

**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE**



**PLAN DIRECTEUR DE
DEVELOPPEMENT SANITAIRE
2000-2009.**

Juin 2000

LISTE DES ABREVIATIONS

AG	:	Administrateur Gestionnaire
ASC	:	Animateur de Santé Communautaire
B.C.	:	Bas-Congo
BCT	:	Bureau Central de la Trypanosomiase
BCZ	:	Bureau Central de la Zone
BCZS	:	Bureau Central de la Zone de Santé
BDOM	:	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales
BEP	:	Bureau d'Etudes et Planification
BIP	:	Bureau de l'Inspection Médicale
BNL	:	Bureau National de la Lèpre
BNLO	:	Bureau National de l'Onchocercose
BNT	:	Bureau National de la Tuberculose
BOP	:	Budget Pour Ordre
CA	:	Conseil d'Administration
CBCO	:	Communauté Baptiste Congo Ouest
CDT	:	Centre de Dépistage de la Tuberculose
CDTC	:	Centre de Dépistage de la Tuberculose et Contrôle
CEPAM	:	Centre Protestant d'Approvisionnement en Médicaments
CEC	:	Centre Evangélique du Congo
CEPLANUT	:	Centre de Planification de Nutrition Humaine
CH	:	Centre Hospitalier
CN	:	Centre Nutritionnel
CNS	:	Centre Nutritionnel de Supplémentation
CNT	:	Centre Nutritionnel Thérapeutique
CP	:	Coordonnateur Provincial
CPN	:	Consultation Périnatale
CPS	:	Consultation Préscolaire
CS	:	Centre de Santé
CT	:	Court Terme
CTB	:	Coopération Technique Belge
CSR	:	Centre de Santé de Référence
CSESS	:	Conseil Supérieur de l'Enseignement des Sciences de la Santé
CTB	:	Coopération Technique Belge
DCMP	:	Dépôt Central Médico-Pharmaceutique
DOT's	:	Drug Oral Treatment (Prise des médicaments sous supervision)
DTC	:	Diphthérie Tétanos Coqueluche
ETRI	:	Bureau d'Etudes et de Renforcement Institutionnel
FONAMES	:	Fonds National Médico-Sanitaire
HGR	:	Hôpital Général de Référence
IEC	:	Information, Education et Communication
IRA	:	Infections Respiratoires Aiguës
ITM	:	Institut Technique Médical
ISTM	:	Institut Supérieur des Techniques Médicales
K. OR	:	Kasaï Oriental
LAPHAKI	:	Laboratoire Pharmaceutique de Kinshasa

LISTE DES ABREVIATIONS (suite)

LT	:	Long Terme
MCZ	:	Médecin Chef de Zone
MSF	:	Médecin Sans Frontière
MST	:	Maladies Sexuellement Transmissibles
MT	:	Moyen Terme
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PCGC	:	Plan Comptable Général Congolais
PCIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PCT	:	Polychimiothérapie
PDDS	:	Plan Directeur de Développement Sanitaire
PEV	:	Programme Elargi de la Vaccination
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PNB	:	Produit National Brut
PND	:	Programme des Naissances Désirables
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PVV	:	Personnes Vivant avec le VIH
RDC	:	République Démocratique du Congo
RVF	:	Régie des Voies Fluviales
SPTK-K	:	Santé Pour Tous Kinshasa
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SSP	:	Soins de Santé Primaires
TDCI	:	Troubles Dus à la Carence en Iode
TRO	:	Traitement par Réhydratation Orale
UNICEF	:	United Nations Children's Emergency Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfant)
USAID	:	United States Agency for International Development
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VIP	:	Very Important Persons
ZS	:	Zone de Santé

1. PRESENTATION SOMMAIRE DE LA RDC.

1.1. Situation géographique

La République Démocratique du Congo est située en Afrique Centrale entre le 4^{ème} degré de latitude Nord et le 2^{ème} degré de latitude sud. Elle est limitée par la République du Congo et l'Angola à l'Ouest ; la République Centrafricaine et le Soudan au Nord, l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie à l'Est, l'Angola et la Zambie au Sud.

Avec une superficie de 2.345.000 Km², la République Démocratique du Congo est le second pays de l'Afrique sub-saharienne par son étendue.

Le réseau hydrographique est dense. Le Fleuve Congo qui traverse presque toute la république, est long de 4700 Km et a des nombreux affluents. Une plus grande partie du pays est couverte par la forêt. Le pays connaît plusieurs climats : climat tropical et humide au nord et au sud, climat équatorial au centre et climat tempéré en altitude à l'est.

1.2. Démographie

La population de la RDC est estimée à 48.707.000 d'habitants, en 1998 soit une densité de 21 habitants au Km². Le taux de croissance est de 3% et les projections démographiques à l'horizon 2000, 2005 et 2010, effectuées par l'Institut National de la Statistique à partir des données du recensement scientifique de 1984 sont respectivement de 52.099.000 habitants, 60.397.020 et 69.339.560 habitants. (Annexe 1).

Le pays est habité en majorité par les bantous, les Soudanais, les Pygmées, les Nilotiques et les Hamites. La majorité de la population habite en milieu rural (60 %).

La population congolaise actuelle est très jeune : les moins de 20 ans (jeunes) représentant presque 57 % de la population totale alors que la population âgée de 20 à 59 ans (adultes) ne représente qu'environ 38,8 % ; celle âgée de 60 ans et plus compte pour près de 4,1 %, selon l'enquête du Ministère de la Santé d'avril 1998.

La langue officielle du pays est le français. Quatre langues nationales sont parlées par les habitants : le Swahili, le Lingala, le Kikongo et le Tshiluba.

Le taux d'alphabétisation des adultes est supérieur à 80 % pour les hommes et est inférieur à 60 % pour les femmes.

Les principales religions pratiquées dans le pays sont : le catholicisme, le protestantisme, le Kimbaguisme et l'Islam.

1.3. Situation Politique

Le Gouvernement en place depuis le 17 mai 1997 évolue vers le régime présidentiel de type américain ou sud-africain. Mais il n'est pas encore achevé. Le Chef de l'Etat et Président de la République est en même temps Chef du Gouvernement de Salut Public qui est, en réalité, un

Gouvernement de transition. Il se compose du Président de la République, des ministres d'Etat, des ministres et des vice-ministres.

1.4. Situation Socioculturelle

En République Démocratique du Congo, il y a 350 ethnies ou tribus, mais aucune d'elles n'est dominante. Toutes les ethnies et tribus se valent. Néanmoins on connaît de temps en temps des conflits ethniques dans certaines provinces.

- Deux systèmes matrimoniaux régissent les structures familiales et parentales en République Démocratique du Congo. Il s'agit des systèmes matrilineaire et patrilineaire. Mais les deux ont en principe un dénominateur commun : la primauté du groupe sur l'individu. Dans les villes, où l'on subit directement l'influence de l'Occident, on commence à remarquer une certaine évolution dans le sens contraire.
- Quand un membre de la famille tombe malade, les Congolais en général et ceux habitant les milieux ruraux en particulier pensent très souvent à l'envoûtement, donc à la sorcellerie. Ces croyances et comportements n'ont pas complètement disparu. Mais nombre de Congolais ont compris et consultent souvent le médecin ou l'infirmier de leur ressort en cas de maladie.
- La politique en matière d'équité et de genre de la République Démocratique du Congo est de soigner tout le monde, sans distinction d'ethnie, de race, de religion, de sexe, de rang social, etc. Cependant, les difficultés économiques ne permettent pas à chaque Congolais d'accéder facilement aux soins de santé. Le but de la réforme présente est notamment de corriger ce genre d'inégalités.

1.5. Education

- Les estimations des effectifs pour l'année 1978/1979 indiquent des taux de scolarisation élevés tant au primaire (94,1%) qu'au secondaire (25 %). Cependant, ces taux sont en baisse depuis 1987/1988 où l'on a enregistré 74,1 % au primaire et 23 % au secondaire.
- En 1995, 28,6 % d'enfants âgés de 6 à 14 ans (25,7 pour les garçons et 31,5 pour les filles) n'avaient jamais fréquenté l'école. La scolarisation était de 46,3 % chez les 5 – 9 ans, et de (49,8 pour garçons et 42,4 pour filles).
- Selon les résultats de l'enquête de l'état des lieux du secteur de santé effectuée en avril 1998, 63,9 % d'adolescents de 10 à 14 ans ont déclaré avoir achevé leurs études primaires et 50,1 % des adolescents de 15 à 19 ans ont déclaré avoir terminé leurs études primaires (annexe 3).
- Cela revient à dire qu'en République Démocratique du Congo, les besoins en éducation n'ont jamais rencontré l'offre équivalente, à cause de la forte pression démographique, des faibles performances économiques et de la mauvaise répartition du revenu national.

1.6. Situation administrative

Le Pays est divisé en 11 Provinces subdivisées à leur tour en 41 districts et villes et 216 territoires et communes.

Chaque province est dirigée par un Gouverneur. Les districts et les territoires sont respectivement gérés par des Administrateurs de district et des Administrateurs de territoire. Le pouvoir coutumier s'exerce conformément à la tradition.

1.7. Situation économique

La majorité de la population pratique l'agriculture. Certains groupes de la population vivent essentiellement de la chasse, de la cueillette, de l'élevage et de la pêche. Le pays est faiblement industrialisé.

Avec un PNB estimé à moins de 120 \$, le Congo se classe parmi les pays à plus faible revenu du continent et du globe.

Selon les résultats du recensement scientifique de 1984, parmi les emplois recensés, 53,8 % sont de la catégorie des indépendants. Dans la même logique on assiste à une sérieuse croissance du secteur informel qui de 60 % durant les années 80 a fini par représenter plus de 80 % du PIB au début des années 90. (Annexe 2).

Répartition du revenu et PIB

La répartition des revenus se caractérise ainsi par des disparités entre le milieu urbain et la campagne, entre les zones minières et les zones agricoles. Depuis l'indépendance (1960), le PIB est constamment resté inférieur à son niveau de 1958 (350 \$ par tête). En 1985, il s'élevait à 2.944 millions de dollars soit 100 \$ par tête environ. Entre 1959 et 1986, le PIB s'est accru de 44 % alors que la population a quant à elle augmenté de 220 % (annexe 2).

Vers les années 1980, la répartition du PIB entre les provinces donnait le résultat ci-après : Kinshasa et Katanga 280 \$ par tête, Bas-Congo 114,5 \$, le Kasai Oriental 78 \$ et les autres provinces avaient un PIB par tête situé entre 44 et 58 \$.

D'après les données du PNUD, le PIB est estimé à 155 \$ par habitant en 1995.

1.8. Transports et Communications

Située à cheval sur l'Equateur, la République Démocratique du Congo est équitablement arrosée par le fleuve et des grandes rivières situées de part et d'autre de cette ligne. Le pays dispose de 13000 Km de voies navigables malheureusement entrecoupées par des rapides. A ce réseau fluvial s'ajoutent 148 Km de bief maritime et 1300 Km de liaisons lacustres. La fonctionnalité de tout ce réseau est fortement réduite par défaut de dragage et des insuffisances dans le système de balisage. La Régie des voies fluviales (RVF) supposée exécuter ce travail se trouve présentement démunie des ressources nécessaires à cette mission.

En République Démocratique du Congo, la voie ferrée avait été conçue comme un palliatif permettant de contourner les rapides qui entrecoupent le fleuve. Cette voie ferroviaire est composée de deux tronçons principaux représentés à l'ouest par la ligne KINSHASA-MATADI et dans le sud-est ILEBO-SAKANIA. Comme la voie fluviale, la voie ferroviaire est dans un état de délabrement avancé. Jusqu'au milieu des années 80, le pays disposait de 5.138 Km de voies ferrées. Le manque d'entretien fait qu'une bonne partie du matériel roulant est hors d'usage ou encore frappée d'obsolescence.

