

LE SECTEUR DE LA SANTE EN RDC

DESCRIPTION SOMMAIRE DU SECTEUR

Description générale

Les questions de santé sont au coeur des enjeux du développement de la RDC. Dans un contexte marqué par la présence d'un grand nombre de maladies endémiques, les indicateurs sociaux sont parmi les plus bas du monde et beaucoup de chemin reste à parcourir pour atteindre les Objectifs de développement pour le Millénaire.

Pourtant, dans les années qui ont suivi l'indépendance, les efforts concertés de l'Etat, de la communauté internationale et des organisations non gouvernementales (notamment religieuses) avaient favorisé une nette régression de la mortalité et de la morbidité. Ainsi, entre les années 1960 et les années 1980, la mortalité infantile a baissé de 40 pour cent et celle des enfants d'un tiers, tandis que les campagnes de vaccination fonctionnaient de manière tout à fait remarquable. A cette époque, le secteur de la santé publique congolais avait développé une réputation d'excellence et d'innovation, tant sur le plan institutionnel (avec l'introduction de «zones de santé»), que sur celui de la recherche et du financement (où il a été démontré qu'il était possible d'obtenir de bons résultats avec des montants aussi minimes que \$1 par habitant et par jour).

Ces performances se sont effritées au cours des années 1980 du fait du manque d'investissements (avec des allocations budgétaires correspondant à seulement \$0.22 par habitant), de la négligence et de la mauvaise gestion. Pendant cette période, le financement du système s'est mis à reposer essentiellement sur les contributions de la population (qui supportait environ 60 pour cent des dépenses) et des bailleurs de fonds. Un coup fatal a été porté dans les années 1990 avec l'arrêt du soutien des partenaires extérieurs et la longue descente dans les années de conflit.

Le secteur de la santé est marqué par plusieurs caractéristiques importantes :

- ***Un faible engagement historique de l'Etat***, à la fois en termes de financement du système, de régulation du secteur et de fourniture de services de soins médicaux.
- ***Une participation importante du secteur privé, des organisations religieuses et des ONGs***, qui gèrent un nombre important de centres de santé et la moitié des hôpitaux.
- ***Une couverture inégale du territoire***, malgré le système de zones de santé mis en place dans les années 1970, avec un déséquilibre sensible entre les zones urbaines et les zones rurales, ainsi qu'entre Kinshasa et le reste du pays.

La zone de santé : un partenariat public-privé

Le système de santé en RDC est une bonne illustration du concept de collaboration entre des institutions publiques et privées pour la gestion des services de santé. Dans un contexte marqué par une forte présence des réseaux religieux, le Gouvernement choisit de tirer partie des infrastructures et des services existants et gérés par des acteurs non-gouvernementaux plutôt que d'entrer en concurrence avec eux. A cet effet, il lança en 1975 le concept de «zone de santé» (qui fut plus tard repris dans nombre

de pays africains), avant de le généraliser et de la consolider au début des années 1980.

La zone de santé constitue donc le niveau opérationnel de base pour l'organisation et la planification sanitaires en RDC. Une zone de santé est un espace géographique bien défini comprenant une population d'environ 50 000 à 100 000 personnes en milieu rural et de 100 000 à 250 000 personnes en milieu urbain. Elle comprend deux niveaux d'intervention:

- **Un réseau de « centres de santé »** (dispensaires) correspondant chacun à une subdivision de la zone de santé, l'« aire de santé » (5 000 à 10 000 habitants en milieu rural, 15 000 à 30 000 habitants en milieu urbain). Le centre de santé a pour mission d'offrir à la population un ensemble minimum de soins de santé primaire – et doit se trouver à moins de 5 kilomètres (soit environ une heure de marche) de la population desservie. Les communautés bénéficiaires sont fortement impliquées dans leur gestion.

- **Un « hôpital général de référence »** qui offre un ensemble de soins complémentaires pour la zone de santé.

En 1982, les zones de santé sont devenues la base du plan de santé national – avec environ 300 zones de santé géographiquement définies couvrant tout le territoire du pays. Soixante pour cent de ces zones étaient co-gérées avec des organisations religieuses. Suite à un re-découpage, il existe aujourd'hui plus de 500 zones de santé, dont une bonne partie est gérée par des structures non-gouvernementales et où le secteur privé joue parfois un rôle actif.

