépendamment de l'âge devrait subir un test parasitologique du paludisme. Cependant, la mise en œuvre de cette nouvelle politique est toujours en cours. En Mai 2011, le traitement du paludisme dans les établissements de santé les plus périphériques de la RDC était encore basées que sur le diagnostic clinique seulement. La microscopie du paludisme est uniquement disponible dans les centres de santé et les hôpitaux plus grands, mais on a peu de connaissance sur la qualité de ces diagnostics. Aucune maintenance régulière des microscopes n'est fournie. Pour l'instant, aucun plan n'existe pour introduire les tests de diagnostic rapide (TDR) au niveau communautaire, mais l'École de Santé Publique de Kinshasa avec l'appui du Canada a récemment mené une étude visant à évaluer la faisabilité de cette stratégie dans la province du Bas-Congo [12].

¹⁹ Sulfadoxine-pyrimethamine (Fansidar)

3) Traitement

En 2005, le Ministère de la Santé Publique a changé son traitement de première intention pour le paludisme simple de la SP aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) (AS-AQ²⁰). La nouvelle politique de traitement a été mise en place en 2006, mais a gagné lentement en ampleur. À la fin de 2012, on s'attend à ce que les CTA soient utilisés dans les 515 zones de santé. Bien que la formation soit faite par les partenaires, le PNLP s'assure que les formations se déroulent conformément aux lignes directrices établies parce que plus de 365 établissements de santé font la formation du personnel de santé en RDC, et certains ne suivent pas ou ne sont pas informés des directives du PNLP en vigueur dans leur formation.

Le Ministère de la Santé Publique a approuvé la prise en charge cas avec les CTA au niveau communautaire et le déploiement de cette politique a déjà commencé dans certaines zones de santé. Par exemple, dans les zones de santé soutenues par PMI, plus de 400 agents de santé communautaires offrent déjà des CTA pour patients atteints de paludisme [12].

Tableau 4-3 Évolution des indicateurs du paludisme

Indicateur	2007 EDS	2010 MICS	Afrique Subsaharienne
Pourcentage de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII)	9%	51%	44%
Pourcentage d'enfants de 0-59 mois qui ont passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire imprégnée	6%	38%	34%
Pourcentage de femmes enceintes qui ont passé la nuit précédant l'enquête sous une moustiquaire imprégnée	7%	43%	-
Pourcentage de femmes enceintes prenant au moins deux doses de SP pour le Traitement Préventif Intermittent (TPI)	5%	21%	-
Pourcentage d'enfants de 0-59 mois ayant eu de la fièvre au cours des 2 semaines précédant l'enquête, et qui ont reçu des CTA	<1%	-	39% ²¹

Source: Ministère du Plan et Macro International (2008) Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007 [11];
Institute National de la Statistique et UNICEF (2011) Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final [8]; UNICEF (2012) The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World [7]

4.3.3 La lutte contre la tuberculose

Le Programme National de lutte contre la Tuberculose dirige le programme de lutte antituberculeuse. Depuis 1981, le contrôle de la tuberculose en RDC a été intégré dans le système de soins de santé primaires. La stratégie du traitement directement observé de courte durée (DOTS) a été adoptée en 1996. En raison de l'immensité du pays et de la faiblesse du système de santé national, la coordination du programme est difficile, et le système d'approvisionnement en médicaments antituberculeux est presque entièrement dépendant du transport aérien [17].

En 2010 sur les 1339 Centres de Santé de Diagnostic de la Tuberculose (CSDT) fonctionnels, et impliqués dans la lutte contre la tuberculose, on dénombre : 486 CSDT des confessions religieuses, 8 des entreprises étatiques et paraétatiques 34 des privés lucratifs et 781 entièrement étatiques [18].

La RDC s'est fixée comme objectif, en matière de détection, 70% et 85% pour le succès thérapeutique sous DOTS. La couverture DOTS est passée entre 1995 et 2007 de 47 à 100% [18]. Le taux de détection des cas

²⁰ Artesunate amodiaquine

²¹ Médicaments antipaludiques y compris les ACT

est de 53% en 2010 et le taux de succès du traitement (nouveaux cas à frottis positif) est de 88% en 2009 [14].

Un cadre de collaboration existe entre les deux programmes (PNLS et PNLT) aux niveaux central et intermédiaire. Les prestataires des CSDT proposent le test VIH à tous les patients tuberculeux et, inversement, les prestataires en charge des personnes vivant avec le VIH dans les centres de traitement ambulatoire du VIH (CTA) orientent ces derniers dans les CSDT pour le dépistage de la tuberculose [18].

La coordination avec le programme VIH s'est améliorée, et il ya eu une augmentation constante du nombre de patients tuberculeux testés pour le VIH passant de 2% en 2006 à 14% en 2007 [17]. Le pourcentage des patients tuberculeux dont le statut VIH est connu est de 24% en 2010 [14].

Chapitre 5 Le système de santé

5.1 Ressources humaines pour la santé

5.1.1 Situation des ressources humaines pour la santé

Le nombre des ressources humaines pour la santé (RHS) globalement augmente. Le nombre de médecins est passé d'environ 2.000 en 1998 à 5.967 en 2008 et le nombre d'infirmiers est passé de 27.000 à 43.021 sur la même période. Le tableau 5-1 présente les effectifs du personnel de santé par catégorie professionnelle en 2008. La proportion des professionnels de la santé est de 58,2% du total et celui des administrateurs est de 41,8%. Dans la catégorie des professionnels de la santé, la majorité (81,9%) sont des professionnels de soins infirmiers [15].

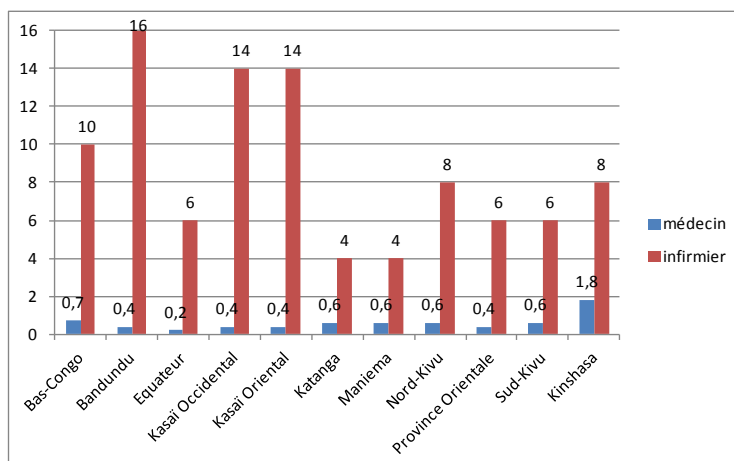
En RDC, en effet, il y a un médecin pour 11.274 habitants (quand la norme est d'un médecin pour 10.000 habitants) et un infirmier diplômé pour 8000 habitants (quand la norme est d'un infirmier diplômé pour 5.000 habitants). Le nombre du personnel de santé n'est donc pas suffisante [15].

Tableau 5-1 Effectifs du personnel de santé en fonction des catégories professionnelles

Catégories	Effectifs (A)	A/B (%)
Médecins	5 967	11,4%
Pharmaciens	1 300	2,5%
Dentistes	71	0,1%
Infirmiers	43 021	81,9%
Kinésithérapeutes	253	0,5%
Techniciens de radio	212	0,4%
Techniciens de Laboratoires	870	1,7%
Techniciens en Assainissement	156	0,3%
Assistants en pharmacie	270	0,5%
Techniciens anesthésistes	73	0,1%
Nutritionnistes	301	0,6%
Ingénieurs sanitaires	1	0,0%
Techniciens odontologistes	3	0,0%
Techniciens orthopédistes	6	0,0%
Épidémiologistes	2	0,0%
Biologistes	5	0,0%
Hygiénistes	15	0,0%
Total des Professionnels de la santé (B)	52 526 (58,2%)	100,0%
Administrateurs gestionnaires/ Administratifs	37 749 (41,8%)	
Total	90 275 (100,0%)	

Source: Ministère de la Santé Publique (2010) Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé [15]

En plus de l'insuffisance, la répartition non équitable des RHS entre provinces et entre le milieu rural et urbain est un autre problème. La figure 5-1 présente la densité des médecins et des infirmiers pour 10.000 habitants par province dans le secteur public en 2009. Le nombre de médecins et d'infirmiers pour 10.000 habitants est respectivement en moyenne de 0,61 et de 8,23. La densité de médecins varie entre 0,2 dans la province de l'Equateur et 1,8 à Kinshasa. Celles des infirmiers aussi varient entre 4 dans les province du Katanga et du Maniema et 16 dans le Bandundu [3]. 60% des médecins du secteur public sont basés à Kinshasa, où l'on ne dénombre que 10% de la population [15].



Source: Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]

Figure 5-1 Densité des médecins et des infirmiers pour 10.000 habitants par province dans le secteur public (2009)

Les migrations internes et externes du personnel de santé deviennent une menace. Le caractère non attractif des salaires payés crée une instabilité du personnel. Par exemple, le Bas Congo a plus que doublé la densité de ses médecins pour 10.000 habitants entre 1998 et 2006, passant d'environ 0,7 médecins à 1,7 médecins au cours de cette période. Au cours de la même période, le ratio infirmier dans la ville province de Kinshasa est passé de 12 à 8 pour 10.000 habitants en 2005, puis à 11 pour 10.000 habitants en 2006 [3].

5.1.2 Politique et stratégies

Le Ministère de la Santé Publique a élaboré le Plan National de Développement des Ressources Humaines de la Santé (PNDRHS) 2011-2015. Dans le PNDRHS, les principaux problèmes ont été identifiés, à savoir : l'absence d'un plan national de formation, une faible qualité de l'enseignement, le recrutement et affectation non planifiés, l'absence d'un système d'information sur les RHS, la modicité des rémunérations, l'absence d'un système de formation continue etc.