Le pays dispose théoriquement de 145.100 Km de routes dont 2400 Km asphaltées. Malheureusement, la rigueur du climat se conjuguant avec le manque d'entretien fait qu'une infime partie de cette capacité est à ce jour fonctionnelle.

En 1990, la République Démocratique du Congo disposait d'un réseau aérien composé de 5 aéroports internationaux (Kinshasa, Lubumbashi, Goma, Kisangani, Gbadolite), 43 aéroports publics avec piste en béton et une multitude de pistes privées disséminées à travers le pays. Par manque d'entretien une bonne partie de ce réseau connaît une fonctionnalité réduite.

Le réseau téléphonique n'est pas assez développé. Le téléphone ordinaire est quasi inexistant. Le téléphone cellulaire qui prend de l'extension est encore limité à quelques grandes villes du pays. Le système de phonie est le plus utilisé. Environ 80 % des zones de santé peuvent être atteintes par ce moyen. Tous les bureaux des Gouverneurs provinciaux disposent de phonies à longue portée pour leur communication avec le niveau central.

En conclusion, il faut reconnaître que le pays souffre présentement d'une insuffisance grave en matière de transports et communications.

1.9. Situation sanitaire

1.9.1. Politique et système de santé

La situation sanitaire de la République Démocratique du Congo a connu des niveaux variables depuis la période coloniale jusqu'à ce jour. A l'aube de l'indépendance, la politique sanitaire était essentiellement axée sur la médecine curative avec les centres médico-chirurgicaux et des dispensaires satellites.

Avec les changements socio-politiques des années 1960 et 1970, le système de santé a connu de profondes perturbations. La population ne pouvait accéder aux rares soins de santé que grâce aux efforts de plusieurs intervenants qui ont commencé à expérimenter des politiques de santé communautaire dont l'évolution progressive a abouti à la politique sanitaire basée sur les soins de santé primaires.

La politique qui régit le secteur de la Santé des années 1978 à ce jour a pour option fondamentale « la satisfaction des besoins de santé de toute la population qu'elle soit en milieu urbain ou en milieu rural ». Elle vise :

- L'éducation concernant les problèmes de santé et les méthodes de lutte ;
- La promotion de bonnes conditions nutritionnelles ;
- La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
- La lutte contre les épidémies et les endémies ;
- La vaccination contre les maladies infectieuses ;
- Le traitement des maladies et des lésions courantes ;
- L'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base ;
- La fourniture des médicaments essentiels.

Le système de santé est structuré de la manière suivante :

Au niveau central :

Le Ministre de la Santé Publique

Le Secrétariat Général qui comprend un secrétariat et 6 Directions :

1. Direction des services généraux
2. Direction des hôpitaux
3. Direction de la pharmacie, des médicaments et laboratoires
4. Direction de l'épidémiologie et de grandes endémies
5. Direction des Soins de santé Primaires
6. Direction de l'Enseignement des sciences de la santé.

Au niveau provincial :

Dans chaque province, il existe une division provinciale de la santé. Celle-ci est dirigée par un médecin inspecteur provincial et comprend différents bureaux suivant le modèle des directions du niveau national.. Chaque province a des laboratoires provinciaux qui fonctionnent sous l'autorité du médecin inspecteur provincial.

Au niveau du district :

Il existe 3 cellules : la cellule des services généraux et études, la cellule de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et la cellule du service d'hygiène Ces 3 cellules sont supervisées par le médecin inspecteur de district

Au niveau périphérique :

Le pays est subdivisé en 306 zones de santé. La zone de santé est l'unité de planification et d'exécution des soins de santé primaires. Elle a comme organe de gestion le bureau central de la zone de santé dirigé par le Médecin Chef de Zone. Chaque zone de santé a un Hôpital général de référence (HGR), un ou plusieurs centres de santé de référence (CSR), des centres de santé et des postes de santé. En 1988, 80 % des zones de santé étaient fonctionnelles et maintenant 30 % seulement sont restées fonctionnelles. Il y a un réseau de 400 hôpitaux et 5.078 formations sanitaires.

Le pays compte plusieurs programmes de santé dont les principaux sont : le programme de lutte contre le paludisme, le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques, le programme de lutte contre la Trypanosomiase, le programme de lutte contre la lèpre, le programme de lutte contre l'Onchocercose, le programme de lutte contre la tuberculose et le programme de lutte contre le SIDA, le programme de lutte contre la bilharziose, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et les Troubles dus à la Carence en Iode (TDCI).

1.9.2. Ressources

La situation des ressources disponibles pour les prestations des services de santé selon les données de l'enquête d'avril 1998 se présente de la manière suivante :

1.9.2.1 Personnel

Les services de Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général y compris les 6 Directions nationales utilisent 379 agents dont la répartition se présente de la manière ci - après :

Tableau n° 1 : Répartition du personnel par services de santé au niveau central

<i>Services</i>	<i>Nombre d'agents</i>
Cabinet du Ministre	32
Bureau du Secrétaire Général	42
1 ^{ère} Direction	62
2 ^{ème} Direction	33
3 ^{ème} Direction	61
4 ^{ème} Direction	80
5 ^{ème} Direction	33
6 ^{ème} Direction	36
TOTAL	379

Source : Enquête de l'état des lieux du secteur de santé d'avril 1998, Ministère de la santé publique.

Il y a une disproportion dans la répartition du personnel entre la mission et les effectifs de différents services. Certains services semblent avoir un personnel pléthorique.

Les 20 Directeurs qui gèrent les services centraux ont tous un niveau égal ou supérieur à la licence. Neuf sur vingt n'ont pas une formation en santé publique ou une spécialisation quelconque.

Cette situation s'observe aussi au niveau des directions des projets, programmes et établissements publics sous tutelle du Ministère de la Santé Publique comme le montrent les données au tableau de l'annexe 4.

D'après les résultats de l'enquête sur l'état de lieux du secteur de santé d'avril 1998, la situation des professionnels de santé au niveau des zones de santé se présente de la manière suivante :

Il y a un médecin pour 22.637 habitants, un infirmier pour 1.714 habitants, un pharmacien pour 384.649 habitants, un ingénieur sanitaire pour 46.542.493 habitants, un technicien d'assainissement pour 401.228 habitants et un chirurgien dentiste pour 426.995 habitants. (Annexe 5).

La répartition des professionnels de santé par province et par milieu montre que le milieu rural est défavorisé, surtout en ce qui concerne les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, dont la grande majorité est à Kinshasa.

En ce qui concerne les professionnels de santé qui travaillent dans les centres de santé, les centres de santé de référence, et les maternités des zones de santé, on remarque que le nombre moyen d'infirmiers par Zone de Santé travaillant dans les centres de santé, centres de santé de référence

et maternités est assez important 22 infirmiers titulaires dont 10,8 recyclés et 11,4 non recyclés (Annexe 6).

Mais le nombre d'infirmiers n'est pas suffisant pour couvrir tous les centres de santé et les centres de santé de référence de différentes Zones de Santé. En effet, on arrive à peine à 1 infirmier titulaire par formation médicale et à 2 infirmiers auxiliaires par formation.

On remarque aussi que le personnel recyclé est moins nombreux que celui qui n'est pas recyclé. L'écart entre les deux groupes est plus important quand on met de côté le personnel regroupé dans la catégorie "Autre".

Il y a nécessité d'organiser des recyclages pour l'ensemble du personnel des Zones de Santé, tant au niveau des BCZS qu'à celui des centres de santé, centres de santé de référence et maternités et ceux des Hôpitaux Généraux de référence.

1.9.2.2. Véhicules

D'après l'enquête du Ministère de la santé d'avril 1998, les services centraux du Ministère de la Santé Publique ont un charroi automobile très réduit. Sur 27 véhicules existant, 16 sont en mauvais état.

Le cabinet du Ministère, le Secrétariat Général et ses Directions disposent d'un véhicule seulement. Les Directions des projets, programmes et établissements étatiques appuyés par des intervenants ont des véhicules.

L'état du charroi automobile des zones de santé montre que 40 % des zones de santé disposent d'un véhicule.

1.9.2.3 Infrastructures

Les bâtiments qui abritent les services centraux du Ministère de la Santé Publique sont en général en mauvais état et non entretenus..

Sur 25 services centraux du Ministère :

- 5 soit 20 % sont logés dans des locaux provisoires et 2 n'ont pas des bureaux et ne fonctionnent pas ;
- 5/25 ne disposent pas de l'eau dans les bâtiments ;
- tous les bâtiments utilisés par les 23 services sont raccordés au réseau électrique public ;
- tous les bâtiments utilisés sont aérés mais il y a seulement 3/22 qui ont un système de climatisation.

En résumé sur 18 bâtiments qui font partie du patrimoine de la santé :

- 4 sont à réhabiliter (Secrétariat Général, DCMP, LAPHAKI, PND) ;
- 11 sont à réfectionner ;
- 3 sont à reconstruire (1^{ère} Direction, 2^e Direction et 3^{ème} Direction).

Dans les provinces et au niveau des zones de santé, on observe qu'il n'y a pas suffisamment de formations médicales pour couvrir les besoins de la population, la moyenne approximative de 1 grande formation médicale par ZS reste théorique. Elle est à peine atteinte pour les hôpitaux et les laboratoires médicaux.

Il n'y a en moyenne que 4 maternités par Zone de Santé, 2,4 centres de santé de référence et 14 centres de santé. (annexe n° 7)

Ces nombres semblent insuffisants quand on tient compte de la superficie du pays et du total de sa population.

En effet, si on rapporte la superficie de 2.345.000 Km² et les estimations de la population fournies par les Médecins Chefs de Zone lors de l'enquête sur 289 Zones de Santé, on arrive à une moyenne de 7.663 Km² de superficie et 161.047 habitants par zone de santé.

Pour les institutions de formation, on arrive à 0,86 ITM (toutes formations confondues) par Zone de Santé. Pour les facultés de médecine, elles comprennent certes les institutions supérieures d'enseignement privé mais leur nombre semble exagéré.

Pour les autres établissements, on enregistre jusqu'à 18,3 pharmacies par zone de santé mais leur nombre des centres sociaux est insignifiant.

En terme de couverture de la population par type d'établissement, on constate qu'un HGR dessert en moyenne 180 397 habitants, la maternité 40. 613, un centre de santé 10.218 et un foyer social pour 157 771 habitants (voir annexe 8).

1.9.2.4 Équipements

D'une manière générale, le cabinet du Ministre de la Santé Publique, les bureaux du Secrétaire Général à la Santé Publique et ses directions sont dépourvus d'équipements élémentaires. Les bureaux des Projets et Programmes disposent encore d'un minimum d'équipement en bon état.

La situation de l'équipement est plutôt catastrophique au niveau des zones de santé au regard du tableau de l'annexe 9.

Les Hôpitaux généraux de référence ne disposent pas d'un équipement suffisant pour les tâches qu'on attend d'eux. (annexes 10 et 11)

1.9.2.5 Médicaments

D'après l'analyse détaillée sur la situation pharmaceutique effectuée lors de l'élaboration d'un projet de politique pharmaceutique en janvier 1997 ; Il n'existe pas de cadre de concertation ni entre ministères ni entre tous les autres partenaires impliqués dans la distribution des médicaments. Il n'existe au niveau du Ministère de la Santé ni cadre, ni mécanisme de concertation et de suivi des accords de coopération.

L'industrie pharmaceutique locale éprouve d'énormes difficultés pour s'approvisionner en matières premières et intrants pharmaceutiques. Elle est étouffée par l'importation anarchique des médicaments génériques provenant surtout des pays de l'Asie (Inde, Chine...) très compétitifs

sur le plan de prix. La production locale couvre les besoins nationaux dans l'ordre de moins de 10 % par quelques unités de production (LAPHAKI, PHARMAKINA, PROMED, POLYPHARMA, etc.) L'industrie pharmaceutique locale est fortement dépendant de l'extérieur et son équipement est vétuste.