SITUATION ACTUELLE

Situation générale

La crise des années 1990 et les années de conflit ont eu des effets catastrophiques sur le système de santé et la situation sanitaire des populations. Bien que les statistiques détaillées manquent, les études existantes (notamment l'état des lieux à travers l'enquête MICS2 - 2001, prévue dans le programme de coopération 2000-2002 conclu en novembre 1999 entre le Gouvernement de la RDC et l'UNICEF) indiquent que la situation s'est dramatiquement détériorée depuis 1995 (qui était déjà une mauvaise année). On estime aujourd'hui que l'espérance de vie à la naissance en RDC ne dépasse pas 45 ans.

Aujourd'hui, selon les sources précitées, 70 pour cent de la population n'a pas ou a très peu accès à des services de santé – dont environ 37 pour cent de la population (approximativement 18.5 millions de personnes) n'ont accès à aucune forme de soin de santé. En ce qui concerne les Objectifs de développement pour le Millénaire dans le secteur de la santé, la situation est comme suit :

Objectifs de développement pour le Millénaire 1990 Cible Statut Remarques

Objectif 5: Réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des moins de 5 ans
207 69 205 Pour 1 000

Objectif 6: Réduire des trois quarts entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

870 218 estimé
à 1 290

Pour 100 000

naissances vivantes

Objectif 7: Stopper la propagation du VIH/SIDA d'ici 2015 et renverser la tendance.
<4% - 7.5% -

Objectif 8: Stopper la propagation de la malaria et d'autres endémies d'ici 2015 et renverser la tendance.

n/d n/d n/d La malaria se propage, d'après les estimations.

Les années de conflit ont laissé des cicatrices durables sur le système de santé qui était déjà sensiblement affaibli: destructions et dégradations des bâtiments et matériels (du fait des combats, des pillages, du manque d'entretien et du non-remplacement des équipements), cruel manque de consommables (en particulier de médicaments qui ne sont pas disponibles à proximité pour un tiers de la population et pas accessibles financièrement pour les deux-tiers de la population), perte ou la fuite de personnel médical et infirmier (ceux qui restent n'étant plus payés que par intermittence avec des conséquences importantes sur leur motivation et disponibilité), important retard technologique (avec des protocoles médicaux et pharmaceutiques dépassés, parfois dangereux).

La situation est aggravée par l'appauvrissement de la population et la détérioration des conditions de vie – notamment en ce qui concerne l'accès à l'eau potable et à l'assainissement (discutés au Chapitre 4 - Eau), la promiscuité dans laquelle vit une grande partie de la population, ainsi que la propagation du VIH/SIDA (discutée au Chapitre 8 – Lutte contre le VIH/SIDA).

Néanmoins, la structure du système de santé a survécu – notamment au niveau des zones de santé – et même pendant le conflit il a été possible de mener à bien des programmes nationaux (telles que les Journées de Vaccination). Ceci est largement dû au courage, au dévouement et au sens du devoir des personnels médicaux, ainsi qu'à la présence active d'un certain nombre de partenaires extérieurs malgré les difficultés. C'est sur cette base que le système de santé va pouvoir aujourd'hui être reconstruit.

La situation institutionnelle

Au niveau des zones de santé, en fin 2003, environ 280 zones sur 515 ont reçu un soutien durant les années de conflit qui leur a permis de continuer à fonctionner dans des conditions minimales. Les autres zones sont souvent restées isolées et la situation y est beaucoup plus difficile.

Le secteur privé joue un rôle important, notamment dans les centres urbains. Il n'est néanmoins pas en mesure de répondre à l'essentiel des besoins – et reste hors de portée financière pour la majeure partie de la population. Il est pourtant important de s'assurer de son implication pleine et entière dans tous les efforts de revitalisation du secteur.

Au niveau provincial, les autorités ont des responsabilités dans la gestion du secteur, notamment pour la conduite des inspections – mais leurs moyens humains et financiers sont extrêmement limités, ce qui les met dans l'incapacité de remplir leur rôle de manière satisfaisante.

Au niveau central, le Ministère de la Santé est en charge de la régulation et de la

direction du secteur – mais il est confronté à un cruel manque de moyens humains et financiers. Ce problème est aggravé par la prolifération des directions, agences, offices, bureaux, programmes spécialisées et autres sous-entités administratives dont le statut est souvent peu connu et les activités manquent parfois d'efficacité. Ceci aboutit à une dilution des maigres ressources disponibles et à une confusion des responsabilités.