Par conséquent, les objectifs spécifiques du PNDRHS ont été définis à savoir :

- 1) Renforcer la gouvernance institutionnelle et le leadership des structures en charge du développement des RHS;
- 2) Renforcer le cadre de planification des RHS;
- 3) Renforcer la qualité de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire;
- 4) Renforcer la gestion et le développement des compétences des RHS;
- 5) Assurer la motivation du personnel de santé (amélioration de l'environnement de travail, des rémunérations et des conditions sociales etc.) et la fidélisation aux postes.

5.1.3 Formation

Le tableau 5-2 présente les établissements de formation des ressources humaines pour la santé et la durée de formation etc. La production des professionnels de santé est assurée par les établissements de formation du niveau secondaire, supérieur et universitaire. L'enseignement secondaire relève du

Ministère de la Santé Publique (A2) tandis que la formation supérieure dépend du Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire (A0 et A1).

Tableau 5-2 Formation initiale des ressources humaines pour la santé

Catégorie	Catégories professionnelles	Établissements de formation	(Education de base) Durée	Ministère en charge
A0	Médecin, Dentiste, Pharmacien	Facultés de médecine, dentaire et sciences pharmaceutiques	(Enseignement primaire et secondaire : 12 ans) + 7 ans	Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
A1	Infirmier, Sage-Femme, Technicien en laboratoire, Nutritionniste, Technicien en radiologie etc.	Institut Supérieur de Techniques Médicales (ISTM)	(Enseignement primaire et secondaire : 12 ans) + 3 ans	Ministère de l'Enseignement Supérieur et Universitaire
A2	Infirmier, Technicien en laboratoire, Assistant en pharmacie etc.	Institut d'Enseignement Médical (IEM) Institut des Techniques Médicales (ITM)	(Enseignement primaire et secondaire : 10 ans) + 4 ans	Ministère de la Santé Publique

Source : JICA (2010) Rapport de l'Étude d'Élaboration du Plan Détaillé pour le Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé [19]

Comme le montre le tableau ci-dessous, le nombre d'établissements de formation s'est accru et par conséquent le nombre de production a également été augmenté. Un Plan efficace de développement des ressources humaines n'existaient pas avant l'élaboration de la PNDRHS 2011-2015. Par conséquent, le développement des ressources humaines non planifié ayant été fait, le nombre de ressources humaines produits a été plus que celui des postes réels.

On note une surproduction de certaines filières des professionnels de santé (médecins, infirmiers) et une sous production de certaines autres (pharmaciens, techniciens en radiologie, nutritionnistes etc.).

Tableau 5-3 Nombre d'institutions de formation

Type	1998	2009
ITM	255	470
ISTM	53	108
Facultés de médecins	3	39

Source : Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]

En ce qui concerne la qualité de la formation, les défis comprennent l'insuffisance en institutions de formation, en nombre et en qualité de formateurs.

5.2 Financement de la santé

5.2.1 Situation du financement de la santé

Selon l'OMS, les dépenses totales consacrées à la santé par habitant est de 16 dollars américain dont la dépense financée par les ménages -6 dollars US. La moyenne des dépenses totales de santé par habitant est de 26 dollars américain et la contribution des ménages sur les dépenses de poche pour la santé est de 9 dollars US en Afrique subsaharienne. Les chiffres de la RDC sont en dessous de la moyenne de l'Afrique subsaharienne. En RDC, 33% des sources de financement sont d'origines externes (bailleurs de fonds, etc.) [20]. La contribution des ménages au financement de la santé est de 46 dollars américain, alors que le coût moyen en Afrique subsaharienne est de 33 dollars américain.

Le tableau 5-4 montre le budget global de l'État, sa part consacrée à la santé et leur taux de décaissement entre 1998 et 2009.

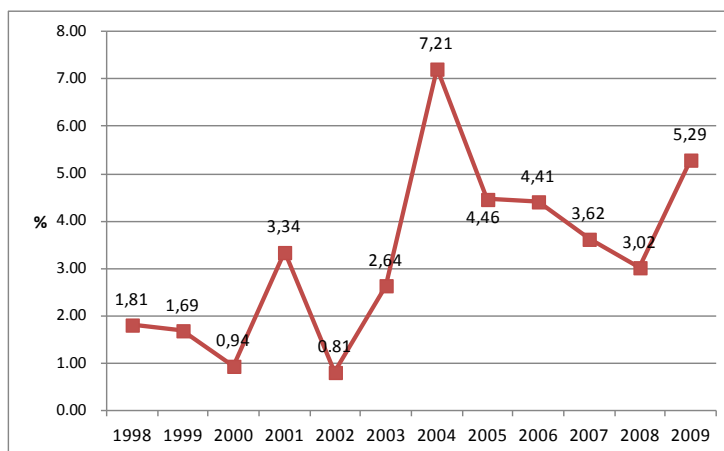
Tableau 5-4 Budget de l'État et budget de la santé de 1998 à 2009 (en dollar US)

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

Source: Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]

Le taux d'exécution du budget de la santé est en moyenne de 70% au cours de la période 1998 à 2009 avec une performance exceptionnelle observée au cours des trois dernières années. Ce taux d'exécution supérieurs au budget alloué en 2007 et 2009 est la résultante des dépassements liés aux dépenses relatives aux équipements, aux urgences (épidémies) et catastrophes et, évidemment, aux réajustements en cours d'exercice budgétaire de la rémunération du personnel (salaires et primes) [3].

Bien que le budget soit en augmentation, il représente même aux meilleurs moments un maximum de 7,21% (2004) du budget national, et se trouve à un niveau très éloigné de la barre des 15% proposés par la Déclaration d'Abuja²² (Figure 5-2). En pourcentage du produit intérieur brut (PIB), le niveau des dépenses publiques de santé est passé de 0,39% en 2000 à 1,99% en 2009 tout en restant inférieur à 2% sur l'ensemble de la période considérée [3].



Source : Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]

Figure 5-2 Évolution du budget de l'État alloué à la santé

²² En Avril 2001, les pays de l'Union africaine à la réunion à Abuja, au Nigeria, se sont engagés à accroître le financement public de la santé à au moins 15%.

5.2.2 Problèmes et objectifs du PNDS

Dans le PNDS, les problèmes liés au financement de la santé ont été identifiés comme suit :

- Le budget de l'État consacré à la santé reste faible et largement inférieur aux engagements des chefs d'État à Abuja (15%). Dans la plupart des cas, il est inférieur à 5% du budget global de l'État et son taux de décaissement est en moyenne de 70%. Son affectation ne tient pas compte des priorités du secteur;
- L'aide internationale consacrée à la santé reste fragmentée. En plus cette aide a contribué à mettre en place de multiples unités de gestion et comités de pilotage. Les coûts de transaction sont très importants, celui de l'Assistance Technique avoisine 39% dans certains projets et la coordination des interventions est très complexe;
- Le paiement direct aux lieux où les soins de santé sont offerts est contraire aux principes de couverture universelle chère aux soins de santé primaires. Près des 3/4 des usagers sont exclus des services des soins formels du fait de la pauvreté;
- Il existe très peu d'informations sur le secteur privé lucratif et non lucratif (confessions religieuses, les entreprises et le privé lucratif). Ces ressources sont de toute évidence importantes du fait que ce secteur détient 40% des services hospitaliers au niveau des ZS et sans doute plus au niveau des établissements de premier contact avec la communauté (Centres de Santé, postes de santé, dispensaires, etc.).

Sur la base de la situation actuelle et des défis, le PNDS s'est fixé les résultats suivants :

- La part du budget de la santé augmente chaque année pour atteindre 15% du budget national d'ici 2015, son taux d'exécution augmente;
- La fragmentation de l'aide internationale consacrée à la santé est progressivement réduite [mise en place d'une approche sectorielle (SWAPs)];
- L'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité est améliorée.

5.3 Système d'information sanitaire

5.3.1 Situation du système d'information sanitaire

Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) du Ministère de la Santé publique a élaboré un plan stratégique quinquennal (2011-2015) afin de renforcer sa capacité d'évaluation, de gestion et de planification de ses services à tous les niveaux du système de santé. D'ici 2015, le ministère de la Santé publique a pour objectif de mettre en place une base de données nationale. Un Centre national d'information stratégique rattaché au Secrétariat Générale du Ministère de la Santé Publique devra promouvoir l'intégration et la coordination des différentes composantes du SNIS [12].

Bien que les partenaires aient accru leur appui pour améliorer le SNIS, le système reste faible et fragmenté en raison du manque de données actualisées et complètes, de la mauvaise qualité des données, et de la capacité limitée d'analyse, de notification et d'utilisation de l'information pour renforcer le programme. Comme prévu, l'approche du SNIS est de permettre aux établissements de santé de collecter

ses informations de routine et de les transmettre sur une base mensuelle au niveau de la zone de santé, qui à son tour l'envoie aux niveaux provincial et national pour les résumer, les analyser et les notifier. Le système dépend en grande partie de l'intérêt et de la capacité de réaction du personnel de l'établissement et des médecins chefs de zones, ainsi que sur la présence de l'appui des donateurs. Comme environ 25% seulement de la population à accès aux services de santé, le système de collecte de données basé sur les établissements de santé ne pourra pas capturer la plupart des cas de paludisme ou autres maladies prioritaires [12].

Le SNIS a adopté un logiciel standard de gestion de données (GESIS) qui était opérationnel dans 160 (31%) de 515 zones de santé en Décembre 2010. Le SNIS reste toutefois préoccupé par un certain nombre de systèmes d'information parallèles et de progiciels mis au point par des partenaires pour aider à normaliser la notification [12].

En ce qui concerne l'utilisation des données, il a également encouragé la production des bulletins provinciaux paraissant tous les deux ans, même si, en date de Décembre 2010, seulement les provinces de Kinshasa, du Nord-Kivu et du Katanga ont produit ces bulletins [12].

L'Enquête Démographie et de Santé (EDS) 2007 et l'Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 1995, 2001 et 2010 ont été effectuées en RDC. L'EDS 2012 est en cours.