Les textes législatifs sont soit désuets, soit lacunaires ; d'autres ne sont pas du tout respectés à cause de la lenteur dans la concrétisation de la volonté politique. Les textes réglementaires sont pour leur part soit inadaptés, soit non spécifiques au secteur pharmaceutique, soit mal interprétés. Ils sont pour la plupart de temps des sources de confusion et de conflits de pouvoir. Plusieurs médicaments non autorisés et non contrôlés circulent au Congo.

Environ 90 % des médicaments consommés viennent de l'étranger. Ils sont importés par les établissements pharmaceutiques tant du réseau public que du réseau non public. Le réseau public est représenté par le Dépôt Central Médico – Pharmaceutiques (D.C.M.P.) qui a cessé de fonctionner depuis plusieurs années.

Le réseau non public est composé d'une part des ONG et Confessions religieuses regroupant les structures et organisations telles que CARITAS, CEPAM, KIMBANGUISTE, UNICEF, MSF, CROIX – ROUGE et d'autre part les privés commerciaux renfermant un grand nombre de grossistes, de dépôts pharmaceutiques et pharmacies. Actuellement, la couverture pharmaceutique assurée par les deux réseaux (public et non public) pris ensemble, ne dépasse guère 20 % des besoins.

Le Programme Elargi de Vaccination " P.E.V " distribue des stocks importants de vaccins, de chloroquine et de sels de réhydratation orale aux différents centres de santé, moyennant une contre partie financière dans certains cas.

Les médicaments distribués par le réseau des privés commerciaux sont très coûteux, et ne répondent pas au pouvoir d'achat de la population.

Les médicaments ne sont pas équitablement distribués à travers le pays. L'une des causes serait la répartition inégale des établissements pharmaceutiques à travers le pays, à savoir :

- D'après les informations de la 3^e Direction du Ministère de la Santé Publique, sur un total de plus ou moins 250 dépôts pharmaceutiques que compte le pays, plus ou moins 200 dépôts pharmaceutiques sont installés dans les centres urbains ;
- Selon les renseignements reçus de l'Inspection urbaine de la Santé de Kinshasa, environ 3.000 officines sont dénombrées à Kinshasa pour 4.650.000 habitants, soit une officine pour 1.550 habitants ;
- Plus de 2.000 officines se retrouvent éparpillées en provinces pour 41.850.000 habitants, soit une officine pour 20.925 habitants.

La défectuosité des routes rend aussi difficile la distribution des médicaments.

Les médicaments coûtent généralement chers en République Démocratique du Congo. Il n'existe pas un texte législatif spécifique sur la fixation des prix du médicament car celui-ci a été considéré comme toute autre marchandise ou produit de traite commerciale sans tenir compte de son objet social.

L'automédication à outrance est la pratique la plus courante en République Démocratique du Congo et l'utilisation est souvent irrationnelle au niveau des formations sanitaires. Le financement du système d'approvisionnement des médicaments est quasi inexistant surtout pour le secteur public.

1.9.2.6. Moyens de communication

Les moyens de communication sont très rares au niveau des services centraux du Ministère de la Santé Publique. Il y avait en 1998 pour 27 services 7 phonies fixes, 5 phonies portables, 4 téléphones cellulaires.

Le moyen le plus couramment utilisé par les inspections médicales provinciales et les bureaux centraux des zones de santé pour la transmission des courriers est la messagerie. Les 2/3 de ces services confient leur courrier à un simple porteur ou tout venant. Un réseau phonique comprenant des phonies de l'Etat, des privés, des ONG et des missionnaires couvre une grande étendue du territoire national. Il y a 18 zones de santé sur 289 enquêtées qui disposent leurs propres phonies. (annexe n° 9)

1.9.2.7. Moyens de formation et d'information

Le cabinet du Ministre et le bureau du Secrétaire Général y compris les 6 Directions centrales ne disposent ni de bibliothèque ni d'abonnement aux manuels et journaux scientifiques.

Sur 17 Projets et Programmes du Ministère, 10 ont des bibliothèques réduites et 5 sont abonnés aux revues et journaux scientifiques.

1.9.2.8. Moyens financiers

Il est difficile d'obtenir des informations sur la situation des finances des services du Ministère de la Santé. Dans les services où les informations peuvent être collectées, il a été constaté que l'intervention de l'Etat se limite aux salaires qui sont irrégulièrement payés. Quelques Projets et Programmes bénéficient des financements de la part des intervenants portant essentiellement sur le fonctionnement. Globalement la gestion financière des services de santé n'est pas maîtrisée. Le manque de ressources financières pour le fonctionnement est généralisé. Les budgets ordinaires et d'investissement n'ont pas été attribués plusieurs années durant aux services de santé publique.

1.9.2.9 Gestion des services

Il existe une inadéquation entre la formation de base et la gestion des services de santé sur le terrain. Sur 17 Projets et Programmes du Ministère de la Santé Publique, 2 ont une assemblée générale fonctionnelle, 1 a un Conseil de Gestion fonctionnel et 10 ont un Comité de Direction fonctionnel sans jeton de présence.

La plupart des services soit 15/17 ont un plan d'action actualisé, 16/17 ont élaboré des budgets, 15/17 ont des rapports annuels de leurs réalisations et 15/17 ont régulièrement transmis leurs rapports annuels au Ministère.

Au niveau des zones de santé, les organes de gestion qu'on y rencontre sont les Conseils

d'Administration des zones de santé, les Comités de gestion des zones de santé, des Hôpitaux Généraux de référence et les Comités de Santé ou Comités de développement. Le fonctionnement de ces organes est généralement irrégulier. Dans certaines zones, ces organes de gestion n'existent pas et les communautés ne sont pas suffisamment impliquées dans la gestion des services de santé.

1.9.3. Etat des lieux du système sanitaire :

1.9.3.1. Indicateurs sanitaires :

Le système de santé a fonctionné assez valablement avec l'appui des différents partenaires de l'Etat Congolais jusqu'au début des années 1990. Puis, progressivement, avec l'aggravation de la crise socio-économique et l'arrêt des coopérations bilatérales et multilatérales entraînant l'insuffisance des ressources financières des services de santé, sont apparus des problèmes majeurs qui se traduisent par les indicateurs suivants, notamment d'après l'enquête réalisée en avril 1998 par le Ministère de la santé (annexe 3) :

1. Indicateurs Généraux :

Population (1998)	48.707.000
Superficie	2.245.000 Km ²
Taux de croissance par an	3 %
Espérance de vie à la naissance (UNICEF 1997)	53 ans
Taux de mortalité	16,8 ‰
Taux de natalité (38-50 ‰)	48 ‰
PIB par habitant (PNUD 1995)	155 \$
Alphabétisation des femmes	57 %
Alphabétisation des hommes	87%

2. Situation de l'enfant :

Enfants nés avec faible poids	10 %
Enfants de 6 mois à 3 ans pesés	23 %
Couverture vaccinale de 12-23 mois	29 %
Un épisode diarrhéique en 15 jours	20 %
Utilisation de la TRO	34 %
Taux de mortalité infantile (68-138 ‰)	127 ‰
Taux de malnutrition modérée	13,2 %
Taux de malnutrition sévère	10,6 %

3. Situation des jeunes et adolescents (10-19 ans) :

Taux de fréquentation de l'école par les jeunes de 10 à 14 ans	63,9 %
Taux de jeunes de 15 à 19 ans ayant terminé l'école primaire	50,1 %
Taux d'absence de handicap chez les jeunes de 10 à 19 ans	98,6 %
Taux de jeunes qui abusent des drogues	3,0 %
Taux des adolescentes (12 à 19 ans) ayant eu une grossesse	1,9 %
Taux de jeunes présentant un comportement anti-social	11,1 %

4. Femmes en âge de procréer (15-44 ans) :

Soins prénatals assurés :	67 %
Accouchements assistés (66 à 99 %):	70-91 %
Mortalité maternelle pour 100.000 naissances vivantes :	1837
Taux de fécondité (153 – 228 ‰) :	227 ‰

5. Capacités des ménages à faire assurer leur santé et de bonnes conditions de vie :

Adultes avec qualification :	18 %
Adultes avec emploi rémunéré :	26 %
Ménages dans les locaux sûrs (protection contre les intempéries) :	29 %
Ménages avec maisons protégées contre les insectes volants :	8 %
Ménages avec latrines hygiéniques :	17 %
Ménages évacuant correctement les ordures :	25 %
Accès aux médicaments essentiels :	37 %
Villages avec >75 % de la population participant à la promotion de leur santé :	8 %
Taille moyenne des ménages (5,3 – 7,7) :	6

6. Indicateurs de couverture :

Accès à l'eau saine de façon régulière :	42 %
Accès à l'eau à moins de 15 minutes (UNICEF 1996) :	37 %
Accès à moins de 5 Km aux services de santé :	26 %
Accès à la contraception moderne :	5 %

7. Indicateurs de ressources :

Nombre d'habitants par Médecin (ensemble du pays)	22 637
Nombre d'habitants par Médecin (Kinshasa)	4 237
Nombre d'habitants par Chirurgien dentiste (ensemble du pays)	426 995
Nombre d'habitants par Chirurgien dentiste (Kinshasa)	52 961
Nombre d'habitants par Pharmacien (ensemble du pays)	384 649
Nombre d'habitants par Pharmacien (Kinshasa)	103 207
Nombre d'habitants par Administrateur Gestionnaire (ensemble du pays)	89 162
Nombre d'habitants par Administrateur Gestionnaire (Kinshasa)	21 185
Nombre d'habitants par Infirmier (ensemble du pays)	1 714
Nombre d'habitants par Infirmier (Kinshasa)	841
Couverture en C.S. sur l'ensemble du pays	73 %
Couverture des ZS en HGR	93 %
ZS disposant d'un véhicule	42 %
ZS disposant d'un frigo pour vaccin	133 %
HGR disposant d'appareil de radiologie	64 %
HGR disposant de plus de 1 lit/1000 habitants	34 %

1.9.3.2. Morbidité :

La situation épidémiologique actuelle de la République Démocratique du Congo se caractérise par la survenue des épidémies et des nouvelles maladies ainsi que la recrudescence des maladies infectieuses et parasitaires. Les principales causes de morbidité rapportées par les formations sanitaires sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les verminoses, les maladies diarrhéiques, les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose, la rougeole, la méningite et la fièvre typhoïde.

- **Le Paludisme** demeure la première cause de morbidité avec une ampleur estimée à plus de 10 épisodes par an surtout chez les enfants. La modicité des moyens, le rattachement de la lutte contre le paludisme au PEV, l'inexistence d'un programme de lutte antivectorielle, l'insuffisance de recherches sur la sensibilité de *Plasmodium falciparum* aux antipaludéens classiques, l'auto-médication à outrance de la population, l'usage des médicaments de qualité incertaine sont autant de facteurs qui empêchent le bon déroulement des activités de lutte contre le paludisme.
- D'autres maladies parasitaires en l'occurrence la **trypanosomiase, l'onchocercose, la schistosomiase** constituent aussi des problèmes majeurs de santé publique. Le taux d'infection actuel de la trypanosomiase en République Démocratique du Congo est supérieur à 1 %. Ce taux dépasse 2 % et prend même une allure épidémique dans les provinces de l'Equateur, de Bandundu et du Kasai.

L'augmentation progressive de la trypanosomiase en République Démocratique du Congo se justifie par l'arrêt de dépistage systématique intervenu entre 1960 et 1963, l'insuffisance de ressources, l'utilisation d'une méthode de détection insuffisamment sensible, la non intégration des activités de lutte dans les structures de base des soins de santé primaires, le dysfonctionnement général du système de santé, la rareté des financements extérieurs suite à la cessation brusque de la coopération internationale intervenue en 1990.

Les situations de l'onchocercose et de la schistosomiase ressemblent apparemment à celle de la trypanosomiase bien que les données précises ne soient pas disponibles.