Le financement du système

La situation actuelle est marquée par un très fort désengagement de l'Etat dans le financement du système de santé – en grande partie du fait de la faiblesse des revenus fiscaux. La part des dépenses de santé dans les dépenses totales du Gouvernement est ainsi passé de 2.5 pour cent en 1972 à moins de 1 pour cent en 2002 – soit \$13,5 millions répartis de la manière suivante: 62 pour cent pour les salaires des fonctionnaires, 14 pour cent en dépenses de fonctionnement, 13 pour cent en investissements et 11 pour cent en budgets annexes et divers. Ceci correspond à environ \$0.22 par habitant, soit une baisse en termes réels d'à peu près 50 pour cent durant la période 1991-2002.

Ces questions d'allocations sont aggravées par le faible niveau d'exécution du budget dans le secteur. Les dépenses sont en effet souvent partielles, irrégulières et non contrôlées. Les données de l'année fiscale 2001 suggèrent que les taux d'exécution sont d'environ 70 pour cent pour les salaires et d'environ 40 pour cent pour les dépenses courantes hors personnel (il n'existe pas d'information disponible sur l'exécution des crédits pour les dépenses communes et pour les budgets annexes). Le montant de \$0.22 par habitant est donc une surestimation des sommes effectivement dépensées par l'Etat dans le secteur.

Enfin, les dépenses publiques pour la santé sont largement utilisées à Kinshasa, qui comprend environ 15 pour cent de la population mais reçoit 60 pour cent des dépenses salariales et dispose de près de la moitié des médecins les mieux formés du pays. L'allocation budgétaire est ainsi de \$0.89 par habitant à Kinshasa – et aux alentours de \$0.10 par habitant dans les provinces.

La conséquence du désengagement de l'Etat est double :

- ***Le rôle des partenaires non-étatiques est prépondérant.*** La contribution du secteur public se limite à la propriété théorique des installations médicales et au versement partiel des salaires. La majeure partie des services de santé sont financés par les bailleurs de fonds, les ONGs internationales et leurs partenaires locaux (comprenant en particulier les églises), les entreprises (par les subventions et les services d'approvisionnement) et bien sûr les patients.

- ***Le coût des soins à la charge des populations a dramatiquement augmenté, laissant les services médicaux hors de portée des populations les plus pauvres.*** La charge du financement du système de santé public retombe souvent sur les administrateurs et leurs communautés, à travers des frais de consultation et d'autres contributions directes pour compléter les salaires des fonctionnaires de l'Etat. Les demandes de rémunérations complémentaires par le personnel médical sont courantes – et les patients insolubles sont souvent gardés de force dans les hôpitaux jusqu'à ce qu'ils s'acquittent des soins reçus. Les systèmes de soins privés sont souvent hors de portée pour les bourses congolaises.

Le système des zones de santé a permis la préservation du système de santé dans

un contexte de financement très décentralisé. Il n'en reste pas moins qu'il est essentiel de restaurer un système cohérent de financement – avec notamment:

- (i) une augmentation régulière et significative des allocations budgétaires au fur et à mesure que les revenus fiscaux croissent;
- (ii) des progrès dans l'exécution budgétaire;
- (iii) une révision de la répartition des ressources (à la fois sectorielle et géographique);
- (iv) une formalisation des rapports avec les partenaires non-étatiques afin d'assurer une couverture aussi homogène que possible du territoire.

Objectifs de développement pour le Millénaire (1): la santé des enfants

Un enfant sur huit meurt avant son premier anniversaire, un sur cinq avant l'âge de 5 ans – ce qui place la RDC parmi les cinq pays à plus forte mortalité infanto-juvénile. La mortalité des enfants diffère selon le milieu et la province de résidence, le niveau d'instruction de la mère, le sexe de l'enfant et le niveau de vie du ménage dans lequel vit l'enfant. La mortalité infanto-juvénile est plus élevée en milieu rural (un enfant sur quatre) qu'en milieu urbain (un enfant sur sept).

303. Le paludisme et les maladies diarrhéiques (souvent liées à la consommation d'eau non potable) sont les principaux tueurs. La malnutrition infantile reste un problème majeur avec près d'un enfant (de 1 à 4 ans) sur huit souffrant de malnutrition modérée et un sur dix de malnutrition sévère. D'une manière générale, la couverture vaccinale est faible: un peu plus de 50 pour cent pour le BCG, 46 pour cent pour la rougeole, 42 pour cent pour le VPO3, moins de 30 pour cent pour le DTC0q3. Au total, 23 pour cent des enfants reçoivent tous leurs vaccins – et 19 pour cent aucun.