5.3.2 Objectifs du PNDS

Face aux défis au SNIS, le PNDS vise à atteindre un résultat à savoir : l'information sanitaire est disponible pour la prise de décision à tous les niveaux et le renforcement du leadership du Ministère de la Santé Publique sur l'ensemble du secteur.

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

5.4 Infrastructure, équipements et médicaments

5.4.1 Infrastructure et équipements

Les infrastructures des services de santé y compris le Ministère de la Santé Publique, les Divisions provinciales de la santé et les Bureaux de Districts Sanitaires sont dans la majorité de cas vétustes. Au niveau central, les différents services administratifs du Ministère sont éparpillés dans la ville de Kinshasa, ce qui rend difficile leur coordination [3].

Au niveau périphérique, sur les 8126 centres de santé existants seuls 1006 (12,4%) sont construits en matériaux durables. Le reste des centres de santé sont soit en semi durables ou en pisés. Certains de ces

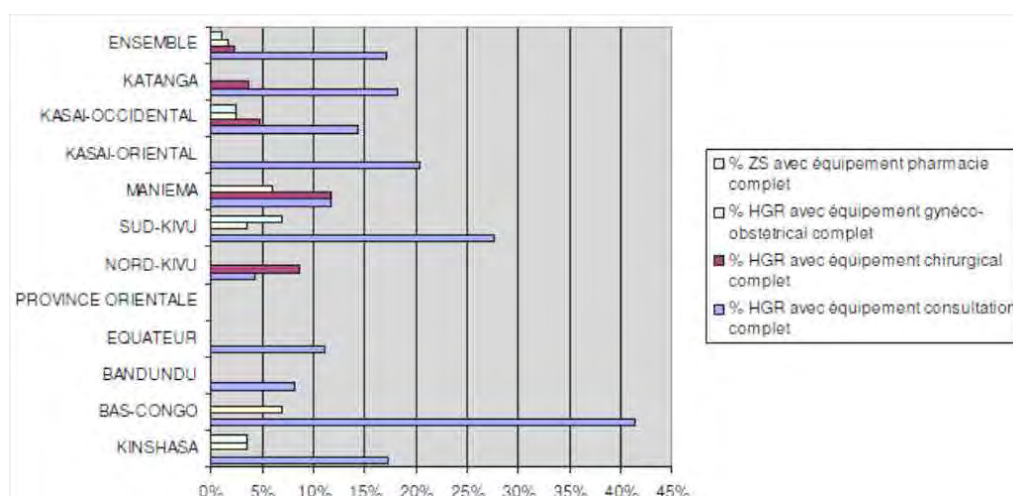
centres de santé sont dans un état de délabrement avancé. Le nombre de centre de santé construits en matériaux durables et qui nécessitent une réhabilitation est de 671, soit 66%. Le tableau ci-dessous reprend la situation des centres de santé par province [3].

Tableau 5-5 Situation des centres de santé par province (2010)

Province	Nombre de Zone de Santé	Nombre de centre de santé	Nombre de centre de santé en matériaux durables
Bas-Congo	31	374	53
Bandundu	52	1 086	124
Equateur	69	1 086	134
Kinshasa	35	287	20 ²³
Kasaï Occidental	43	777	96
Kasaï Oriental	49	858	128
Katanga	67	1 085	117
Maniema	18	263	31
Nord-Kivu	34	483	83
Province Orientale	83	1 324	144
Sud-Kivu	34	503	77
Total	515	8 126	1 006

Source: Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]

Concernant les équipements, la proportion d'HRG possédant les équipements requis pour ses services de base est très faible. La figure 5-3 décrit la situation en équipements des unités fonctionnelles des HGR selon l'étude de 2009 [3].



Source : Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]

Figure 5-3 Équipements des unités fonctionnelles des HGR selon les provinces

La capacité de maintenance au niveau du Ministère de la Santé Publique reste encore faible. La maintenance est négligée à tous les niveaux et dans tous les domaines, non seulement par manque de règles et normes en la matière mais aussi par absence d'une « culture de la maintenance ». D'une manière générale il manque des infrastructures, et certaines sont dans un état de délabrement avancé, les équipements sont vétustes, incomplets, non conformes, et insuffisants, l'approvisionnement des

²³ La plupart des Centres de santé de la ville de Kinshasa appartient à des privés pour la plupart lucratifs. Le nombre des Centres de santé public est très faible. [3]

infrastructures sanitaires en eau courante et en électricité est difficile. En outre, il y a une faible action de concertation entre les Ministères relatifs comme le Ministère des Travaux Publics, des Infrastructures et Réhabilitation pour les suivi des travaux s'effectuant dans le secteur de la santé, avec les Ministères de l'Environnement, de l'Habitat et du Développement Rural en matière d'assainissement [3].

Pour améliorer la situation des infrastructures du secteur, le PNDS se propose d'intervenir sur deux résultats : 1) au moins 80% des infrastructures sanitaires ciblées sont construites et/ou réhabilitées et équipées, et 2) les Unités de maintenance sont fonctionnelles au niveau central et dans les provinces.

5.4.2 Médicaments

Le SNAME est mis en place en 2002. Il est basé sur la centralisation des approvisionnements et la décentralisation de la distribution à travers les centrales d'achats et d'approvisionnement en médicaments (CDR). Les CDR se sont fédérées en Fédération des Centrales d'Achat et de Distributions des Médicaments Essentiels (FEDECAME).

Les principaux rôles de la FEDECAME incluent achats de médicaments pour le secteur public, l'assurance qualité des médicaments achetés, et le soutien technique et logistique au CDR [3].

Le pays compte 17 CDR et deux pôles d'acquisition des médicaments. Il s'agit du pôle Ouest à Kinshasa (BCAF) et du pôle Est à Goma (ASRAMES) (Figure 5-4)²⁴. Pour couvrir le territoire national, il reste à créer le pôle d'Ariwara dans la province Orientale et le pôle du Tanganika dans le nord de la province du Katanga [3].



Source : <http://www.fedecame.org/Cartepool.html> (juillet 2012)

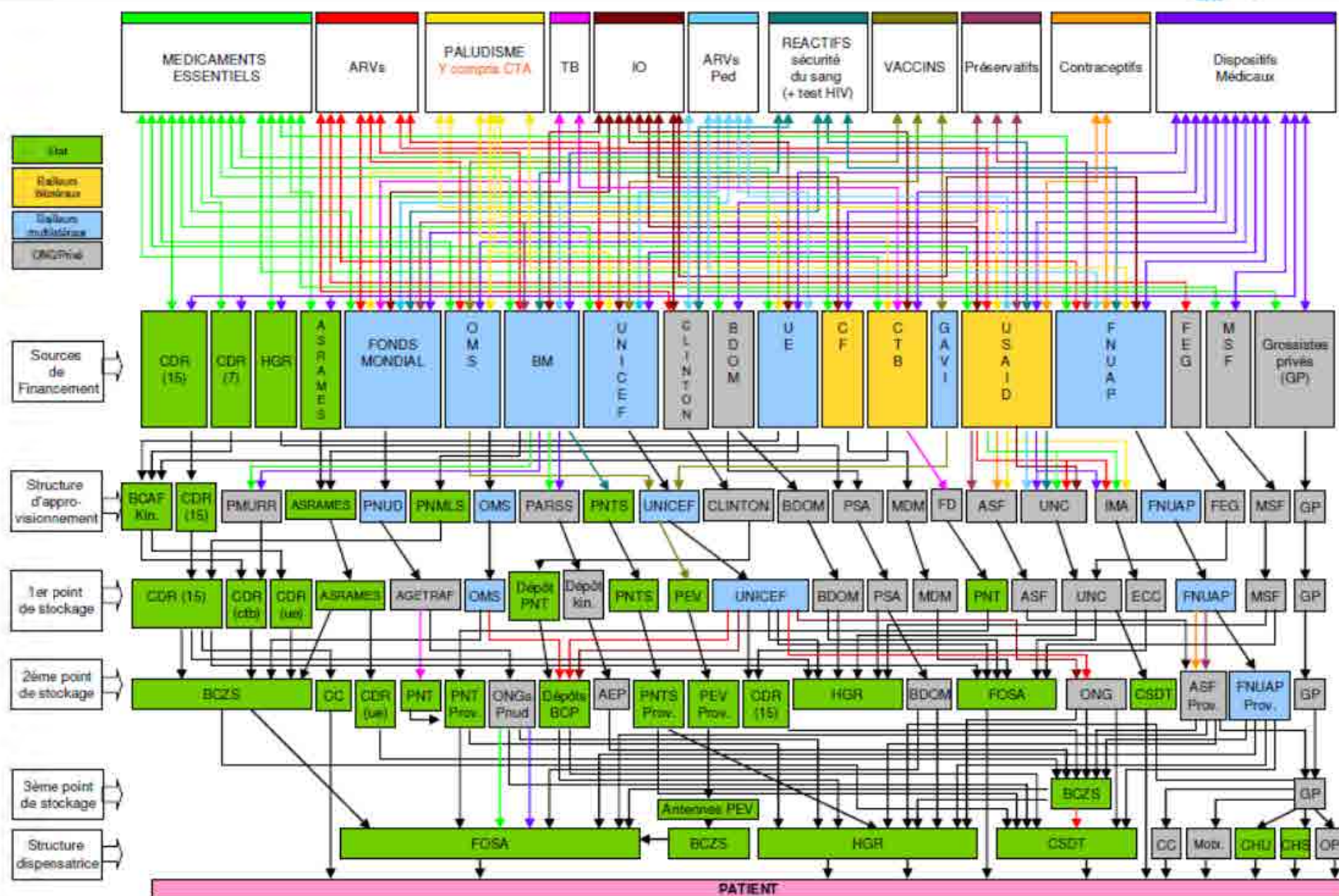
Figure 5-4 Localisation des 2 agences d'approvisionnement et des 17 CDR

²⁴ <http://www.fedecame.org/Centrales.html> (juillet 2012)

La FEDECAME est seule habilitée à se procurer les produits énumérés sur la liste nationale des médicaments essentiels. Toutes les acquisitions se font par appels d'offres ouverts, avec environ 98% représentant les appels d'offres ouverts internationaux. Les donateurs et les autres partenaires qui ne se procurent pas par le biais de la FEDECAME ont la responsabilité soit de payer une taxe d'importation de 6,6%, ou obtenir une dérogation du ministère des Finances. La plupart des groupes comptent sur la compensation privée et des agents transitaires, et des entreprises de transport privées pour le transport de médicaments et des produits dans les dépôts ou les bureaux des zones de santé. Le transport terrestre dans le pays est l'un des défis majeurs pour le système d'approvisionnement pharmaceutique. Le principal mode de transport pour les produits pharmaceutiques après leur arrivée dans un port d'entrée se fait par air, quoique les services de transport aérien, même sont limitées [12].