- Les **maladies transmissibles de l'enfance** notamment la rougeole, la poliomyélite, le tétanos néonatal continuent à menacer la vie des enfants en République Démocratique du Congo. Les épidémies cycliques de rougeole sévissent régulièrement tous les deux ans dans la plupart des villes. La poliomyélite a pris la forme d'épidémie par la présence d'environ 1000 cas à Mbuji-Mayi en 1995. Les cas de tétanos néonatal sont encore enregistrés bien qu'insidieusement dans les formations médicales.

La faible couverture vaccinale due à l'insuffisance des activités du PEV par manque des ressources et l'incapacité technique de certains responsables des antennes en provinces, la faible participation communautaire aux activités PEV, la sous-utilisation des services de base dans les zones de santé sont les principales causes de cette situation.

- **D'autres épidémies infectieuses et virales** surprennent fréquemment les communautés depuis plus de quatre ans. C'est le cas de :

- Monkey Pox dans le Kasai Oriental avec des foyers signalés dans la Province de l'Equateur et la Province Orientale et quelques cas à Kinshasa.
- La fièvre hémorragique à virus d'Ebola qui s'est manifestée en 1976 à Yambuku (Equateur) et en 1995 à Kikwit (Bandundu).
- La fièvre jaune qui n'a pas été cliniquement déclarée mais les études sérologiques dans la province Orientale montre une forte réactivité contre la fièvre jaune.
- La méningite cérébro-spinale dont les flambées épidémiques dans les deux Kivu, au Katanga, au Maniema, à l'Equateur, à Bandundu et à la Province Orientale.
- La peste qui est focalisée dans le district de l'Ituri dans la Province Orientale.

L'absence d'un système opérationnel de surveillance épidémiologique, l'insuffisance des ressources et l'incapacité de certains professionnels de santé à assurer la surveillance épidémiologique et la gestion des épidémies sont les déterminants qui entretiennent cette situation.

- **Les maladies diarrhéiques** parmi lesquelles le choléra, la dysenterie bacillaire et la fièvre typhoïde sont actuellement très fréquentes. L'inaccessibilité de la majorité de la population à l'eau saine, la négligence de l'hygiène individuelle et communautaire, l'insalubrité de l'environnement sont les éléments qui favorisent l'émergence des maladies diarrhéiques en République Démocratique du Congo.

- **La lèpre**, la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA constituent un groupe des maladies qui mérite aussi une attention particulière à cause de leur impact sur le développement socio-économique.

La situation de l'endémie lépreuse en République Démocratique du Congo se résume comme suit en fin de l'année 1996 : le taux de prévalence est de 2 ‰, le taux de détection est de 2 ‰, la couverture PCT est à 97 %, la couverture de la population par le programme anti-lépreuse est de 57 %.

La rareté de l'apport budgétaire de l'Etat, l'insuffisance des ressources matérielles, l'insuffisance des personnes compétentes constituent des entraves à la lutte contre l'endémie lépreuse.

- **La tuberculose** figure parmi les endémies recensées en République Démocratique du Congo. Le risque annuel d'infection est actuellement estimé à 3 %. Si la couverture sanitaire était totale et que les moyens de diagnostic et de traitement étaient disponibles, on s'attendrait à trouver chaque année plus ou moins 120.000 cas de tuberculose toute forme, dont la moitié serait constituée des cas à microscopie positive. La République Démocratique du Congo est donc l'un des pays à forte prévalence de la tuberculose. L'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières empêche le renforcement des activités du programme.

- **Le VIH/SIDA** et les maladies sexuellement transmissibles sont assez fréquents bien que leur ampleur soient difficile à préciser par manque de dispositifs appropriés pour leur surveillance épidémiologique. Toutefois, les données des postes sentinelles indiquent une prévalence de l'infection à VIH estimée à 5% en République Démocratique du Congo. Depuis 1983, plus de 50.000 cas de SIDA ont été cumulativement notifiés.

La pratique de certains comportements sexuels à risque, l'insuffisance des dispositions pour la sécurité transfusionnelle, la non disponibilité de matériel et des médicaments, la non implication

effective de tous les secteurs de la vie nationale à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA constituent des entraves au contrôle de ces maladies.

- Il est à noter que certains groupes spécifiques de la population, nous citerons les élèves, les étudiants, les travailleurs, les malades mentaux, les mères, les personnels navigants dans les avions et leurs malades ne bénéficient pas de services de santé convenables.

L'ampleur des affections bucco-dentaires est élevée surtout chez les enfants (environ 40 %). Les maladies par éviction scolaires et les accidents de travail sont assez fréquents. En effet, la faible prévention des risques en milieu professionnel et scolaire, le non développement du système d'assurance-maladie et de la sécurité sociale sont les causes de la multiplicité des maladies et accidents scolaires et professionnels.

1.9.3.3. Santé de la reproduction :

En dépit des efforts déployés, la santé des mères et des enfants reste préoccupante en République Démocratique du Congo comme le montrent les niveaux des indicateurs collectés lors de l'enquête sur l'état de lieux du secteur de santé en avril 1998.

1.9.3.4. Nutrition :

Les maladies nutritionnelles telles que Konzo, les troubles dus à la carence en iode, les anémies dues à la carence en fer et acide folique, la carence en vitamine A, la malnutrition protéino-calorique sont essentiellement liés aux mauvaises conditions socio-économiques que connaît le pays. L'insuffisance des appuis, la non disponibilité des aliments enrichis et spécialement le sel iodé dans toutes les Provinces, l'insuffisance des activités de lutte contre les maladies carencielles sont des contraintes majeures à leur lutte.

1.9.3.5. Santé mentale :

L'expansion de l'alcoolisme, de la toxicomanie, du tabagisme et de la dépravation des mœurs entraînent l'accroissement des maladies mentales et la détérioration de la santé mentale.

1.9.3.6. Assainissement du milieu et approvisionnement en eau :

Les niveaux des indicateurs de l'approvisionnement de la population en eau potable et l'assainissement du milieu demeurent encore très bas en République Démocratique du Congo.

1.9.4. Principaux problèmes de santé

1.9.4.1. Problèmes des services de santé

Il ressort de cette analyse que les principaux problèmes des services de santé sont les suivants:

Problèmes liés à la législation :

- La politique sanitaire n'est pas explicite et connue. Il n'existe pas des politiques formelles pour les sous secteurs de santé (pharmacie, infrastructures et équipements, santé de la reproduction, lutte contre les maladies ; le développement des ressources humaines, le financement des services de santé, la médecine traditionnelle, la santé au travail y compris la médecine aéronautique, la santé mentale, la santé scolaire, la santé au sport) ;
- Un grand nombre d'activités de santé n'est pas réglementé par des textes légaux ;
- La plupart des textes légaux sont dépassés ;
- Les mécanismes de suivi et les mesures d'accompagnement pour l'application des règlements ne sont pas implantés ou exécutés.
- Les textes légaux régissant les programmes, soit ordonnances présidentielles, soit arrêtés ministériels et autres documents du secrétariat général ne sont pas standardisés ;
- Il y a duplication des attributions des services et parfois des imprécisions flagrantes notamment :
 - la gestion du personnel se fait entre le Secrétariat Général, la 1^{ère} Direction et la 6^e Direction.
 - la formation du personnel entre la 1^{ère} Direction et la 4^{ème} Direction.
 - la gestion des informations sanitaires qui se trouve comme attribution à l'ETRI, la 2^{ème} Direction, la 4^{ème} Direction, la 5^{ème} Direction, au SANRU et au FONAMES.
 - la coordination de la lutte contre les épidémies, elle se trouve dans les attributions du FONAMES, la 4^{ème} Direction et les autres programmes de lutte contre les maladies.
 - l'évaluation et le suivi des soins de santé primaires sont attribués à la 5^{ème} Direction, au FONAMES et au Projet Santé pour Tous-Kinshasa.
 - le programme national de lutte contre les troubles dus la carence en Iode (TDCI) et le Centre de Planification Nutritionnelle (CEPLANUT) ont dans leurs attributions la prise en charge des carences en micro nutriments.

Problèmes liés à l'organisation des services:

- Le cadre organique du Ministère ne répond pas à ses missions ;
- Les mécanismes de gestion des services de santé sont pratiquement inexistant ;
- La coordination entre les services de la santé et entre ces derniers et ceux des autres secteurs est insuffisante. (Insuffisance de coordination entre les programmes et Directions entre les Directions et le Secrétariat général) ;
- La répartition des ressources (infrastructures, équipements, personnel, finances) est inéquitable ;
- Les ressources existantes sont insuffisantes ;
- Les organigrammes des services (programmes et projets de développement sanitaire) sont peu rationnels ;
- Les coopérations extérieures ne planifient pas leurs activités avec les concernés ;
- Le non respect du cadre organique par les partenaires ;
- L'insuffisance de suivi des programmes ;

- L'absence d'un cadre de concertation, de coordination et de suivi des projets et programmes de santé ;
- L'absence d'informations sanitaires fiables par suite du non fonctionnement du système national d'informations sanitaires ;
- L'impréparation aux urgences et catastrophes

Problèmes liés aux infrastructures de santé :

- Les infrastructures sanitaires sont délabrées et les équipements vétustes.
- Les formations sanitaires sont insuffisantes et mal réparties sur l'étendue du pays ;
- Les structures de santé ne sont entretenues
- De plus, plusieurs organismes ont subi les pillages et ne disposent pas de bureaux, ni d'équipement de bureau, ni d'ordinateurs ni de machines à écrire.
- L'insuffisance des moyens de déplacement et de communication est généralisée.
- 28 Zones de Santé sont sans hôpital général de référence ;
- Le nombre des Centres de Santé est insuffisant ;
- Le manque de planification dans l'implantation des institutions de santé ;
- L'ouverture non contrôlée des établissements des soins et des pharmacies,
- Le manque de collaboration entre les services de santé et les centres sociaux

Problèmes liés au financement des services de santé :

- Le budget de l'état alloué à la santé est insuffisant (0,5 à 2%) et irrégulièrement libéré ;
- Le système de financement communautaire ne fonctionne pas normalement.
- Les ressources financières de santé sont insuffisamment mobilisées ;
- Il y a la mégestion des ressources financières pour la santé

Problèmes liés aux médicaments et produits consommables essentiels :

- L'approvisionnement des formations sanitaires (surtout ceux de l'Etat) en médicament est irrégulier;
- Les médicaments de qualité douteuse circulent dans la population ;
- Les médicaments coûtent chers et ne sont pas accessibles à la population ;
- La production locale des médicaments est insuffisante ;
- L'utilisation des médicaments est irrationnelle ;
- Les établissements pharmaceutiques sont répartis inéquitablement et s'ouvrent anarchiquement ;
- L'existence d'un marché parallèle important des médicaments, et vente des médicaments dans les endroits inappropriés et insalubres surtout par des profanes ;
- La faible capacité de contrôle de qualité des médicaments, des aliments et boissons.
- Les boutiques de vente des médicaments fonctionnent dans l'anarchie totale

Problèmes liés au personnel :

- Le manque d'autonomie de gestion du personnel de la plupart des programmes et services entraîne une mauvaise répartition du personnel.
- L'affectation sans planification des postes à pourvoir, sans définition des tâches et sans profil de poste entraîne une mauvaise répartition du personnel et une pléthore dans certains services.
- Le personnel des antennes provinciales, financé par des ONG, est difficile à gérer par la direction provinciale de la santé dont ils dépendent administrativement.
- L'irrégularité et la modicité des salaires compromettent la bonne marche des services et entraînent la démotivation du personnel.
- La répartition inéquitable du personnel entre les structures de base des zones de santé et celle du niveau central, et entre les zones de santé de milieu urbain et celle de milieu rural ;
- Les mauvaises performances des professionnels de santé.
- La répartition est inégale, la majorité est à Kinshasa et dans les villes des autres provinces ;
- L'insuffisance pour certaines catégories de personnel de santé ;
- Les formations continues sont insuffisantes ;
- Les conditions matérielles de travail sont difficiles ;
- La qualité des formations de base se réduit davantage.