Les différences selon les provinces – et entre milieux urbain et rural – sont importantes. Ceci est dû à:

- (i) la détérioration des infrastructures routières qui rend difficile l'accès aux structures de santé et entraîne des ruptures fréquentes de stock dans les zones de santé rurales;
- (ii) la dégradation des services de santé ;
- (iii) la perte de motivation du personnel de la santé ;
- (iv) la pauvreté plus grande des ménages ruraux et leur plus grande ignorance des moyens d'assurer la bonne santé des enfants.

Pour avoir une chance d'atteindre les Objectifs de développement pour le Millénaire, la RDC doit donc considérablement améliorer la couverture vaccinale, augmenter la part de la population ayant accès à l'eau potable et mettre en oeuvre un vaste programme de lutte contre la malaria chez les enfants. Ceci inclut à la fois des actions à conduire au niveau décentralisé des zones de santé et des programmes d'ampleur nationale à mener à bien de manière coordonnée au niveau central.

Objectifs de développement pour le Millénaire (2): la santé maternelle

Le taux de mortalité maternelle (nombre des femmes décédées de toute cause liée à ou aggravée par la grossesse pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou dans

les 42 jours ayant suivi la fin de la grossesse, sur 100 000 naissances vivantes) n'est pas connu avec précision, mais reste extrêmement élevé. On estime qu'il s'élève à environ 1 290 décès pour 100 000 naissances vivantes.

La mortalité maternelle est liée à deux facteurs principaux :

- L'accès à des soins prénatals de qualité, pour détecter à l'avance et prendre en charge les complications potentielles et les facteurs de risques pendant la grossesse et l'accouchement (tels que la pré-éclampsie, l'anémie, les maladies sexuellement transmissibles et la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, etc.). En RDC, le taux de couverture de ces soins est relativement élevé par rapport à d'autres pays dans la même situation puisqu'un peu plus de deux tiers des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals d'un personnel qualifié (27 pour cent n'ont accès à aucun service, 4 pour cent à des services dispensés par un personnel non qualifié). Le fort taux de mortalité suggère néanmoins que la qualité de ces soins (ou du suivi qui leur est apporté) reste problématique.
- L'assistance pendant l'accouchement par un personnel qualifié (agent de santé formé, y compris accoucheuses traditionnelles). Seules 61 pour cent des femmes sont assistées par un personnel qualifié (3 pour cent par un médecin, 20 pour cent par une infirmière et 37 pour cent par une accoucheuse). L'accès aux hôpitaux de référence en cas de complication pendant l'accouchement est souvent impossible.

Pour avoir une chance d'atteindre les Objectifs de développement pour le Millénaire, la RDC doit donc améliorer les taux de couverture des soins prénatals et les taux d'accouchements assistés (ce qui requiert des actions au niveau de la zone de santé), mais aussi mettre en oeuvre sur l'ensemble du pays des programmes de formation permettant d'améliorer la qualité de ces services.

Objectifs de développement pour le Millénaire (3): les maladies épidémiques et Endémiques

La RDC se trouve dans la triste situation d'un pays en proie à un grand nombre de maladies épidémiques et endémiques telles que le paludisme (au moins 2 millions de cas et environ 500 000 décès en 2003), la méningite cérébro-spinale (6 500 cas et 1 650 décès en 2003), la rougeole (40 000 cas et 1 900 décès en 2003), les infections respiratoires aiguës, les diarrhées (17 000 cas de choléra en 2003), la coqueluche, la lèpre, la tuberculose, la trypanosomiase (maladie du sommeil) ou l'onchocercose (environ 8 millions de personnes infectées et 62 000 non voyants). De plus des maladies encore très mal connues font l'objet de flambées épidémiques locales – ainsi les fièvres hémorragiques à virus Ebola (Kikwit) et Marbourg (Watsa), le Monkey Pox (Sankuru, Equateur, Bandundu, Kasai Occidental).

Le cas du paludisme est particulièrement inquiétant avec une recrudescence au cours des dernières années. Cette maladie représente 92 pour cent des consultations enregistrées et est la cause de 52 pour cent des cas de décès enregistrés. En moyenne, dans les hôpitaux, trois lits sur dix sont en permanence occupés par des malades souffrant du paludisme.

Pour avoir une chance d'atteindre les Objectifs de développement pour le Millénaire, la RDC doit donc mettre en place des systèmes permettant de lutter contre les principales pandémies, et notamment la malaria, à travers des programmes mis en oeuvre

au niveau local (à travers les zones de santé) mais coordonnés au niveau national.