La Direction de la Pharmacie, du Médicament et des plantes médicinales du Ministère de la santé publique supervise le secteur pharmaceutique. Le secteur pharmaceutique en RDC est très fragmenté, avec une supervision gouvernementale inadéquate. Il existe de multiples systèmes Parallèles d'approvisionnement pharmaceutique pour les formations sanitaires publiques et le système d'alimentation pour tout établissement de santé dépend en grande partie de l'appui des donateurs de la zone où l'établissement de santé est situé [12].

52 partenaires différents sont impliqués dans les systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé en RDC. Parmi ces partenaires, 8 sont des bailleurs multilatéraux, 3 des bailleurs bilatéraux et 41 des structures privées et/ou organisations non gouvernementales (ONG) [15]. Comme décrit dans la figure ci-dessous, le système logistique pharmaceutique en RDC est extrêmement complexe.



Source : Ministère de la Santé Publique (2010) Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé [15]

Figure 5-5 Systèmes d'approvisionnement des produits pharmaceutiques en 2009

Le tableau 5-6 montre que toutes les catégories de produits bénéficient d'un financement d'un ou de plusieurs partenaires. En outre, différents modes d'acquisition des marchés, de stockage et de la distribution sont appliqués par les différents partenaires et en fonction de la diversité des produits.

Tableau 5-6 Sources de financement par catégorie de produits

	FM	BM	GAVI	OMS	UNICEF	FNUAP	UE	USAID	CTB	CF	Clinton	MSF	FEG	BDOM	
ME	✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓		✓	11
ARV	✓	✓		✓	✓	✓		✓			✓		✓		8
ARV Péd	✓	✓			✓	✓	✓	✓			✓				7
ACT	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓						7
TB	✓								✓						2
IO	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				9
Contraceptifs						✓		✓							2
Préservatifs	✓	✓				✓		✓							4
Vaccins			✓	✓	✓										3
Réactifs HIV	✓	✓				✓		✓			✓				5
DM	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	10
Total	9	7	1	4	7	9	5	9	5	3	4	2	1	2	

Source : Ministère de la Santé Publique (2010) Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé [15]

La responsabilité pour estimer les besoins en médicaments dépend de si le partenaire qui soutient la zone de santé ou le programme du Ministère de la santé publique suit un système d'approvisionnement pharmaceutique de «pression» ou de «traction». Les méthodes permettant de quantifier les besoins varient considérablement à travers le pays, selon les zones de santé et les exigences des partenaires bailleurs de fonds. Les méthodes de quantification peuvent également varier en fonction des exigences des programmes de maladies spécifiques. Compte tenu de l'absence de données fiables sur la consommation ou la morbidité, les besoins en approvisionnement pharmaceutique sont quantifiés sur la base des données de distribution (au mieux), de la popularité des produits pharmaceutiques (au pire), ou sur toute "méthode" existant entre eux, à partir des données démographiques à la disponibilité de fonds [12].

Le PNDS a fixé les résultants liés au médicament: 1) la disponibilité du médicament est dans l'ensemble des ZS, 2) 80% de la population ont accès financièrement aux médicaments essentiels et génériques en 2015, 3) les médicaments essentiels, et génériques ainsi que des intrants spécifiques en circulation sont de bonnes qualités en 2015.

5.5 Leadership et gouvernance

5.5.1 L'organisation administrative du système de santé

Le Ministère de la Santé Publique est chargé de l'administration de la santé. La figure 5-6 présente l'organigramme du Ministère. Le Ministère de la Santé Publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau intermédiaire, le niveau périphérique (le tableau 4-1).

Au niveau central, le Ministère de la Santé Publique a une responsabilité normative et de régulation, de prestation de soins tertiaires. Il définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives. Il assure un appui conseil et le contrôle de conformité et le suivi de la mise en œuvre dans les provinces.

Le niveau intermédiaire compte 11 Inspections Provinciales de la Santé et 65 Districts Sanitaires. Il assure un rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, des politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre au niveau des Zones de Santé [3].

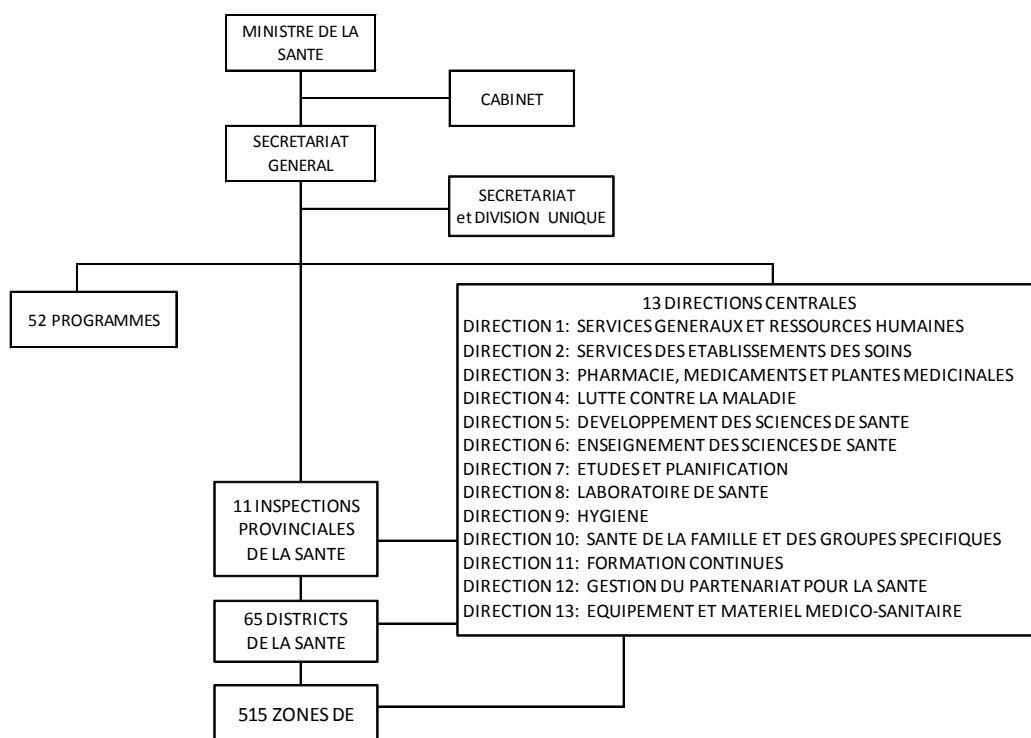


Figure 5-6 Organigramme du Ministère de la Santé Publique

La répartition des districts sanitaires et Zones de Santé par province est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 5-7 Répartition des districts sanitaires et Zones de Santé par province

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

Source: Ministère de la Santé Publique (2010) Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 [3]

5.5.2 Problèmes et objectifs du PNDS

Dans le PNDS, les problèmes liés à la gouvernance et au leadership du secteur ont été identifiés comme suit :

- Le Ministère de la Santé Publique fonctionne avec les documents normatifs (Politique Nationale de Santé et Plan Stratégiques sectoriels) qui ne sont pas adoptés par le gouvernement;
- Les textes qui régissent le secteur de la santé sont déjà obsolètes. La loi cadre du secteur de la santé n'ayant pas été adoptée, ce dernier (secteur de santé) continue à être régi par le décret de 1952;
- Les normes qui existent notamment pour l'organisation du niveau périphérique entrent en conflit avec celles développées par les programmes spécialisés. De plus, plusieurs normes manquent comme des normes qui définissent les plateaux techniques pour les établissements sanitaires;
- La coordination du secteur a été rendu difficile à cause de la faiblesse du leadership et de l'insuffisance de collaboration intra sectorielle d'une part, et de la coexistence au côté du Comité National de Pilotage, des Comité de Pilotage mis en place par les projets, d'autre part;
- Le privé lucratif prend de plus en plus de l'ampleur dans le secteur de la santé mais il n'est presque pas réglé.

Par conséquent, les résultats attendus du PNDS sont : 1) le cadre législatif, réglementaire, stratégique et normative sont élaborés et/ou actualisés et appliqués, 2) les capacités institutionnelles sont renforcées et adaptées à la mission du secteur de la santé dans le contexte de la décentralisation, 3) la coordination est assurée à tous les niveaux du secteur, 4) une gestion efficace et efficiente est assurée à tous les niveaux.

Chapitre 6 Situation du soutien des partenaires

6.1 Coordination des partenaires dans le secteur de la santé

Le Cadre d'assistance pays (CAF) a été formulé, mais étant donné que le processus de formulation a été lancé à l'initiative des partenaires, celui-ci a perdu de fait de sa substance. Par ailleurs, un dialogue gouvernement / partenaires se déroule par groupe thématique dans 20 secteurs sous la direction du Ministère du Plan, mais en raison de l'absence d'initiatives de la part du gouvernement, la coordination des aides ne fonctionne pas totalement comme il le faudrait.