Problèmes liés à l'approvisionnement en eau, Assainissement du milieu :

- approvisionnement insuffisant de la population en eau potable
- mauvaise évacuation des excréta, immondices et eaux usées ;
- faible protection des ménages contre les intempéries et les insectes ;
- manque d'un système de décharge centrale

1.9.4.2. Conséquences sur la morbidité et la mortalité, affectant surtout la mère et l'enfant :

- Survenue des épidémies des maladies diarrhéiques (choléra, fièvre typhoïde, dysenterie bacillaires, virales) ;
- Résurgences des maladies transmissibles jadis maîtrisées telles que la trypanosomiase, paludisme ;
- Fréquences élevées des maladies endémiques (Tuberculose, lèpre, onchocercose, schistosomiase ...) ;
- Recrudescence des maladies transmissibles de l'enfance (rougeole, tétanos néonatal, poliomyélite)
- Incidence élevée des maladies carencielles ;
- Mortalité maternelle élevée ;
- Mortalité infantile et infanto-juvénile élevée
- Mortalité périnatale élevée

1.9.4.3. Causes :

Tous ces problèmes de santé peuvent être regroupés en quatre catégories :

- La désintégration du système de santé avec : le délabrement progressif des structures et équipements de santé, l'exercice anarchique des activités de santé ; l'insuffisance en qualité et en quantité des médicaments essentiels, la démotivation, la déperdition et la baisse de la capacité gestionnaire des responsables de santé, le manque des programmes d'appui tels le système national d'information sanitaire, le suivi, la supervision, l'évaluation ainsi que l'éducation pour la santé ;
- L'aggravation de la situation épidémiologique caractérisée par : la résurgence des maladies jadis maîtrisées et la survenue des nouvelles pathologies dues à l'insuffisance de la capacité de déploiement des programmes de prévention, de promotion et de lutte contre les maladies ;
- L'ampleur grandissante des maladies sociales liées aux statuts professionnels, aux comportements et à l'environnement social par manque de développement des programmes de santé pour les groupes spécifiques (travailleurs, élèves /étudiants, malades mentaux, etc...)
- La détérioration de l'écosystème en raison du relâchement des mesures d'hygiène individuelle et collective et de salubrité publique ;

En résumé, les causes essentielles de ces problèmes sont :

- Le peu d'engagement de l'Etat au processus du développement sanitaire ;
- L'insuffisance de la législation et de l'administration sanitaire ;
- L'insuffisance voir le manque des ressources matérielles, financières et humaines pour la santé ;
- Le sous-développement des programmes de santé pour les groupes vulnérables (les enfants, les mères, les travailleurs y compris les navigants aériens, les malades mentaux) ;
- L'exploitation irrationnelle des potentialités scientifiques disponibles (la médecine traditionnelle, les résultats de la recherche en sciences de la santé, etc.) ;
- L'insalubrité de l'environnement ;
- La forte concentration du pouvoir au niveau central ;
- L'insuffisance de la participation de la communauté à la gestion des services de santé ;
- L'insuffisance de collaboration intra et intersectorielle ;
- Le manque de structure de préparation aux urgences

1.9.5. Définition des priorités:

Compte tenu de la rareté des ressources, de la vulnérabilité des problèmes de santé ci-haut cités et de leurs impacts sur le développement socio-économique, priorité sera accordée à:

1. La lutte contre les maladies en veillant à la santé des groupes vulnérables (mères, enfants, adolescents, jeunes, malades mentaux, travailleurs, personnes de troisième âge et celles vivants avec handicaps).

2. La réorganisation du système de santé par la mise en place d'un cadre organique approprié, l'actualisation de la législation sanitaire et la définition des normes nationales pour la santé.
3. La réorganisation de la distribution des soins à la population en réhabilitant des infrastructures sanitaires et en les équipant en matériels, équipements et médicaments essentiels, en instaurant des mécanismes efficaces de suivi, de supervision et d'évaluation des programmes de santé ainsi que le renforcement des mécanismes de gestion.
4. L'assainissement du milieu y compris l'approvisionnement en eau, l'hygiène et la protection de l'environnement.
5. Le développement des programmes de promotion de la santé des groupes spécifiques.
6. La promotion de la participation communautaire
7. La préparation aux urgences et catastrophes

C'est pour faire face à tous ces problèmes que le Gouvernement de la République Démocratique du Congo, soucieux de garantir le droit à la vie de toute sa population, a redéfini sa politique sanitaire.

2. POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

2.1. ENONCE DE LA POLITIQUE

Afin d'assurer l'accès du peuple Congolais à une vie saine et lui permettre d'être socialement et économiquement productif, le gouvernement devra promouvoir son droit à la santé à travers le renforcement des mécanismes garantissant l'éthique en santé, l'équité dans la distribution des soins et des services de santé, la solidarité communautaire et l'humanisation des services de santé.

La politique nationale de santé est basée sur les principes suivants :

- La qualité des soins et des services ;
- L'efficience et l'efficacité des projets et programmes de développement sanitaire ;
- La coordination intra et intersectorielle des prestations des services de santé ;
- La participation communautaire ;
- La décentralisation des centres de prise de décisions ;
- La déconcentration des services de production des soins ;
- L'intégration des services spécialisés au sein des services de santé de base.

Une attention particulière sera accordée à la production des soins et services de santé de qualité par :

1. La réaffirmation de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) comme option fondamentale de la politique nationale de santé ;
2. La réaffirmation de la zone de santé réalisant un paquet minimum d'activités comme unité opérationnelle ;

3. L'actualisation des dispositions politiques, législatives, administratives et gestionnaires appropriées y compris les normes pour la santé ;
4. La mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières par l'allocation importante du budget de l'Etat, le renforcement de la participation communautaire et du partenariat pour la santé ;
5. La réhabilitation des infrastructures de santé, la construction des nouvelles infrastructures et le renouvellement des matériels et équipements ;
6. L'approvisionnement régulier en médicaments essentiels y compris en produits biologiques et autres réactifs de laboratoire;
7. La lutte contre la maladie à travers les actions de promotion, de prévention, de prise en charge ainsi que le développement des programmes de santé pour les groupes spécifiques ;
8. L'assurance de la qualité des soins et services par le développement des programmes d'appui aux services de santé tels que le système national d'information sanitaire, la recherche pour la santé, l'installation des laboratoires de santé publique et de contrôle de qualité, la médecine traditionnelle, la formation du personnel, le suivi et la supervision des prestations des services, l'évaluation des programmes de développement sanitaire ;
9. La gestion des épidémies, des catastrophes et des urgences.

2.2. OPTIONS DE LA POLITIQUE

Le but de la politique sanitaire est de promouvoir l'état de santé de toute la population, en fournissant des soins de santé de qualité, globaux, intégrés et continus avec la participation communautaire, dans le contexte global de la lutte contre la pauvreté.

Pour ce faire, il s'agira de :

1. Réorganiser, en concertation avec la territoriale, le système national de santé, de manière à rapprocher la population des centres de soins par leur décentralisation et leur déconcentration ;
2. Améliorer l'accessibilité aux soins par la couverture adéquate en infrastructures de santé, par l'approvisionnement en équipements et en médicaments essentiels, le déploiement des ressources humaines sur toute l'étendue du pays et la mobilisation des ressources financières ;
3. Accroître l'efficacité de la lutte contre la maladie et de la promotion de la santé des groupes spécifiques par :
 - le renforcement des activités de vaccination, d'éducation pour la santé, d'assainissement du milieu, de médecine traditionnelle, d'approvisionnement en médicaments essentiels, de laboratoire ;
 - la mise en œuvre des programmes spécifiques pour les enfants, les adolescents, les femmes en âge de procréer, les personnes du troisième âge, les travailleurs,

les malades mentaux, les personnes vivant avec handicaps, les sportifs, les élèves/étudiants et les victimes de guerres ou de catastrophes ;

4. Assurer la qualité des prestations sanitaires par la mise en œuvre effective des activités de suivi, de supervision, d'évaluation et de contrôle des programmes de santé à tous les niveaux du système de santé ;
5. Pérenniser le système de santé en développant le partenariat par la mise en place des mécanismes de collaboration intra et intersectorielle, la concertation, la coordination et la promotion du financement communautaire des soins tel que les mutuelles de santé ;
6. Améliorer le rendement des services par la motivation du personnel, le développement des activités d'information sanitaire, de formation du personnel de santé, de recherche pour la santé et de communication pour la santé ;
7. Promouvoir un environnement propice à la vie saine par la dynamisation des activités d'hygiène, d'assainissement du milieu, de contrôle de qualité, d'approvisionnement en eau saine et en denrées alimentaires.

2.3.PRINCIPES DIRECTEURS DU PDDS.

Les interventions globales pour la réalisation des options fondamentales de la politique de la santé comprennent : la réforme institutionnelle, la globalisation des services, l'intégration des services, la continuité des services, la rationalisation, la décentralisation des centres de prise de décision, la déconcentration des points de distribution des services, la mobilisation sociale et l'information sanitaire pour la santé.

2.3.1. La globalisation des soins

La globalisation des soins visera à organiser des soins complets qui tiennent compte de toutes les dimensions humaines : physique, culturelle, sociale. Il s'agira de sélectionner un paquet minimum d'actions à développer pour répondre aux besoins prioritaires dans un esprit de l'humanisation des soins. Ces actions seront choisies en tenant compte de l'importance du problème à résoudre, des ressources disponibles, de la disponibilité de la technologie, ainsi que de l'existence des possibilités pour contourner les contraintes politiques, sociales et culturelles éventuelles.

A partir d'une liste nationale des interventions prioritaires établie par le Ministère de la santé, chaque échelon du système de santé représenté par les bénéficiaires des services, les prestataires des services et les intervenants, devra disposer d'un paquet minimum d'actions sanitaires. La réorganisation du système de santé autour de ces interventions prioritaires permet de poser les fondations d'une structure solide revitalisée et viable à laquelle viendront progressivement s'intégrer les autres programmes des soins complets à tous les besoins de l'homme sur le plan physique, socioculturel et économique.

2.3.2. L'intégration des soins :

Tous les types de soins (curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs) doivent se faire dans le centre de santé, par une même équipe. Cela exige un personnel polyvalent, compétent et responsable au niveau du centre de santé.

L'intégration des soins se fera par :

- la mise en place au niveau central des mécanismes de concertation et de coordination des toutes les interventions pour le développement sanitaire.
- la mise en place au niveau des directions provinciales de santé des équipes multidisciplinaires de coordination, de supervision, d'encadrement et d'évaluation ;
- l'exécution de toutes les interventions par des équipes de santé œuvrant au sein des unités cohérentes et homogènes au niveau des bureaux centraux des zones de santé, des hôpitaux centraux de référence, des centres hospitaliers et des centres de santé. Des équipes spécifiques d'intervention seront exploitées, Elles dépendront directement des autorités médico-sanitaires locales et travailleront en étroite collaboration avec les équipes des unités fixes pour garantir la pérennisation des actions et la maintenance des acquis.
- l'intégration des activités des projets et programmes spécialisés de la santé publique au niveau des services des inspections provinciales de santé, des bureaux centraux des zones de santé, des hôpitaux généraux de références, des centres hospitaliers et des centres de santé.
- L'intégration des soins spéciaux au sein des centres de santé et des hôpitaux généraux de référence.
- La formation du personnel.

Le Ministère de la santé élaborera des directives en la matière. Ses représentants au niveau des provinces, des districts, et des zones de santé, en collaboration avec les partenaires et les autorités politico-administratives veilleront à leur application.