LES ACTIONS EN COURS

Au cours des dernières années, un certain nombre d'actions ont été entreprises par le Gouvernement pour améliorer la situation dans le secteur. Ceci inclut des actions telles que: la reprise graduelle du paiement des salaires des personnels infirmiers et médicaux en parallèle à l'effort d'assainissement des finances publiques en cours depuis 2001, le renforcement de la coopération avec les acteurs non-gouvernementaux impliqués dans le soutien aux zones de santé, et la réhabilitation d'un certain nombre d'infrastructures de santé (dispensaires, hôpitaux). Ces efforts, néanmoins sont restés limités du fait du manque de moyen humain, financier et logistique. Un accent particulier a été mis sur la préparation d'une stratégie pour le secteur dans le cadre du processus DSRP Intérimaire en cours (et en collaboration avec tous les partenaires concernés).

En parallèle, un certain nombre de bailleurs, notamment l'UNICEF, la Banque mondiale, la Commission européenne, l'Allemagne, la Belgique, le Canada, les Etats-Unis, l'Italie, le Japon, les Pays Bas, le Royaume Uni et d'autres partenaires bilatéraux ont financé des actions dans le domaine de la santé – soit dans le cadre du PMURR pour la partie Sud et Ouest du pays, soit à travers un certain nombre de partenaires institutionnels (souvent des ONGs) dans les provinces orientales et septentrionales. Ces efforts ont joué un rôle-clé non seulement pour assurer la prestation de services médicaux à des populations très appauvries, mais aussi pour assurer la préservation du système décentralisé des zones de santé. Le Gouvernement est très reconnaissant envers ses partenaires pour ces appuis.

LES OBJECTIFS POUR LES 3 A 4 PROCHAINES ANNEES

Dans le cadre du programme minimal pour les 3 ou 4 années à venir, l'objectif général est de ***revitaliser le système de santé afin de pouvoir avancer sur la voie des Objectifs de développement pour le Millénaire.***

Pour ce faire, la stratégie est double:

- ***Appuyer le réseau des zones de santé*** pour améliorer la couverture médicale de la population – à travers des actions décentralisées de soutien au niveau de chaque zone de santé – et en travaillant en partenariat étroit avec les acteurs nongouvernementaux impliqués dans le secteur (dont le secteur privé);
- ***Mettre en oeuvre des programmes au niveau national et renforcer les capacités à tous les niveaux, national ou intermédiaire, pour compléter les actions locales*** sur chacun des grands axes des Objectifs de développement pour le Millénaire: lutte contre la mortalité infanto-juvénile; lutte contre la mortalité maternelle; lutte contre les grandes pandémies (et notamment la malaria) et épidémies.

Pour atteindre les objectifs du programme, il sera important que Gouvernement et donateurs puissent travailler en partenariat : la complémentarité entre réformes institutionnelles, fonctionnement (qui sont du ressort du Gouvernement) et investissements (qui devront être appuyés par les bailleurs) est évidente et seule une action coordonnée sur ces deux volets pourra permettre d'atteindre les objectifs indiqués ci-dessus. Les paragraphes suivants visent à définir les priorités pour chacun de ces deux volets, mais il est important de souligner que les résultats escomptés ne pourront être obtenus si l'un de ces deux volets venait à manquer.

L'importance donnée au progrès vers les Objectifs de développement pour le Millénaire appelle deux remarques. D'abord, il est important de réaliser que, au vu de la taille du pays, les Objectifs de développement pour le Millénaire ne pourront être atteints pour l'Afrique dans son ensemble s'il n'y a pas de progrès très significatifs en RDC. Ensuite, au vu de l'ampleur de la crise, le bénéfice potentiel de l'aide extérieure (en termes de coût d'opportunité) est très élevé: un montant même faible peut permettre d'obtenir des résultats importants. Un investissement dans le secteur de la santé en RDC constitue donc un moyen efficace de contribuer au progrès vers les Objectifs de développement du Millénaire en Afrique.

LES PRIORITES INSTITUTIONNELLES

Les besoins urgents en terme de réformes institutionnelles sont multiples – mais dans un contexte de transition politique et d'affaiblissement des institutions, toutes ces réformes ne pourront être menées à bien dans le court terme. Il importe donc d'être sélectif, d'éviter la dispersion et de concentrer les efforts sur quelques actions-clés seulement (du moins dans une phase initiale). Dans ce cadre, les priorités ont été sélectionnées sur la base de critères d'impact (par exemple les mesures qui visent à débloquer des situations) et de réalisme (possibilité de les lancer ou mener à bien dans la période qui vient).