À l'occasion du Forum national de haut niveau sur l'efficacité de l'aide organisé en juin 2009 par le gouvernement en tant que suivi du Forum de haut niveau d'Accra sur l'efficacité de l'aide, il a été proposé de diviser l'aide par partenaire et d'aménager un fonds sectoriel ou un fonds commun pour réduire les coûts des transactions. Et bien que la revitalisation de conférences par thème dans le but d'élaborer une stratégie sectorielle pour tenter de rationaliser et de rendre plus cohérent l'aide ait été annoncée, des progrès concrets concernant ces propositions se font toujours attendre.

Dans le secteur de la santé, l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI Alliance) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme fournissent une aide par le biais d'un fonds commun, et le lancement d'une aide financière sectorielle est également à l'étude entre partenaires. Des concertations entre partenaires, présidées par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) et auxquelles participent 8 organismes internationaux²⁵ et 10 pays²⁶, sont organisées à raison d'une (1) fois par mois. Les concertations entre gouvernement et partenaires ne fonctionnent pas. Le gouvernement a signé le Partenariat international pour la santé (IHP+), et tente de coordonner les partenaires, ce qui laisse présager des améliorations à l'avenir.

6.2 Contribution des partenaires dans le secteur de la santé

6.2.1 Aperçu

Les contributions des principaux partenaires en RDC sont résumées dans le tableau ci-après.

Comparativement au soutien des problèmes de santé, l'appui des partenaires va se concentrer davantage sur le renforcement du système de santé tels que l'amélioration du système de prestation de services et le développement des zones de santé.

²⁵ UNICEF, OMS, PNUD, ONUSIDA, FNUAP, Banque mondiale, BAD, et ECHO

²⁶ la Belgique, l'Espagne, la France, le Royaume-Uni, l'Allemagne, le Japon, la Corée du Sud, le Canada, la Suède, et l'Italie

Tableau 6-1 Principaux partenaires et leurs domaines d'intervention

Partenaires	Période de programme	Budget	Principaux domaines d'intervention						
			Santé de l'enfant	Santé de la mère	Nutrition	VIH Sida	Paludisme	TB	RSS
OMS	2009-13	-							○
UNICEF		-	○			○			○
UE		45,0 million de dollars*							○
États-Unis	2011-14	-	○	○		○	○	○	○
Belgique	2010-13	16,5 million de dollars*				○			
DFID	2011-15	£ 198 million	○	○		○	○		
JICA									○
Fonds mondial		-				○	○	○	○
Banque mondiale		75,6 million de dollars*					○		○
GAVI		21,7 million de dollars*	○						○

*: Financements décaissés de janvier 2010 à juin 2011

Source: documents de la JICA et des sites Web et de ses partenaires

6.2.2 Résumé de l'appui des partenaires majeurs

(1) Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Les axes stratégiques du programme 2008-2013 de l'OMS sont [21]:

- Appui institutionnel au ministère de la santé (Formulation/révision des politiques nationales de santé, Renforcement du système de santé, Renforcement de la capacité nationale pour la gestion des ressources humaines etc.)
- Appui à la Santé de la femme, de l'adolescent et survie de l'enfant
- Appui à la prévention et lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles
- Gestion des conséquences sanitaires des urgences et des catastrophes

(2) Banque Mondiale

Les interventions de la Banque Mondiale comprennent les interventions envers les zones de santé pour renforcer les activités de lutte contre le paludisme, l'appui à la réforme du financement de la santé et le développement des ressources humaines afin d'améliorer l'utilisation des services de santé, et de renforcer le système de santé tel que le système d'information sanitaire.

Le projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur de la santé a été mis en place afin de s'assurer que la population cible dans les zones de santé du projet y a accès, et utilise un ensemble bien défini des services de santé de essentiels. Les activités du projet comprennent: (1) élargir l'accès et l'utilisation d'un ensemble de preuve de services de santé essentiels dans les districts et des zones de santé sélectionnés, (2) accroître les interventions de lutte contre le paludisme; (3) renforcer les capacités de surveillance et de gestion du système de santé fondée sur les preuves évidentes, (4) assurer la coordination du projet [22].

(3) Fonds des Nation Unies pour l'Enfance (UNICEF)

L'UNICEF met l'accent sur la revitalisation du système de santé, la vaccination, la nutrition et la lutte contre le paludisme. Au niveau communautaire, le soutien de l'UNICEF comprend la promotion de la vaccination, la distribution de moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans, l'éducation nutritionnelle aux mères, la distribution de

micronutriments, la fourniture de médicaments essentiels aux centres de santé, la formation du personnel de santé, le soutien à la PTME [23].

(4) Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial)

Tableau 6-2 présente l'Appui du Fonds mondial à la RDC.

Tableau 6-2 Soutien du Fonds mondial en RDC

Type	Série	Titre	Réциpiendaire principal	Montant total approuvé (US\$)	Phase et état
VIH/Sida	7	Intégration du paquet de services de prévention, de soins et de traitement du VIH/Sida dans 43 zones de santé prioritaires de la RDC	PNUD	US\$ 38 344 477 (phase I&II)	Phase II - In Progress
	8	Intégration du paquet de services de prévention, de soins, et de traitement du VIH/Sida, dans les 196 zones de santé prioritaires de la RDC	PNUD	US\$ 56 362 741	Phase I - In Progress
	8	Intégration du paquet de services de prévention, de soins, et de traitement du VIH/Sida, dans les 196 zones de santé prioritaires de la RDC	Catholic Organisation for Relief and Development Aid, Congo	US\$ 6 932 753	Phase I - In Progress
	8	Intégration du paquet de services de prévention, de soins, et de traitement du VIH/Sida, dans les 196 zones de santé prioritaires de la RDC	Église du Christ au Congo	US\$ 8 014 408	Phase I - In Progress
Tuberculose	9	Appui à la lutte contre la tuberculose en RDC	Ministère de la Santé Publique	US\$ 8 392 487	Phase I - In Progress
	9	Appui à la lutte contre la tuberculose en RDC	Caritas Congo	US\$ 18 070 063	Phase I - In Progress
Paludisme	8	Contribution à l'accès universel des populations de la RDC à des interventions efficaces pour combattre le paludisme	Église du Christ au Congo	US\$ 37 690 725	Phase I - In Progress
	8	Contribution à l'accès universel des populations de la RDC à des interventions efficaces pour combattre le paludisme	PNUD	US\$ 25 027 374	Phase I - In Progress
Renforcement du système de santé	9	Contribuer à l'amélioration du système d'information sanitaire ainsi que de la disponibilité et de la qualité des soins dans les zones de santé sélectionnées	Ministère de la Santé Publique	US\$ 57 071 746	Phase I - In Progress

Source: GFATM Grant Portfolio Congo (Democratic Republic) [24]

(5) États-Unis

Selon la stratégie de l'Initiative de la Santé Globale de la RDC 2011-2014, les programmes appuyés par les États-Unis en RDC vont se concentrer sur trois domaines prioritaires: 1) Le renforcement des ressources humaines pour la santé; 2) l'amélioration des systèmes de gestion et de la chaîne d'approvisionnement, et 3) le soutien au financement axée sur les résultats [25].

Afin d'augmenter l'utilisation des services de santé primaires, l'USAID vient en Appui pour améliorer la qualité des soins et renforcer la capacité du gouvernement, le secteur privé et la société civile. Également les programmes de l'USAID cherchent à réduire les maladies maternelles, infantiles et néonatales ainsi que les décès; répondre aux menaces de maladies infectieuses, d'accroître l'accès aux services de santé de la famille, et la réhabilitation des infrastructures de santé essentiels, etc. [26]

(6) Belgique

Bien que le Programme de coopération 2010-2013 se concentre sur trois secteurs: l'agriculture, le développement rural et l'éducation technique et professionnelle, l'appui à la lutte contre le VIH est inclus comme l'un des thèmes transversaux [27].

(7) Département du Développement international (DFID)

Selon le Plan opérationnel 2011-2015, le DFID met en œuvre les quatre domaines d'intervention / programme suivants dans le secteur de la santé.

- Prise en charge globale des soins de santé primaires en mettant l'accent sur la santé reproductive, maternelle et infantile et sur la prévention et le traitement du paludisme.
- Distribution des moustiquaires et des produits de planification familiale
- Programme de santé communautaire axé sur le paludisme, la diarrhée et la nutrition (subvention aux programmes ruraux liés à l'eau et l'assainissement communautaires).
- Améliorer la réponse coordonnée au VIH et au Sida (projet mené via l'ONUSIDA)

6.3 Assistance du Japon dans le secteur de la santé de la RDC

6.3.1 Principes de la coopération pour la RDC et positionnement du secteur de la santé

Dans le cadre des consultations politiques sur la coopération économique avec le gouvernement de la RDC qui se sont tenues en février 2007, il a été décidé de mettre l'accent sur l'amélioration de l'accès aux services sociaux, ce qui constitue le pilier du DSCR, et de mettre en œuvre une coopération contribuant à l'amélioration du milieu de vie de base et au développement communautaire centré sur trois (3) secteurs : la santé, l'eau, et le développement communautaire. Par conséquent, le secteur de la santé, compris dans le Plan continu pour la République Démocratique du Congo, est un secteur prioritaire en matière d'aide et se positionne en tant qu'amélioration de l'accès vers les services sociaux. Le programme d'amélioration de l'accès vers les services de la santé est actuellement en cours de déploiement.

6.3.2 Aide du Japon dans le secteur de la santé

La coopération du Japon vise au renforcement des capacités des ressources humaines pour la santé, principalement axée sur le conseiller sanitaire, en s'appuyant sur les principes de renforcement du gouvernement dans le secteur de la santé et après maintes concertations entre le conseiller et le Ministère de la Santé Publique. En ce qui concerne le contenu concret de l'aide, des aides financières non remboursables et des aides techniques, y compris l'utilisation des ressources de pays tiers (Sénégal) conformément aux 4 piliers suivants, sont à l'étude. Les 4 piliers en question sont : 1) l'aide à la formulation de politiques de planification de développement des ressources humaines pour la santé, 2) l'aide au renforcement des capacités de la Direction des ressources humaines impliquée dans la mise en œuvre des politiques, 3) l'aide au renforcement de la qualité de la formation initiale et de la formation continue dans le secteur de la santé, et 4) l'amélioration de la gestion des formations sanitaires.