2.3.3. La continuité des soins :

Les soins doivent être continus, c'est – à – dire qu'ils ne doivent pas se limiter au seul moment de la consultation. Ils doivent continuer sans interruption jusqu'à l'épuisement du problème de santé qui a occasionné la consultation.

2.3.4. La pérennisation des services :

Pour garantir la permanence des interventions et l'atteinte des objectifs de santé, des dispositions à prendre comprennent :

- L'institution périodique du monitoring et de la micro-planification dans les centres de santé

- la responsabilisation des professionnels de santé nationaux avec un transfert maximal de la technologie
- l'exploitation rationnelle des ressources locales éventuellement de médecine traditionnelle
- l'utilisation des résultats de recherches nationales et internationales
- l'application rigoureuse des mesures législatives et réglementaires y compris la réforme institutionnelle ;
- le renforcement de l'intégration des activités des programmes spécifiques au niveau des unités fixes du système de santé.
- l'implication de la communauté aux prises de décision et aux choix des stratégies correctrices.
- la dynamisation du partenariat pour la santé y compris la participation communautaire ;
- l'intensification de la mobilisation sociale ainsi que l'information, l'éducation et la communication pour la santé ;
- la gestion et la mobilisation des appuis des bailleurs des fonds.
- la vulgarisation des toutes les directives relatives à l'exécution de toutes les interventions sanitaires en cours sur le territoire national.
- la participation active de l'Etat au financement des programmes.

Le Secrétaire général à la santé publique, les directeurs provinciaux de santé, les médecins chefs des zones de santé prendront des dispositions pour la mise en œuvre effective des dispositions qui permettront la garantie de la continuité des services.

2.3.5. La rationalisation des services

La rationalisation des services consistera à faire de sorte que les services de santé de base soient déployés équitablement là où les besoins se font sentir. Les ressources y afférentes devront être judicieusement réparties.

Une planification nationale, synthèse de celles élaborées à la base, doit constituer la base de prise de décision pour l'implantation des infrastructures et des services.

Le Ministère de la Santé mettra au point des formules qui faciliteront la planification, l'implantation et l'utilisation rationnelles des services de santé. De façon spécifique, il s'agira de:

- la limitation du nombre des médicaments à une liste minimale répondant aux problèmes de santé essentiels ;
- l'élimination des spécialités inutiles et coûteuses, tandis que les médicaments destinés au traitement des pathologies plus rares, les médicaments de confort resteront relèveront du domaine du secteur privé ou hospitalier ;
- l'utilisation des guides standardisés ou arbres de décision (ordinogramme) pour améliorer la qualité de la prise en charge permettra d'éviter les prescriptions abusives et des coûts inutiles pour les malades et les services de santé.

2.3.6. La décentralisation des services :

La décentralisation de la gestion des services se fera par :

- la mise en place au niveau de chaque échelon du système de santé, d'un organe de coordination, orientation et des prises de décisions concertées ;
- la mise en place des services décentralisés de gestion budgétaire à chaque niveau du système de santé;
- la mobilisation locale des ressources pour la santé ;
- l'élaboration des plans d'action et des programmes locaux de développement sanitaire ;
- l'attribution de l'autonomie de gestion des ressources disponibles à chaque niveau du système de santé ;
- la création dans chaque province d'un hôpital de 2^e niveau de référence.

2.3.7. La déconcentration des services.

Les services de santé doivent être plus proches de la population qu'ils sont appelés à prendre en charge. Tout en tenant compte de la concentration de la population et de l'utilisation des services, la répartition géographique judicieuse devra être observée lors de la mise en place des unités des soins et des services de santé.

Des instructions sur la répartition des tâches entre les services de santé des divers niveaux seront mises au point par le Ministère de la santé. Les Directions provinciales de santé et les bureaux centraux des zones de santé prendront des dispositions pour leur stricte application.

Un système d'orientation recours devra être opérationnel au niveau de chaque zone de santé et entre les zones de santé et les formations sanitaires de référence provinciale.

3. CADRE PROGRAMMATIQUE

Le présent cadre programmatique indique les objectifs généraux et spécifiques qui seront poursuivis pour atteindre le développement sanitaire de 2000 à l'an 2009 ans en République Démocratique du Congo. Les interventions et les grandes lignes d'activités à mener pour la réalisation de ces objectifs ainsi que les diverses dispositions à observer sont ici décrites.

3.1. OBJECTIFS SANITAIRES DE 2000 A L'AN 2009 EN RDC

3.1.1. Objectifs généraux :

En vue de permettre à la population congolaise d'accéder à un niveau santé lui permettant de mener une vie socialement et économiquement productive, l'Etat Congolais avec le concours de ses partenaires, y compris la population elle-même, s'emploiera à :

1. Pourvoir le système sanitaire d'une législation et d'une organisation adaptées au contexte socio-politique du pays ;
2. Doter toutes les structures sanitaires du pays des équipes de santé requises d'ici 5 ans ;

3. Rendre opérationnelles au moins 90% des zones de santé d'ici l'an 2009 ;
4. Rendre accessibles les soins de santé essentiels de qualité à au moins 90% de la population ;
5. Mobiliser suffisamment les ressources financières aussi bien publiques, privées et extérieures que celles de la communauté ;
6. Développer un système d'approvisionnement en médicaments essentiels, en réactifs de laboratoire, en fourniture pour imagerie, en plantes et recettes médicinales ;
7. Promouvoir la santé de la mère et des enfants afin de réduire les taux de mortalité maternelle, infantile et infanto-juvenile ;
8. Renforcer la lutte contre la maladie ainsi que les accidents de travail et les conséquences médico-sanitaires des catastrophes ;
9. Promouvoir de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
10. Promouvoir l'environnement propice à la vie saine ;
11. Développer les activités d'appui à la gestion des programmes de santé ;
12. Promouvoir la protection sanitaire des groupes spécifiques ;
13. Promouvoir la communication pour la santé ;
14. Promouvoir la participation communautaire et le partenariat.

3.1.2. Objectifs spécifiques :

Conformément aux engagements nationaux et internationaux auxquels l'Etat Congolais a souscrit spécialement en ce qui concerne la santé, en tenant compte des besoins urgents et des capacités de ses institutions, les objectifs spécifiques ci-après devront être poursuivis :

Pourvoir le système sanitaire d'une législation et d'une organisation adaptées au contexte socio-politique du pays :

- Elaborer une déclaration de politique sectorielle de la santé
- Promulguer un code sanitaire révisé.
- Définir un cadre organique pour le secteur de santé.
- Promulguer une loi-cadre pour la santé mis à jour.
- Etablir les normes pour la santé couvrant tous les sous secteurs y relatifs.
- Instaurer un système national de gestion rationnelle des programmes de santé.

Doter toutes les structures sanitaires du pays des équipes de santé requises d'ici 5 ans :

- Réduire la pénurie des professionnels de santé de certaines catégories (médecin, infirmiers, pharmaciens, techniciens sanitaires, nutritionnistes, chirurgiens-dentistes)
- Accroître les performances d'au moins 80 % des professionnels de santé œuvrant dans les structures de santé de base
- Déterminer les besoins en ressources humaines pour la République Démocratique du Congo
- Adapter le programme d'enseignement en sciences de santé aux réalités du terrain et à l'évolution des services en collaboration avec le ministère de l'Education Nationale ;
- Mettre au point les instruments de gestion de ressources humaines de santé ;
- Réorganiser les services de gestion des ressources humaines de santé ;

- Gérer quotidiennement les ressources humaines de santé

Rendre opérationnel au moins 90 % des zones de santé.

- Revitaliser toutes les zones de santé d'ici l'an 2009 ;
- Rendre fonctionnels tous les organes de gestion de la zone de santé ;
- Rendre fonctionnelles toutes les structures des concertations et de participation communautaire ;
- Renforcer les capacités institutionnelles et des acteurs des 90% des zones de santé ;
- Renouveler les matériels et équipements dans toutes les formations sanitaires des provinces ayant connues la guerre ;
- Réhabiliter 278 hôpitaux généraux de référence ;
- Réhabiliter 4284 centres de santé ;
- Construire et équiper 28 Hôpitaux généraux de référence ;
- Construire et équiper 1836 nouveaux centres de santé ;
- Réhabiliter 10 bâtiments des directions Provinciales de Santé ;
- Construire 2 bâtiments des directions Provinciales du Kasai Oriental et du Bas Congo ;
- Réhabiliter 15 bâtiments qui abritent les services centraux ;
- Implanter les services d'entretien et de maintenance des infrastructures et équipements.

Rendre accessibles les soins de santé essentiels de qualité à au moins 90% de la population

- Assurer un taux de disponibilité de 100% des ressources essentielles dans au moins 90% des zones de santé
- Accroître à 90% l'accessibilité géographique des populations dans au moins 90% des zones de santé
- Assurer dans au moins 90% des Zones de santé un taux d'utilisation des services d'au moins 50% pour les soins curatifs et d'au moins 80% pour les soins préventifs(PEV, CPS, CPN) ;

Mobiliser suffisamment les ressources financières aussi bien publiques, privées et extérieures que celles de la communauté :

- Planifier toutes les dépenses relatives aux programmes de santé ;
- Instaurer des mécanismes de mobilisation des ressources financières pour le développement sanitaire ;
- Obtenir l'affectation effective des ressources du Budget pour Ordre (BPO) en faveur de la santé ;
- Coordonner les appuis financiers des partenaires ;
- Allouer un financement de plus de 10% du budget total de l'Etat au secteur de santé ;
- Décentraliser le budget alloué à la santé à tous les niveaux du système de santé selon les critères objectifs ;
- Responsabiliser les entités décentraliser dans la prise en charge de certaines dépenses de santé de leurs populations.
- Instaurer la gestion rationnelle et transparente des ressources financières à tous les niveaux du système de santé ;
- Rendre efficace le système de financement communautaire

Développer un système d'approvisionnement en médicaments essentiels, en fourniture pour imagerie médicale, en plantes et recettes médicinales éprouvées et en produits de laboratoire :

- Planter dans le pays un système national performant d'approvisionnement en médicaments essentiels et réactifs de laboratoires et fournitures en intrants et d'imagerie médicale;
- Installer dans chaque province d'un réseau officiel des centres d'achat et de distribution des médicaments essentiels ;
- Mettre en place dans chaque zone de santé d'un dépôt pharmaceutique pour l'acquisition et la distribution des médicaments
- Accroître à au moins 50 % la production locale des médicaments ;
- Rendre les coûts des médicaments accessibles au pouvoir d'achat de la population ;
- Assainir le secteur pharmaceutique par la réglementation des conditions de l'exercice de la pharmacie ;
- Instaurer un système de contrôle rigoureux de qualité avec des mesures d'application explicites ;
- Instaurer la gestion rationnelle et transparente des médicaments à tous les niveaux du système de santé ;
- Obtenir l'adoption des comportements positifs à l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et la communauté.
- Renforcer la capacité institutionnelle et gestionnaire de service de réglementation, de contrôle et d'inspection pharmaceutique ;
- Promouvoir l'industrie pharmaceutique intéressée à la fabrication des médicaments essentiels et traditionnels améliorés.