Afin de bien marquer la nécessité de concentrer les efforts, seules les cinq mesures les plus prioritaires ont été retenues dans cette note – et il est clair que bien d'autres actions seront nécessaires. Toutefois, la mise en oeuvre effective de ces cinq priorités constituerait un effort important de la part du Gouvernement et devrait permettre des améliorations substantielles de la situation.

Les priorités retenues sont les suivantes :

• **Assurer le paiement substantiel et régulier du personnel de santé** à travers l'ensemble du pays. Il s'agira:

(i) tout d'abord d'assurer le versement des salaires de manière régulière dans toutes les provinces et y compris dans les zones reculées (par un élargissement graduel des zones dans lesquelles les salaires sont payés);

(ii) puis de revaloriser les rémunérations des personnels-clés, sur la base d'un taux forfaitaire plutôt que d'une multiplication de tous les niveaux du barème (à titre d'exemple un infirmier gagne environ \$10 par mois);

(iii) enfin de parvenir à une formule de règlement des arriérés (qui ne pourra sans doute pas comprendre le paiement intégral des montants dus).

• **Re-définir le financement du secteur de la santé.** Dans les années qui viennent, les mesures qui peuvent être envisagées de manière réaliste incluent:

(i) l'augmentation graduelle de la part du budget consacré au secteur de la santé, au fur et à mesure de l'amélioration des finances publiques;

(ii) la révision de la distribution géographique des ressources disponibles, afin d'assurer un meilleur traitement des provinces hors Kinshasa (par exemple en leur allouant une part

plus importante des augmentations au fur et à mesure que celles-ci se matérialisent);

(iii) la mise en place de mécanismes appropriés pour permettre l'amélioration de l'exécution budgétaire, afin d'assurer l'emploi, et l'utilisation à bon escient, de toutes les ressources disponibles.

• ***Définir un cadre administratif, réglementaire et financier à tous les niveaux pour un partenariat avec les acteurs non-gouvernementaux dans le secteur.***

Ceci demandera en particulier:

- (i) un effort de concertation avec ces acteurs afin d'assurer une bonne coordination des interventions permettant d'obtenir une couverture homogène des interventions sur l'ensemble du territoire national (ce qui pourrait commencer par un recensement précis des infrastructures existantes, publiques et privées, dans les zones de santé);
- (ii) une contractualisation des relations, sur un modèle basé sur la performance et les résultats plutôt que sur les processus;
- (iii) une redéfinition inscrite dans la loi du rôle de l'Etat, en tant que planificateur et régulateur, avec un rôle moindre dans le domaine de la prestation de service;
- (iv) une clarification du rôle dévolu au secteur privé.

• ***Réorganiser les niveaux central et intermédiaire du système de santé –*** notamment:

- (i) en rationalisant les répartitions fonctionnelles au sein des administrations centrales du Ministère de la Santé (y compris en agrégeant un certain nombre de ces bureaux et en clarifiant les responsabilités);
- (ii) en revoyant les effectifs et les qualifications du personnel au niveau du Ministère de la Santé;
- (iii) en encourageant à la décentralisation de certains moyens (humains et financiers) au niveau provincial, afin de renforcer l'échelon provincial d'inspection.

• ***Elaborer et adopter une stratégie sectorielle à moyen-terme***, qui permette de renforcer les services et la gouvernance dans le secteur. Ceci est une condition pour accéder au Point d'Achèvement de l'initiative PPTE – et devrait être mené à bien dans le cadre du processus DSRP.

LES INVESTISSEMENTS PRIORITAIRES

Choix des investissements

Une liste d'investissements prioritaires pour lesquels le soutien financier de la communauté internationale sera nécessaire a été établie par le Gouvernement, dans le cadre d'un « PMURR élargi ». Le choix des infrastructures prioritaires a été effectué en collaboration étroite avec tous les acteurs du développement, y compris le secteur privé, la société civile et les organisations communautaires. Il reprend intégralement les

priorités identifiées dans le PMURR et non encore financées, ainsi que les projets déjà discutés avec les bailleurs actifs en RDC.

Synthèse des besoins financiers

Du fait de l'absence d'informations détaillées, il est encore impossible de chiffrer les besoins financiers pour parvenir à atteindre les Objectifs de développement pour le Millénaire. Des études préliminaires de la Banque mondiale suggèrent néanmoins que ces besoins se chiffrent aisément en milliards de dollars pour le seul secteur de la santé. Les chiffres présentés ici correspondent donc à un programme minimal sur la base d'une évaluation des possibilités de mobilisation des financements extérieurs.