La coopération du Japon dans le secteur de la santé en RDC depuis 2005 est présentée dans le tableau 6-3.

Tableau 6-3 La coopération du gouvernement japonais dans le secteur de la santé depuis 2005

Programme	Année fiscale	Titre
Aide financière non remboursable	2005	Projet pour la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses pour les enfants (via UNICEF)
	2007	Projet pour la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses pour les enfants (via UNICEF)
	2008	Projet pour la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses pour les enfants (via UNICEF)
	2009	Projet pour la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses pour les enfants (via UNICEF)
	2009	Projet d'amélioration des équipements médicaux des cliniques universitaires de Kinshasa
	2011-2014	Réhabilitation de l'Institut d'Enseignement Médical
	2010-2012	Projet d'aménagement en équipements des cliniques universitaires de Kinshasa
Projet de coopération technique	2010-2013	Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé
Expert	2008-2014	Conseiller en santé
	2009	Développement des ressources humaines
	2009	Éducation en soins infirmiers
Formation axée sur les pays	2011-2012	Formation pour l'entretien des équipements médicaux à l'hospitalier universitaire de Kinshasa

Source: Ministère des Affaires étrangères (2011) Country Data Book [2]; le site web du Ministère des Affaires étrangères [28]; JICA knowledge site [29]

Chapitre 7 Enjeux prioritaires dans le secteur de la santé

7.1 Contexte et enjeux prioritaires dans le secteur de la santé

La figure 7-1 présente la relation entre les problèmes de santé et leurs facteurs de base en RDC décrites dans les chapitres 1 à 6.

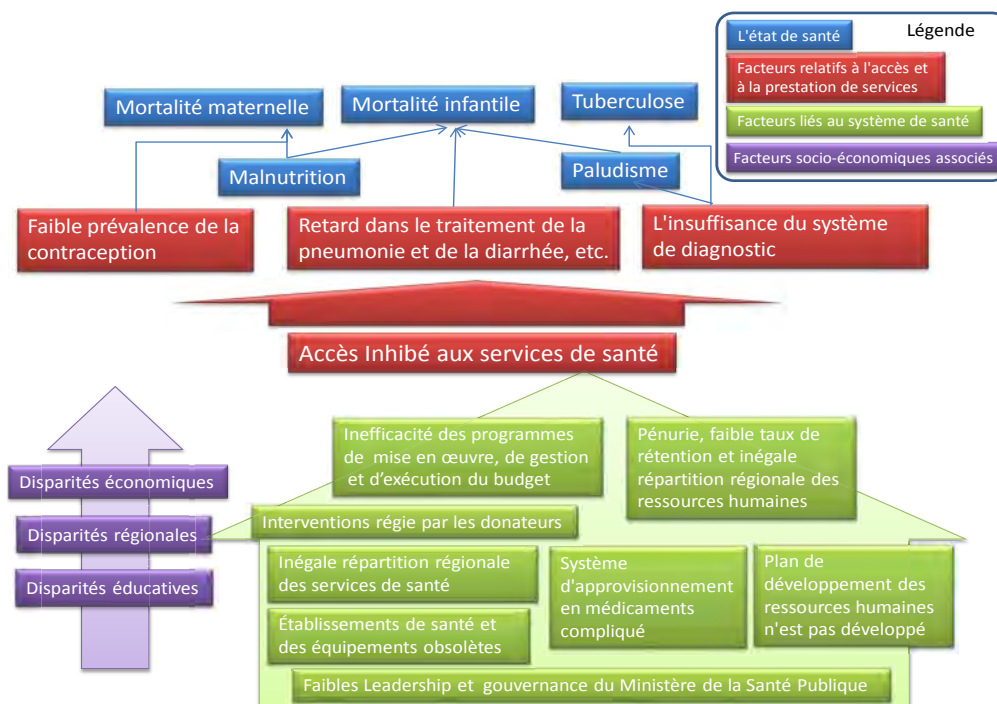


Figure 7-1 Enjeux prioritaires et facteurs contextuels du secteur de la santé en RDC

7.1.1 Problèmes concernant l'état de santé de la population

Bien que le taux de couverture des services semble avoir tendance à s'améliorer, la plupart des indicateurs de l'état de santé en RDC sont inférieurs à la moyenne en Afrique subsaharienne. Par ailleurs, pour de nombreux indicateurs il y a des écarts entre les zones urbaines, les zones rurales, et les provinces; et les indicateurs se rapportant à l'état de santé des enfants suggèrent également une influence de la situation économique du ménage. En outre, derrière tout cela, il y a également la malnutrition chronique ainsi que le paludisme, sans oublier le fait que le taux d'incidence de la tuberculose ne montre aucun signe d'amélioration.

7.1.2 Base des problèmes

À la base de la situation décrite ci-dessus, il est considéré que le faible niveau de leadership dont fait preuve le ministère de la Santé dans des composantes du système de la santé, telles que les ressources humaines et budgétaires, le cadre juridique, etc. est à l'origine de l'autorisation de l'intervention des principaux partenaires sans planification adéquate basée sur une analyse de la situation actuelle et des besoins. En outre, les fonctions de coordination des aides des partenaires sont également faibles, et de nombreux partenaires interviennent dans le développement des zones de santé, mais cette intervention est grandement influencée par les partenaires eux-mêmes. Par ailleurs, les comités pour la mise en œuvre des

programmes et projets par les partenaires sont nombreux et envahissants, ce qui complique la mise en œuvre efficace des politiques. Étant donné que le système d'approvisionnement en médicaments est extrêmement complexe, et que les médicaments nécessaires ne sont pas distribués de manière adéquate, il y a une pénurie de médicaments dans les centres de santé, ce qui crée une situation défavorable concernant l'accès au traitement du paludisme et autres maladies.

Dans ces circonstances, en l'absence de fourniture adéquate des services, et en raison de la situation économique et sociale dans laquelle se trouve la population, il ne serait pas surprenant que les services de santé de base ne soient pas distribués de manière appropriée.

7.1.3 La réponse du gouvernement et de partenaires aux enjeux prioritaires et défis à relever

En ce qui concerne le Ministère de la Santé Publique, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) est en cours de mise en œuvre dans le but de renforcer le système d'approvisionnement des soins de santé primaires par le biais du développement des Zones de Santé. Par ailleurs, ce même plan met également en avant son objectif de renforcer le leadership et la gouvernance du Ministère de la Santé Publique, et s'attache entre autres au renforcement de la communication au sein du Ministère concerné pour développer le système d'information sanitaire. Les partenaires également appuient ces actions, et apportent un soutien au renforcement du système de santé et aux Zones de Santé. En ce qui concerne la coordination des partenaires, des ajustements sont sur le point d'être effectués avec l'introduction d'approches sectorielles globales (SWAps) et la signature du Partenariat international pour la santé (IHP+).

7.2 Possibilité d'une coopération japonaise dans le secteur de la santé

Le Japon fournit une aide variée dans le secteur des ressources humaines pour la santé, et il est considéré qu'il peut contribuer à promouvoir les actions indiquées dans ce qui précède en continuant de jouer ce rôle à l'avenir. L'aide pour la formulation du plan de développement des ressources humaines pour la santé est une question urgente pour améliorer la formation adéquate, l'affectation et le taux de rétention des ressources humaines pour la santé. Et, une aide au renforcement des capacités des administrateurs, visant à rehausser les fonctions d'ajustement et de coordination au sein du ministère ainsi que les capacités de mise en œuvre des politiques, est également essentielle. En outre, il est considéré que la mise en œuvre d'une aide pour la formation continue destinée au personnel de la santé fournissant des services dans les différentes régions et pour le renforcement des capacités de maintenance et de gestion des installations et des équipements peut contribuer à améliorer l'accès aux services de santé.

ANNEXES

Annexe 1: Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé

Annexe 2: Références bibliographiques

Annexe 1: Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé (République Démocratique du Congo)