Développer les activités d'appui à la gestion rationnelle des programmes de santé :

- Suivre / superviser l'exécution des activités des programmes de santé ;
- Contrôler la réalisation des résultats attendus de tous les programmes de santé ;
- Évaluer périodiquement les activités, les ressources, les objectifs et les résultats des programmes de santé
- Produire des informations sanitaires comprenant la gestion des infrastructures, des matériels, des finances et des ressources humaines de la santé.
- Effectuer des recherches pour la résolution des problèmes que rencontre la réalisation des programmes de santé ;
- Impliquer les représentants de la communauté dans le processus de suivi et d'évaluation

Promouvoir la santé de la mère et de l'enfant

- Réduire le taux de mortalité infantile de 127 à 65 ‰ de l'an 2000 à l'an 2009 ;
- Réduire le taux de mortalité de moins de 5 ans de 213‰ à 100‰ à l'horizon 2009 ;
- Réduire le taux de mortalité maternelle de 1837 à au moins 900/100000 naissances vivantes ;
- Réduire la mortalité périnatale de 80 à au moins 40 ‰ d'ici l'an 2010 ;
- Réduire de 4 à moins de 2 % des femmes enceintes porteuses de VIH ;
- Déterminer la fréquence et les moyens de lutte indiqués pour les cancers du sein et de l'appareil génital chez la femme congolaise d'ici à l'an 2010.
- Déterminer la prévalence de diverses maladies fréquentes chez les Congolais de 3e âge et

- organiser leur prise en charge ;
- Éradiquer les pratiques des mutilations sexuelles féminines d'ici à l'an 2010.
- Accroître le taux de couverture prénatale de 67 à 80 % d'ici 2009;
- Accroître le taux de couverture des accouchements assistés de 69 à 80 %.
- Réduire le taux de prévalence des MST de 50%
- Réduire le taux de grossesse chez l'adolescente de 50 %
- Amener à 80% les jeunes de 10 à 24 ans à adopter un comportement sexuel responsable

Renforcer la lutte contre la maladie ainsi que les accidents de travail et les conséquences médico-sanitaires des catastrophes :

- Instaurer un système opérationnel de surveillance épidémiologique et de gestion des épidémies et couvrant toute l'étendue du pays d'ici l'an 2009 ;
- Accroître de 29 à au moins 80 % la couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois contre les maladies transmissibles de l'enfance ;
- Éradiquer la poliomyélite ; .
- Éliminer le tétanos néonatal et la rougeole ;
- Éliminer la lèpre ;
- Réduire de 10 à moins de 5 les épisodes par an du paludisme chez les enfants et les mères ;
- Réduire à moins 3 épisodes/an de diarrhées chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Réduire à moins de 3 % par an la fréquence de la tuberculose pulmonaire ;
- Réduire à moins de 3 épisodes par an des IRA chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Réduire le taux d'infection de la trypanosomiase à moins de 1 % par an;
- Réduire sensiblement la cécité due à l'onchocercose à moins de 2 % par an;
- Mettre en place un dispositif législatif, réglementaire et technique de lutte contre les conséquences médico-sanitaires des catastrophes;

Promouvoir un environnement propice à la vie saine :

- Contribuer à l'accroissement de l'approvisionnement de la population en eau saine ;
- Contribuer à l'accroissement de taux (de 28 à plus de 50 %) de ménages qui utilisent des locaux sûrs et favorables à la santé ;
- Contribuer à l'accroissement de taux (de 8 à plus de 25 %) de ménages qui utilisent les habitations protégées contre les insectes
- Contribuer à l'accroissement de taux (de 25 à plus de 50%) de ménages qui évacuent correctement des ordures
- Contribuer à l'accroissement de taux (de 17 à plus de 40 %) de ménages qui utilisent des latrines hygiéniques ;
- Revitaliser tous les services de salubrité publique d'ici l'an 2009.

Promouvoir la protection sanitaire des groupes spécifiques :

- Intégrer des services de soins préventifs et promotionnels dans toutes les unités de santé des entreprises ;
- Implanter les activités de médecine scolaire dans au moins 80 % d'établissements scolaires ;

- Assurer la sécurité du transport aérien et naval;
- Fournir les soins de santé mentale de qualité accessibles à l'ensemble de la population ;
- Réduire la pratique de la consommation de la drogue, du tabac et de l'alcool surtout chez les jeunes de 15 à 19 ans ;
- Intégrer les pratiques de la médecine traditionnelle dans la résolution des problèmes de santé publique.
- Appuyer l'inspection médicale du travail;
- Elaborer des stratégies de prise en charge des handicaps physiques ;
- Renforcer la réhabilitation des handicaps à assise communautaire ;
- Intégrer les stratégies de prise en charge des handicaps dans les établissements des soins de différents niveaux ;
- Renforcer les capacités des centres de réhabilitation des handicapés physiques ;
- Subventionner les centres de réhabilitation des personnes handicapées physiques ;
- Mettre en place des mécanismes et des structures de réinsertion sociale des personnes vivant avec handicaps.

Promouvoir des bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles :

- Réduire les taux de malnutrition modéré et sévère chez les enfants de moins de 5 ans respectivement à moins de 6% et 5% d'ici l'an 2010 ;
- Assurer la lutte contre les carences en micro-nutriments(fer, iode, vit A,...) ;
- Accroître de 23 à plus de 80 % le taux de la surveillance de croissance des enfants âgés de 0 à 3 ans ;
- Encourager la recherche sur la valeur nutritive des aliments locaux et assurer leur promotion ;
- Assurer la surveillance de la qualité des aliments vendus sur les points de vente, aux marchés et dans les milieux scolaires et universitaires.
- Organiser la prise en charge des malnutris ;
- Contribuer à la sécurité alimentaire.

Promouvoir la communication pour la santé :

- Créer une structure de coordination et de production de matériel de communication pour la santé ;
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication pour la santé et de mobilisation sociale à tous les niveaux.

Promouvoir la participation communautaire et le partenariat :

- Renforcer les structures de participation communautaire;
- Créer les mécanismes de concertation et de dialogue à tous les niveaux;
- Impliquer les partenaires et la communauté dans tous les processus gestionnaires.

3.2. RESULTATS, INTERVENTIONS, INDICATEURS ET CHRONOGRAMME :

Les interventions globales et spécifiques liées à la réalisation des objectifs ci-dessus décrits sont reprises dans les tableaux ci-dessous en rapport avec les résultats attendus.

L'ordre chronologique de la mise en œuvre de ces interventions est dicté par l'importance des problèmes à résoudre et par leur capacité à entraîner la résolution des autres problèmes. Il est distingué trois périodes: court, moyen et long termes. Ainsi, il y a

- des interventions à réaliser à court terme : Entre 2000 et 2003 (CT).
- des interventions à réaliser à moyen terme : Entre 2003 et 2006 (MT).
- des interventions de consolidation à réaliser à long terme : 2006 et 2009 (LT).

Les tableaux figurant aux pages suivantes indiquent l'ordonnancement de ces interventions.

Il est indiqué avant chaque tableau le problème qui a été identifié, l'énoncé de la politique et l'objectif général auquel se rapportent les résultats, interventions, indicateurs et période souhaitée.

- **Problèmes identifiés** dans le domaine de législation et organisation des services de santé.
- **Enoncé de politique** : actualisation des dispositions législatives, administratives et gestionnaires, y compris les normes sanitaires.
- **Objectif général** : pourvoir le système sanitaire d'une législation et d'une organisation adaptée au contexte socio-politique du pays.

RÉSULTATS ESCOMPTES		INTERVENTIONS	INDICATEURS D'ÉVALUATION	PÉRIODES			
				CT	M T	LT	
1. Textes législatifs et réglementaires promulgués	1.1	Définir des politiques sous-sectorielles de la santé	Existence de déclarations de politiques sous-sectorielles de la santé	X			
	1.2	Réviser le code sanitaire	Existence d'un code sanitaire révisé	X			
	1.3	Mettre en place le cadre organique de la santé	Existence d'un décret présidentiel portant cadre organique de la santé	X			
	1.4	Promulguer une loi-cadre sur la santé	Existence d'un décret présidentiel portant loi- cadre sur la santé	X			
	1.5	Elaborer les normes nationales pour la santé	Existence de normes sanitaires nationales	X			
	1.6	Elaborer la loi et mesures d'application concernant la médecine traditionnelle ;	Existence d'une loi réglementant la médecine traditionnelle	X	X		
	1.7	Elaborer des lois créant et organisant des ordres des professionnels de santé ;	Existence d'une loi créant et organisant les ordres	X	X		
	1.8	Elaborer des lois sur le contrôle de la qualité et de la sécurité des médicaments, des aliments, des boissons et de l'eau	Existence d'une loi sur le contrôle de la qualité et de la sécurité des aliments, des boissons et de l'eau	X	X		
	1.9	Elaborer des lois sur l'exercice pharmaceutique, l'importation des médicaments et matériels sanitaires ;	Existence de lois sur l'exercice pharmaceutique, l'importation des médicaments et matériels sanitaires ;	X	X		
		1.10	Réviser des textes légaux régissant l'enseignement des sciences de la santé ;	Existence de textes légaux révisés sur l'enseignement des sciences de la santé ;	X	X	
		1.11	Actualiser les textes existants sur la promotion de la pratique des recherches en sciences de la santé	Existence de textes actualisés sur la promotion de la pratique des recherches en sciences de la santé	X	X	

2. Mécanismes de décentralisation et de déconcentration des services mis en place	2.1.	Elaborer le système national de gestion des institutions de santé	Existence d'un modèle national de gestion des institutions de santé.	X		
	2.3.	Déterminer un paquet minimum d'actions sanitaires à chaque niveau	Existence de normes nationales sur le paquet minimum d'activités de prestation de SSP et d'appui aux ZS	X		
	2.4.	Elaborer des plans d'actions à chaque niveau du système de santé	Existence de plans d'actions concertés avec les partenaires à chaque niveau de système de santé	X	X	X
	2.5.	Mettre en place des mécanismes de concertation et de coordination de toutes les interventions pour le développement sanitaire ;	Existence d'organes et de structures de concertation et de coordination de toutes les interventions pour le développement sanitaire ;	X		
	2.6.	Mettre en place au niveau des directions provinciales de santé des équipes multidisciplinaires de coordination, de supervision et d'encadrement ;	Affectation au niveau des directions provinciales de santé des équipes multidisciplinaires de coordination, de supervision et d'encadrement ;	X		
	2.7.	Intégrer les activités des projets et programmes spécialisés de la santé publique au niveau des services des directions provinciales de santé, des bureaux centraux des Zones de Santé, des hôpitaux généraux de références et des centres de santé ;	Existence de plans d'intégration des activités des projets et programmes spécialisés de la santé publique au niveau des services des directions provinciales de santé, des bureaux centraux des Zones de Santé, des hôpitaux généraux de références et des centres de santé ;	X		
	2.8.	Intégrer les services des soins spéciaux au sein des centres de santé et des HGR.	Existence d'un plan d'intégration des services des soins spéciaux au sein des centres de santé et des HGR.	X	X	
	2.9.	Mettre en place à chaque niveau du système de santé un organe de prise de décisions concertées	Existence des organes de concertation représentatifs des partenaires concernés à chaque niveau du système de santé	X		
	2.10.	Mettre en place des organes de gestion budgétaire à chaque niveau du système de santé.	Existence de comités de gestion budgétaire à chaque niveau du système de santé.	X		
	2.11.	Octroyer l'autonomie de gestion des ressources disponibles à chaque niveau du système de santé	Existence de textes et directives octroyant l'autonomie de gestion des ressources disponibles à chaque niveau du système de santé	X		
	2.12.	Etablir une répartition géographique judicieuse des unités de soins et de services administratifs de santé	Existence d'un plan de répartition géographique judicieuse des unités de soins et de services administratifs de santé	X	X	X

	2.13.	Etablir une répartition des tâches entre les services de santé de différents niveaux	Existence d'une description des attributions entre les services de santé de divers niveaux ;	X		
	2.14.	Prendre au niveau des directions provinciales de la santé des mesures pour la déconcentration des services ;	Existence et respect des normes relatives à la déconcentration des services	X	X	X
	2.15.	Mettre en place un système d'orientation-recours à chaque niveau du système de santé	Existence de normes relatives au système orientation recours à chaque niveau du système sanitaire	X	X	X
	2.16.	Organiser le ré-découpage des zones de santé en respectant les limites administratives	Existence d'une carte sanitaire respectant les limites administratives.	X		

- **Problèmes identifiés** en rapport avec le personnel de santé.
- **Enoncé de politique** : Mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières et l'allocation importante du budget de l'Etat, le renforcement de la participation communautaire et le partenariat pour la santé.
- **Objectif Général** : Doter toutes les structures sanitaires du pays des équipes de santé requises d'ici 5 ans.