Le tableau ci-dessous reprend la synthèse des besoins en terme d'appui financier dans le secteur – pour la durée du programme et pour la première année.

Table 7: Besoins financiers pour le secteur de la santé (en US\$)¹⁵

Objectif

Besoins financiers

pour le programme

de 3 à 4 ans (\$US)

Besoins financiers

pour la première

année (\$US)

Soutien aux zones de santé 480 000 000 122 000 000

Soutien aux zones de santé déjà appuyées 360 000 000 69 000 000

Ré-engagement dans 80 zones de santé par an 120 000 000 53 000 000

Programmes spéciaux 156 000 000 46 000 000

Lutte contre le paludisme 70 500 000 23 000 000

Lutte contre la lèpre et la tuberculose 42 000 000 10 500 000

Lutte contre l'onchocercose 19 500 000 6 000 000

Lutte contre la trypanosomiase 4 500 000 1 000 000

Renforcement des capacités d'alerte épidémiologique 7 500 000 2 000 000

Campagnes de vaccination 12 000 000 3 500 000

Appui institutionnel pour la gestion du système de santé 15 000 000 4 000 000

TOTAL SANTE 651 000 000 172 000 000

Soutien aux zones de santé

L'essentiel du coût du programme va aux zones de santé qui constituent l'ossature du système congolais. Ce soutien à un double objectif:

- **Maintenir le soutien actuellement en cours** dans environ 280 zones;
- **Apporter un soutien à celles des zones qui ne sont pas encore soutenues**, au rythme de 80 zones supplémentaires par an.

Sur le plan financier, le niveau d'appui aux zones de santé déjà soutenue varie souvent d'un bailleur à l'autre, voire d'un projet à l'autre (une carte en annexe présente la répartition géographique des zones de santé appuyées en 2004). On estime toutefois qu'un montant de l'ordre de \$300 000 par an est le minimum nécessaire pour permettre le fonctionnement au plus juste d'une zone de santé. Ce montant comprend essentiellement les frais de fonctionnement des structures sanitaires (centres de santé et hôpital de référence), y compris les consommables et des compléments de salaires pour les personnels-clés. La composition exacte de l'assistance nécessaire varie bien entendu en

fonction de la situation dans chaque zone et doit donc faire l'objet d'une évaluation individuelle. Les besoins de financement correspondent à 4 années de financement avec respectivement 280, 360, 440 et 515 zones de santé chaque année.

Le ré-engagement dans des zones non-encore soutenues induit un coût supplémentaire (mise en place de systèmes, petite réhabilitation, constitution de stocks, etc.) estimé à un minimum de \$500 000. Il s'applique à 80 zones de santé par an, sur trois ans (pour parvenir à une couverture des 515 zones). Les critères de sélection pour définir les zones de santé à ré-engager de manière prioritaire incluent:

(i) la densité démographique;
(ii) la situation dans les zones de santé voisines; (iii) le coût effectif du ré-engagement (en particulier en matière de construction ou de réhabilitation) rapporté à la taille de la population; (iv) la faisabilité pratique du ré-engagement (logistique, sécurité, etc.); (v) l'existence d'un certain nombre d'autres éléments indispensables au bon fonctionnement d'une zone de santé (personnel médical, etc.).

Il est clair que ces estimations correspondent à des minimum et restent très en-deçà des besoins. Au vu des ressources qui peuvent être mobilisées dans le secteur, il est néanmoins important d'assurer une certaine homogénéité du soutien en répartissant les ressources disponibles. C'est sur cette base que les estimations ont été faites.

Programmes spéciaux

Il s'agit de soutenir la mise en oeuvre de programmes spéciaux dont un certain nombre ont été définis avec l'appui des bailleurs ou des agences spécialisées des Nations Unies. Ces programmes viennent en complément des actions menées au niveau des zones de santé. Les priorités sont au nombre de quatre:

- ***Lutte contre le paludisme*** (notamment par la distribution de moustiquaires imprégnées et l'amélioration de la capacité des zones de santé à faire face à cette maladie);
- ***Lutte contre autres principaux fléaux qui déciment la population***: lèpre, tuberculose (dans le cadre du programme multi-pays, multi-bailleurs Stop TB), trypanosomiase, onchocercose (dans le cadre du programme multi-pays, multibailleurs de lutte contre cette maladie);
- ***Revitalisation du système d'alerte épidémiologique***, afin de contenir le développement des épidémies (y compris de maladies comme l'Ebola);
- ***Financement des PEV nationaux de vaccination***, pour lequel l'infrastructure est toujours en place malgré les années de conflit.