République Démocratique du Congo				OMD	Sources	1990	2000	Données les plus récentes	Dernière année	Dernières données de la région	(Dernière année)	Région
0 Informations générales	0.1 Démographie	0.1.01	Population, total		WDI	36,406,226	49,626,200	65,965,000	2010	853,434,000	(2010)	Afrique subsaharienne
		0.1.02	Croissance démographique (croissance annuelle en%)		WDI	3.6	2.4	2.7	2010	2.5	(2010)	Afrique subsaharienne
		0.1.03	Espérance de vie à la naissance, total (années)		WDI	46.8	45.7	48.1	2010	54.3	(2010)	Afrique subsaharienne
		0.1.04	Taux de natalité brut (par 1000 habitants)		WDI	50.5	49.2	43.5	2010	37.4	(2010)	Afrique subsaharienne
		0.1.05	Taux de mortalité brut (par 1000 habitants)		WDI	18.5	19.1	16.5	2010	12.6	(2010)	Afrique subsaharienne
		0.1.06	Population urbaine (% du total)		WDI	27.8	29.8	35.2	2010	37.4	(2010)	Afrique subsaharienne
	0.2 Développement	0.2.01	RNB par habitant, méthode Atlas (en \$ US courants)		WDI	230	90	180	2010	1,188.5	(2010)	Afrique subsaharienne
		0.2.02	Croissance du RNB (% annuel)		WDI	-7.0	-7.8	6.9	2010	4.1	(2010)	Afrique subsaharienne
		0.2.03	Inscriptions à l'école, primaire (% brut)	2.1	WDI					76.3	(2009)	Afrique subsaharienne
		0.2.04	Ratio filles/garçons des inscriptions au primaire (%)	3.1	WDI	70.5		86.7	2010	91.6	(2009)	Afrique subsaharienne
		0.2.05	Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus)		WDI			67.0	2009	62.3	(2009)	Afrique subsaharienne
		0.2.06	Indice du développement humain		HDR		0.43	0.29	2010	0.46	(2011)	Afrique subsaharienne
		0.2.07	Indice du développement humain (rang)		HDR		155/173	187/187	2010			
		0.2.08	Pauvreté à \$ 1,25 par jour (PPA) (%)		WDI			52.8	2006	20.6	(2008)	Afrique subsaharienne
	0.3 Eau et assainissement	0.3.01	Sources d'eau potable améliorées (% de la population ayant accès)	7.8	HNP Stats	45	44	45	2010	61.1	(2010)	Afrique subsaharienne
		0.3.02	Installations d'assainissement améliorées (% de la population ayant accès)	7.9	HNP Stats	9	16	24	2010	30.6	(2010)	Afrique subsaharienne
1 L'état de santé de la population	1.1 La mortalité et la morbidité	1.1.01	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par cause (pour 100.000 habitants) - Transmissibles		GHO			932	2008	798	(2008)	Afrique
		1.1.02	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par cause (pour 100.000 habitants) - Transmissibles		GHO			837	2008	779	(2008)	Afrique
		1.1.03	Taux de mortalité normalisé selon l'âge par cause (pour 100.000 habitants) - Blessures		GHO			155	2008	107	(2008)	Afrique
		1.1.04	Cause de deces, par les maladies transmissibles, cinditions et maternelles, pé rinatales et nutritionnelles (% du total)		HNP Stats			71.7	2008	64.6	(2008)	Afrique subsaharienne
		1.1.05	Causes de décès, par les maladies non transmissibles (% du total)		HNP Stats			21.0	2008	28.3	(2008)	Afrique subsaharienne
		1.1.06	Causes de décès, par les blessures (% du total)		HNP Stats			7.3	2008	7.1	(2008)	Afrique subsaharienne
		1.1.07	Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) - transmissibles		GHO			82	2008	78	(2008)	Afrique
		1.1.08	Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) -Non transmissibles		GHO			11	2008	15	(2008)	Afrique
		1.1.09	Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) - Blessures		GHO			7	2008	17	(2008)	Afrique
	1.2 Santé maternelle et infantile	1.2.01	Ratio de décès maternel (estimation par modèle, pour 100 000 naissances vivantes)	5.1	MDGs	900	850	670	2008	650	(2008)	Afrique subsaharienne
		1.2.02	Taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance par 1 000 femmes à gées de 15 à 19 ans)	5.4	MDGs		235.2	182.9	2010	107.6	(2010)	Afrique subsaharienne
		1.2.03	Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000)	4.1	MDGs	181.4	181.4	169.9	2010	121.2	(2010)	Afrique subsaharienne
		1.2.04	Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	4.2	MDGs	117.3	117.3	111.7	2010	76.4	(2010)	Afrique subsaharienne
		1.2.05	Nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale (% de naissances)		HNP Stats		11.9	9.5	2010	13.3	(2010)	Afrique subsaharienne
		1.2.06	Taux de fertilité, total (naissances par femme)		HNP Stats	7.1	6.9	5.8	2010	4.9	(2010)	Afrique subsaharienne
	1.3 Maladies infectieuses	1.3.01	Prévalence du VIH, hommes (% des hommes âgés de 15 à 24 ans)	6.1	MDGs					1.5	(2009)	Afrique subsaharienne
			Prévalence du VIH, femmes (% des femmes âgées de 15 à 24 ans)	6.1	MDGs					3.8	(2009)	Afrique subsaharienne
		1.3.02	Cas déclarés de paludisme (pour 100 000 habitants)	6.6	MDGs Database			37,400	2008			
		1.3.03	a) Taux de mortalité due au paludisme, pour 100,000 habitants, tout âge	6.6	MDGs Database			156	2008	96	(2009)	Afrique subsaharienne
			b) Taux de mortalité due au paludisme, pour 100,000 habitants, 0-4 ans	6.6	MDGs Database			147	2008	519	(2009)	Afrique subsaharienne
		1.3.04	Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100,000 habitants	6.9	MDGs Database	352	493	545	2010	479	(2009)	Afrique subsaharienne
		1.3.05	Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes)	6.9	MDGs	327	327	327	2010	271	(2010)	Afrique subsaharienne
		1.3.06	Taux de mortalité due à la tuberculose (pour 100 000 personnes)	6.9	MDGs	78	66	54	2010	28	(2010)	Afrique subsaharienne
		1.3.07	Prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15 à 49 ans)		HNP Stats					5.5	(2009)	Afrique subsaharienne
		1.3.08	Décès dus au SIDA (estimations de l'ONUSIDA)		HNP Stats							
		1.3.09	Incidence du VIH, 15-49 ans, le pourcentage (revue à mi-parcours)		MDGs Database							
		1.3.10	Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (VIH)		GF			8	2012			
			Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (Paludisme)		GF			12	2012			
			Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (Tuberculose)		GF			10	2012			
	1.4 Nutrition	1.4.01	Prévalence de l'émaciation (% des enfants de moins de 5)		HNP Stats			14.0	2007			
2 Prestation des services	2.1 Santé maternelle et infantile	2.1.01	Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (% du total)	5.2	MDGs Database			79.3	2010			Afrique subsaharienne
		2.1.02	Naissances par césarienne (%)		GHO			4	2007	3.5	(2011)	Afrique
		2.1.03	Prévalence de la contraception (% des femmes âgées de 15 à 49 ans)	5.3	MDGs			17.3	2010	21.7	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.1.04	Femmes enceintes recevant des soins prénataux (%)	5.5	HNP Stats			87.7	2010	73.5	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.1.05	Femmes enceintes recevant des soins prénataux a au moins quatre visites (% des femmes enceintes)	5.5	HNP Stats			44.7	2010	45.6	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.1.06	Besoins de planification familiale non couverts, total, pourcentage	5.6	MDGs Database			24.2	2010	24.8	(2008)	Afrique subsaharienne
		2.1.07	Enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole	4.3	Childinfo	38	46	68	2010	75	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.1.08	Enfants d'1 an vaccinés contre la tuberculose		Childinfo	65	57	85	2010	84	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.1.09	a) Enfants d' 1 an vaccinés contre: DTC (pourcentage de nourrissons qui ont reçu leur première dose de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos)		Childinfo	60	49	67	2010	85	(2010)	Afrique subsaharienne
			a) Enfants d' 1 an vaccinés contre: DTC (pourcentage de nourrissons qui ont reçu 3 doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos)		Childinfo	35	40	63	2010	77	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.1.10	Enfants d'1 an vaccinés contre la Polio		Childinfo	34	42	72	2010	79	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.1.11	Pourcentage de nourrissons qui ont reçu trois doses de vaccin antihépatite B		Childinfo			63	2010	74	(2010)	Afrique subsaharienne
	2.2 Maladies infectieuses	2.2.01	L'utilisation du préservatif avec un partenaire non régulier, adultes% (15-49), Homme	6.2	MDGs			16.0	2007			
		2.2.02	L'utilisation du préservatif avec un partenaire non régulier, adultes% (15-49), Femme	6.2	MDGs			7.7	2007			

Annexe 1: Les indicateurs clés relatifs au secteur de la santé (République Démocratique du Congo)

République Démocratique du Congo				OMD	Sources	1990	2000	Données les plus récentes	Dernière année	Dernières données de la région	(Dernière année)	Région
		2.2.03	Hommes âgés de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida, pourcentage	6.3	MDGs Database					33	(2005-2010)	Afrique subsaharienne
		2.2.04	Femmes âgées de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/sida, pourcentage	6.3	MDGs Database					26	(2005-2010)	Afrique subsaharienne
		2.2.05	Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	6.4	MDGs Database			0.74	2010	0.92	(2005-2010)	Afrique subsaharienne
		2.2.06	Utilisation de moustiquaires de lits avec insecticide (% de la population de moins de 5 ans)	6.7	HNP Stats			35.7	2010	34.0	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.2.07	Enfants fiévreux recevant des médicaments contre le paludisme (% d'enfants fiévreux de moins de 5 ans)	6.8	MDGs Database			39.1	2010	36	(2008-2010)	Afrique subsaharienne
		2.2.08	Cas de tuberculose soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation, pourcentage	6.10	MDGs Database		78	88	2009	80	(2008)	Afrique subsaharienne
		2.2.09	Couverture de la thérapie antirétrovirale (% de personnes atteintes d'une infection avancée par le VIH)	6.5	MDGs							
		2.2.10	Personnes âgées de 15 ans et plus qui ont fait le test de dépistage du VIH et reçu des conseils, nombre estimatif pour 1000 la population adulte		GHOr			20.2	2010			
		2.2.11	Services de depistage et de conseils, nombre estimatif par 100,000 de population adulte		GHOr			2.2	2010			
		2.2.12	Les femmes enceintes testées pour le VIH, couverture estimée (%)		GHOr			11	2010			
		2.2.13	Pourcentage de femmes séropositives enceintes qui ont reçu des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH (revue à mi-parcours)	6.5	MDGs Database			4	2009			
		2.2.14	Taux de détection des cas de tuberculose (% , toutes les formes)		HNP Stats	18.0	38.0	53.0	2010	60	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.2.15	Taux de succès du traitement de la tuberculose (% des cas enregistrés)	6.10	MDGs			88.0	2009	79	(2009)	Afrique subsaharienne
	2.3 Nutrition	2.3.01	Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (% des enfants de 6 à 59 mois)		HNP Stats			83.1	2010	85.8	(2010)	Afrique subsaharienne
		2.3.02	Consommation de sel iodé (% des ménages)		HNP Stats			58.6	2010	49.8	(2010)	Afrique subsaharienne
	2.4 La qualité et la couverture	2.4.01	Estimation de la couverture officielle de la santé		ILO			0.2		11.6		Pays de forte vulnérabilité
		2.4.02	Population non couverte (%) en raison du déficit en ressources financières		ILO			98.1		85.8		Pays de forte vulnérabilité
		2.4.03	Population non couverte (%) en raison du deficit en personnel professionnel de la santé		ILO			85.7		74.6		Pays de forte vulnérabilité
3 Le système de santé	3.1 Ressources humaines	3.1.01	Médecins (pour 100 personnes)		HNP Stats	0.07		0.11	2004	0.2	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.1.02	Sages-femmes (pour 1 000 personnes)		HNP Stats							
		3.1.03	Infirmières (pour 1 000 personnes)		HNP Stats			0.5	2004			
		3.1.04	Personnel de dentisterie (pour 10 000 habitants)		GHO			0.01	2004	0	(2007)	Afrique
		3.1.05	Personnel de pharmacie (pour 10 000 habitants)		GHO			0.2	2004	1.0	(2007)	Afrique
	3.2 Financement de la santé	3.2.01	Dépenses en santé, total (% du PIB)		HNP Stats		4.2	7.9	2010	6.5	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.02	Dépenses en santé, publiques (% du total des dépenses en santé)		HNP Stats		3.5	42.5	2010	45.1	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.03	Dépenses en santé, privées (% du total des dépenses en santé)		HNP Stats		96.5	57.5	2010	54.9	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.04	Versements directs en santé (% des dépenses du secteur privé en santé)		HNP Stats		87.1	62.5	2010	64.7	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.05	Dépenses en santé, publiques (% des dépenses du gouvernement)		HNP Stats		1.3	9.1	2010	10.0	(2005)	
		3.2.06	Ressources extérieures pour la santé (% des dépenses totales en santé)		HNP Stats		3.2	32.7	2010	10.5	(2010)	Afrique subsaharienne
		3.2.07	Dépenses de la sécurité sociale pour la santé en tant que pourcentage des dépenses des administrations publiques en santé		GHO		0.0	0.0	2009	7	(2009)	Afrique
		3.2.08	a) Dépenses en santé par habitant (\$ US courants)		HNP Stats		11.2	15.8	2010	84.3	(2010)	Afrque subsaharienne
			Dépenses totales en santé par habitant (PPA \$ int.)		GHO		9	7	2009	157	(2009)	Afrique
		3.2.09	Dépenses des administrations publiques en santé par habitant au taux de change moyen (US \$)		GHO		0.0	1	2009	41	(2009)	Afrique
	3.3 Installations et médicaments	3.3.01	a) Disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur public (%)		GHO			55.6	2007			
			b) Disponibilité médiane d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur privé (%)		GHO			65.4	2007			
		3.3.02	a) Ratio de prix médian d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur public		GHO			2	2007			
			b) Ratio de prix médian d'une sélection de médicaments génériques dans le secteur privé		GHO			2.3	2007			
		3.3.03	Lits d'hôpital (pour 1 000 personnes)		HNP Stats	1.4		0.8	2006	1.2	(1990)	Afrique subsaharienne

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 07/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 07/2012)

GHOr: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 07/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 07/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 07/2012)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 *Le score des priorités partielles* est composé du Score du niveau de revenue pour le pays et le score du fardeau de la maladie pour la maladie spécifique dans le pays. Le score minimum est de 3 et le score maximal est de 12.

2.4.01 *Estimation de la couverture officielle de santé* est indiquée en pourcentage de la population couverte par etat, la societe , le privée, les compagnies, les syndicats,les mutuelles et autre régimes d'assurance-maladie.

2.4.02 *Population non couverte (%) en raison du déficit en ressources financières* (basée sur la valeur médiane des groupes a faible vulnérabilité des pays) utilise la différence relative entre la dépense nationale en santé en dollars internationaux PPA (à l'exclusion hors de la poche) et la densité médiane observée dans le groupe de pays ayant un faibles niveaux de vulnérabilité comme une référence pour les pays en développement. Le taux peut être calculé en utilisant la formule suivante:

Dépenses de santé par habitant non financée par les paiements directs des ménages privés (PPA \$ int.) [A]

Population (en milliers), total [B]

Dépenses totales pour la santé non financés par paiement direct en int. \$ PPA (en milliers) [C = A x B]

Population couverte par les dépenses totales de santé non financés par paiement direct en cas d'application de l'indicateur de référence * (en milliers) [D = C ÷ Indicateur de référence] **

Pourcentage de la population non couverte en raison du déficit en ressources financières (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]

* Indicateur de référence: Dépenses totales de santé non financés par paiement direct par habitant = 350 \$ internationaux PPA

**Cette formule a été partiellement modifiée de l'original de la source en fonction d'un calcul réel.

2.4.03 *Population non couverte (%) en raison du deficit en personnel professionnel de la santé* utilisé comme un proxy de la différence relative entre la densité de professionnels de la santé dans un pays donné et sa valeur médiane dans les pays ayant un faible niveau de vulnérabilité. Le taux peut être calculé en utilisant la formule suivante:

Total du personnel professionnel de la santé [A = B + C]

Nombre en personnel de soins infirmiers et obstétricaux [B]

Nombre de médecins [C]

Population totale (en milliers) [D]

Nombre en professionnels de la santé pour 10.000 personnes [F = A ÷ D x 10]

Population totale couverte en cas d' application de l'indicateurs de référence* (en milliers) [E = A ÷ Indicateur de référence x 10]

Pourcentage de la population totale non couverte due au deficit en personnel professionnel de la santé [G = (D - E) ÷ D x100]

Indicateur de référence: 40 agents professionnel de la santé pour 10.000 personnes.

Annexe 2: Références bibliographiques (République Démocratique du Congo)

No.	Titre	Auteur	URL	Année
1	World Development Indicators	World Bank	http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators	
2	ODA Country Data Book (<i>en japonais</i>)	Ministère des Affaires étrangères	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/10_databook/pdfs/05-16.pdf	2011
3	Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015	Ministère de la Santé Publique	http://www.congoforum.be/upldocs/PNDS%202011-2015-KNT.pdf	2010
4	NCD Country Profiles 2011	WHO	http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html	2011
5	Mortality Fact Sheet 2006			2006
6	Rapport National des Progrès des OMD 2010	République Démocratique du Congo	http://www.cd.undp.org/mediafile/OMD_Rapport%20RDC_version%20courte_2010.pdf	2010
7	The State of the World's Children 2012: Children in an Urban World	UNICEF	http://www.unicef.org/sowc/files/SOWC_2012-Main_Report_EN_21Dec2011.pdf	2012
8	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo (MICS-RDC 2010) Rapport Final	Institute National de la Statistique et UNICEF		2011
9	The 2012 Report Democratic Republic of Congo	Countdown to 2015	http://www.countdown2015mnch.org/country-profiles/congo-democratic-republic-of-the	2012
10	Rapport d'Activité sur la Riposte au VIH/sida en R. D. Congo 2012	Programme National Multisectoriel de Lutte contre Le Sida (PNMLS)		2012
11	Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007	Ministère du Plan et Macro International	http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf	2008
12	Malaria Operational Plan, Fiscal Year 2012, Democratic Republic of Congo	President's Malaria Initiative	http://pmi.gov/countries/mops/fy12/drc_mop_fy12.pdf	2011
13	World Malaria Report 2011	WHO	http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/	2011
14	Global Tuberculosis Control: WHO report 2011	WHO	http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/	2011
15	Cartographie des Systèmes d'Approvisionnement et Distribution des Médicaments et Autres Produits de Santé	Ministère de la Santé Publique	http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17032f/s17032f.pdf	2010
16	PMTCT Fact Sheet: Democratic Republic of the Congo	UNICEF	http://www.unicef.org/aids/files/DRC_PMTCTFactsheet_2010.pdf	2010
17	Tuberculosis Profile Democratic Republic of Congo	USAID	https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=CD&outtype=PDF	2009
18	Bulletin Épidémiologique du Congo N81-Février-Mars 2010	Ministère de la Santé Publique		2010
19	Rapport de l'Étude d'Élaboration du Plan Détaillé pour le Projet d'Appui au Développement des Ressources Humaines pour la Santé (<i>en japonais</i>)	JICA		2010
20	Health System Financing Country Profile: Democratic Republic of the Congo 2010	WHO	http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REPORT_COUNTRY_PROFILE	
21	Stratégie de coopération - Un aperçu: République démocratique du Congo	Organisation mondiale de la Santé		2009

Annexe 2: Références bibliographiques (République Démocratique du Congo)

No.	Titre	Auteur	URL	Année
22	PROJECT INFORMATION DOCUMENT (PID), DRC Additional Financing Primary Health Care	World Bank	http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2011/11/18/000001843_20111122102203/Rendered/PDF/Project0Inform0t0000Appraisal0Stage.pdf	2011
23	UNICEF, DR Congo. Survie	UNICEF	http://www.unicef.org/drcongo/french/health.html	
24	Grant Portfolio Congo (Democratic Republic)	GFATM	http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/List/ZAR	
25	Global Health Initiative Democratic Republic of Congo Strategy 2011-2014	U.S. Government in Partnership with the Government of DRC	http://www.ghi.gov/documents/organization/178895.pdf	2011
26	USAID Africa: DR Congo	USAID	http://transition.usaid.gov/locations/sub-saharan_africa/countries/drcongo/	
27	Cooperation Belgo-Congolaise, Programme Indicatif de Cooperation 2010-2013	Kingdom of Belgium, Foreign Affairs, Foreign Trade and Development Cooperation	http://diplomatie.belgium.be/en/binaries/pic_rdc_2010-2013_tcm312-158667.pdf	2012
28	DR Congo, Summary of Country Projects <i>(en japonais)</i>	Ministère des Affaires étrangères	http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/data/gaiyou/odaproject/africa/congomin/index_01.html	
29	Knowledge Site <i>(en japonais)</i>	JICA	http://gwweb.jica.go.jp/km/FSubject0201.nsf/NaviSubjTop?OpenNavigator	