Les estimations financières présentées ci-dessus sont basées sur le travail réalisé avec des partenaires extérieurs. Il est clair qu'elles correspondent à des minimum et restent très en-deçà des besoins. Elles visent néanmoins à permettre de relancer des activités qui sont essentielles pour l'amélioration de la situation sanitaire des Congolais, afin de répondre aux besoins les plus urgents et de mettre en place la base sur laquelle des programmes d'ampleur pourront être menés à bien dans les années à venir.

Appui institutionnel

L'appui institutionnel demandé vise avant tout à préparer et accompagner les réformes institutionnelles sur lesquelles le Gouvernement s'est engagé. Il inclut à la fois équipements, formation et assistance technique. Les besoins spécifiques seront définis de manière précise au fur et à mesure que les réformes progresseront, en concertation étroite entre bailleurs, Gouvernement et autres acteurs dans le secteur de la santé.

Il est à noter que le versement des salaires des personnels-clés du système de santé constitue la condition *sine qua non* du redressement du système – sans laquelle toutes les autres activités indiqués au chapitre des réformes ainsi que les investissements resteront sans effet. Le Gouvernement s'est engagé à travailler en ce sens, mais les ressources restent limitées. Il est donc essentiel qu'il puisse disposer d'une aide (de préférence sous la forme d'un appui budgétaire) qui lui permette de mobiliser les ressources financières nécessaires au paiement des salaires du personnel de santé. Ceci est discuté au Chapitre 1 – Gestion Macro-économique).

Mise en œuvre

L'expérience à ce jour (au titre du PMURR mais également des autres programmes en cours) a conduit un certain nombre de partenaires de la RDC (dont la Banque mondiale) à considérer que la mise en oeuvre d'un programme de l'ampleur de celui qui est décrit ici est réalisable en 3 à 4 ans. Les contraintes de mise en oeuvre ne devraient donc être un facteur limitant ni pour l'absorption, ni pour la mobilisation des ressources extérieures.

Afin de maximiser l'impact des ressources disponibles, les bailleurs sont encouragés à prêter attention aux points suivants:

- La mise en oeuvre devra reposer sur une structure décentralisée faisant intervenir tous les partenaires actifs dans le secteur de la santé – et notamment les ONGs et réseaux religieux. Ceci est particulièrement important en ce qui concerne les actions de soutien aux zones de santé.
- Il sera néanmoins important d'assurer une coordination minimale au niveau national, essentiellement pour faire le recensement des programmes en cours (et éviter ainsi chevauchements et « trous » dans la couverture) et assurer une certaine homogénéité du niveau de soutien à travers le pays. Cette coordination pourra se faire dans le cadre d'un groupe de travail sectoriel, dans lequel le Ministère de la Santé s'engage à jouer un rôle déterminant.
- Il est également important d'assurer que les ressources fournies par les bailleurs soient utilisées de la manière la plus efficace possible. Ceci appelle deux remarques en particulier: (i) dans la mesure du possible, il conviendra d'attribuer les marchés de travaux ou de fournitures à travers des procédures de mise en compétition qui fassent jouer la concurrence; (ii) il faudra veiller à minimiser les frais de gestion des programmes et à les ramener à des niveaux comparables à ceux en vigueur dans les pays voisins (un trop grand nombre d'ONG, notamment à l'Est du pays, demandent malheureusement des frais de fonctionnement de 25 à 30 pour cent du montant total des programmes).
- A l'exception de certaines zones isolées et mal couvertes qui nécessitent la construction de nouveaux centres de santé, la plupart des interventions devront se faire en s'appuyant sur l'infrastructure existante. Dans un contexte de pénurie, la

réhabilitation de l'existant devra avoir la priorité sur les nouvelles constructions.

- La mise en oeuvre devra s'appuyer au maximum sur les communautés locales dont la connaissance du terrain est irremplaçable. Ce mécanisme permettra également de renforcer la cohésion sociale. Il conviendra aussi d'impliquer les communautés dans un certain nombre de mécanismes originaux, notamment pour la désignation des bénéficiaires de l'aide dans les cas où les ressources disponibles ne suffiront pas à assister toute la population, et pour la compensation des personnes qui n'auront pas pu bénéficier des aides proposées.