3. Promotion de l'enseignement des sciences de la santé renforcée	3.1.	Mettre en place un « conseil supérieur de l'enseignement des sciences de la santé » (CSESS)	Existence d'un décret présidentiel créant et organisant le CSESS	X		
	3.2	Elaborer les programmes de l'enseignement des sciences de la santé en concertation avec le Ministère de l'Education;	Existence de programmes concertés d'enseignement de sciences de la santé	X	X	
	3.3	Réhabiliter et équiper les infrastructures d'enseignement des sciences de la santé ;	Nombre d'établissements réhabilités et équipés	X		
	3.4	Actualiser les normes de l'agrément des établissements des sciences de la santé ;	Existence des normes d'agrément	X	X	X
	3.5	Déterminer les besoins en personnel de santé	Existence d'une programmation des besoins en personnel	X	X	X
	3.6	Planifier la création des établissements qualifiés dans l'enseignement des sciences de la santé ;	Nombre d'établissements créés par catégorie et par province	X	X	X
	3.7	Evaluer les établissements d'enseignement des sciences de la santé ;	% d'établissements évalués	X	X	X
	3.8	Assurer la production de matériels didactiques et manuels pour l'enseignement ;	Nombre et types de matériels didactiques produits	X	X	X
	3.9	Assurer la formation continue des enseignants.	Couverture des besoins en formation des enseignants	X	X	X
4. disparités de ratio professionnels de santé/population entre milieux urbains et ruraux supprimées	4.1.	Définir les normes de dotation en ressources humaines des structures de santé ;	Existence des normes en ressources humaines	X		
	4.2.	Elaborer un plan d'engagement ainsi que d'affectation du personnel de santé dans les structures de santé ;	Existence d'un plan d'engagement ainsi que d'affectation du personnel	X		
5. performances du personnel de santé significativement accrues	5.1.	Faire une description des postes et des tâches à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;	Existence d'une description des postes et des tâches à tous les niveaux	X	X	X

	5.2.	Identifier les besoins en formation continue ;	Existence d'un état de besoins en formation continue	X	X	X
	5.3.	Assurer l'application stricte des régimes disciplinaires et de recours disciplinaires ;	Nombre dossiers traités/Nb dossiers disciplinaires	X	X	X
	5.4.	Elaborer les programmes de formation en cours d'emploi ;	Existence de programmes de formation	X	X	X
	5.5.	Assurer la formation continue ;	Couverture des besoins en formation	X	X	X
	5.6.	Mobiliser les offres de bourse de perfectionnement, spécialisation ou voyages d'études	Nombre d'offres de bourses + voyages d'études mobilisés/prévus	X	X	X
	5.7.	Mettre à jour un fichier informatisé de gestion du personnel ;	Existence d'un fichier informatisé actualisé de personnel	X		
	5.8.	Instaurer les mécanismes de motivation des personnels de santé ;	Augmentation de la productivité	X	X	X
	5.9.	Assurer le suivi des rendements du personnel y compris les expatriés, par cotation annuelle;	% fiches de cotation mises à jour	X	X	X

- **Problèmes identifiés** dans le domaine des infrastructures sanitaires
- **Enoncé de politique** : Réhabilitation des infrastructures de santé, construction de nouvelles infrastructures, renouvellement de matériels et équipements.
- **Objectif Général** : Etendre à au moins 90% la couverture de la population en infrastructures sanitaires opérationnelles et équipées selon les normes édictées.

6.1	Reno uveler les matér iels et équip ement s dans toutes les forma tions sanita ires des provi nces ayant connu la guerr e	% formations sanitaires équipées/prévues	X	X	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 .2
	6.9	Construire 2 bâtiments des Directions provinciales du Kasaï Oriental et du Bas- Congo ;	Existence bâtiments Direction Provinciale K.OR et B.C.	X	

<p>travaux de service de maintenance des infrastructures et équipements.</p> <p>services sanitaires desservis par un service de maintenance et d'entretien <input type="checkbox"/></p> <p>% services sanitaires desservis par un service de maintenance et d'entretien</p> <p>• Problèmes</p> <p style="padding-left: 40px;">X</p> <p style="padding-left: 40px;">X</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>• Problèmes</p>						
--	--	--	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="177 808 368 842">• <i>Enoncé de</i> <li data-bbox="177 1137 368 1171">• <i>Enoncé de</i>						
--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- **Problèmes identifiés** dans le domaine des infrastructures sanitaires
- **Enoncé de politique** : Réhabilitation des infrastructures de santé, construction de nouvelles infrastructures, renouvellement de matériels et équipements.
- **Objectif Général** : Rendre accessibles les soins de santé essentiels de qualité à au moins 90% de la population.

7. Au moins 90% de la population a accès à des soins de santé de qualité	7.1	Assurer à 100% la disponibilité des ressources essentielles dans au moins 90% des ZS	% de ZS disposant de toutes les ressources	X	X	X
	7.2	Accroître à 90% l'accessibilité géographique des services de soins à la population dans 90% des ZS	% de ZS ayant un taux d'accessibilité géographique des services de soins à la population de 90%	X	X	X
	7.3	Atteindre un taux d'utilisation d'au moins 50% pour les soins curatifs et au moins 80% pour les soins préventifs (PEV, CPS, CPN)	% de ZS ayant un taux d'utilisation d'au moins 50% pour les soins curatifs et au moins 80% pour les soins préventifs (PEV, CPS, CPN)	X	X	X

- **Problèmes identifiés** dans le domaine de financement des services de santé
- **Enoncé de politique** : Mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières par une allocation importante du budget de l'Etat, le renforcement de la participation communautaire et le partenariat pour la santé.
- **Objectif Général** : Assurer la mobilisation des ressources financières aussi bien publiques, privées et extérieures que celles de la communauté.

R É S U L T A T S E S C O M P T E S	I N T E R V E N T I O N S	

CT

MT





8	.	2	Coordonner les appuis financiers des partenaires	Existence d'un fichier mis à jour de financement des partenaires	X
8	.	3	R e s p o n s a b i l i s e r l e s e n t i t é s d é c e n t r a l i s é e s d	% dépenses de santé prises en charge par les entités décentralisées	X

	a n s la p r i s e e n c h a r g e d e c e r t a i n e s d é p e n s e s d e s a n t é ;			
9.1	Elaborer un plan de dépenses publiques de santé;	Existence d'un plan de dépenses publiques	X	X
10.1	Assurer la répartition des ressources financières entre les différentes entités ;	Existence d'une clé de répartition des ressources		X

tè
m
e
ef
fi
ca
ce
et
dé
ce
nt
ra
lis
é
de
dé
ca
is
se
m
e
nt
de
s
fo
n
ds
e
n
fa
ve
ur
de
la
sa
nt
é
m
is
e
n
pl
ac
e



	10.2	Assurer la décentralisation de l'exécution budgétaire à tous les niveaux du système de santé ;	Existence d'une clé de répartition du budget par niveaux	x
	10.3	Contrôler l'utilisation des ressources financières de santé à tous les niveaux ;	% des services audités	X
I I. S ys tè m e	11.1	Réadapter les outils de gestion financière existants et l'élaboration de ceux inexistantes pour les ZS ;	% ZS avec des outils de gestion	X

*de
ge
sti
o
n
ra
ti
o
n
n
el
le
et
tr
a
ns
p
ar
e
nt
e
de
s
re
ss
o
ur
ce
s
fi
n
a
n
ci
èr
es
m
is
e
n
pl
ac
e
à
to
us
le
s
ni
ve
a
u
x*

--	--	--	--

1 Mettre en place un système Existence d'un système d'information financière ; X
1. d'information financière ;
2

11.3	Adapter le plan comptable général congolais au secteur de la santé (PCGC);	% services de santé utilisant le PCGC		X			
11.6	Développer un système de recouvrement des coûts des soins;	Niveau de recouvrement des coûts des soins ;		X			
11.8	Publier et vulgariser les procédures d'utilisation des ressources de l'Etat ;	% gestionnaires informés sur les procédures					X
11.9	Renforcer les organes de gestion administrative et financière avec un audit systématique interne ;	% services dotés d'un audit interne					X
	11.10	Veiller à l'application d'un régime disciplinaire pour toutes les déficiences dans la gestion des finances ;	% structures appliquant les régimes disciplinaires	X	X	X	
	11.11	Promouvoir la création d'un système d'assurance maladie, des mutuelles et coopératives pour la santé ;	Existence d'un système d'assurance maladie, des mutuelles et coopératives pour la santé	X			

	Promouvoir la rédynamisation du système de sécurité sociale.	Existence d'un système de sécurité sociale	X		
--	--	--	---	--	--

- **Problèmes identifiés** dans le domaine des médicaments et produits consommables essentiels
- **Enoncé de politique** : La promotion et la création des industries pharmaceutiques locales pour l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels, y compris les produits biologiques et autres réactifs de laboratoire.
- **Objectif Général** : Développer un système d'approvisionnement en médicaments essentiels, en fournitures pour imagerie médicale.

12. Système d'approvisionnement en médicaments essentiels est opérationnel	12.1	Promulguer les textes de lois et la politique pharmaceutique nationale ;	Existence d'une politique pharmaceutique nationale	X	X	
	12.2	Mettre en place un organe de coordination des activités pharmaceutiques ;	Existence d'un organe de coordination des activités pharmaceutiques	X		
	12.3	Actualiser la liste nationale des médicaments essentiels génériques et matériels ;	Existence d'une liste nationale des médicaments essentiels génériques et matériels	X		
	12.4	Déterminer les besoins nationaux en médicaments, réactifs de laboratoires ;	Existence d'un état de besoins nationaux	X		
	12.5	Mobiliser les financements pour les achats internationaux et les investissements ;	% fonds mobilisés /besoins			
	12.6	Mettre en place un réseau des centrales provinciales d'achat des médicaments essentiels ;	NB centrales d'achat créées/prévues	X		
	12.7	Installer les pharmacies au niveau de chaque Zone de Santé ;	% ZS avec dépôts pharmaceutiques	X		
	12.8	Mettre en place les mécanismes de suivi de l'approvisionnement en médicaments ;	Existence de mécanismes de suivi d'approvisionnement régulier en médicaments	X		

	12.9	Mettre en place des mécanismes de stabilisation de prix des médicaments ;	Existence d'un système efficace de stabilisation de prix	X	X	X
	12.10	Assainir le secteur pharmaceutique par la suppression des pratiques illégales ;	Existence d'un système efficace d'inspection pharmaceutique	X	X	X
	12.11	Réhabiliter et renforcer les capacités des institutions de contrôle de qualité ;	Existence d'un système efficace de contrôle de qualité	X	X	X
	12.12	Renforcer des capacités des institutions de contrôle et d'inspection pharmaceutique	Existence d'un programme de renforcement des capacités des institutions	X	X	X
	12.13	Elaborer la pharmacopée traditionnelle;	Existence de la pharmacopée traditionnelle	X		
	12.14	Assurer la formation des professionnels de santé à la gestion et utilisation rationnelle des médicaments ;	Couverture des besoins en formation	X	X	X
	12.15	Assurer l'éducation de la population pour l'utilisation rationnelle des médicaments.	Adoption de comportements favorables pour le bon usage des médicaments	X	X	X
	12.16	Promouvoir l'industrie pharmaceutique et des unités de production locale des médicaments essentiels et traditionnels	Nombre d'industrie pharmaceutique et des unités de production créées	X	X	X
	12.17	Mettre en place un système efficace d'enregistrement et d'homologation des médicaments essentiels, y compris les médicaments traditionnels améliorés	Existence d'un système efficace d'enregistrement et d'homologation	X	X	X
13. Réseau national des services de laboratoire mis en place	13.1	Planifier les besoins en laboratoires de santé et des ressources y afférentes	Existence d'un plan d'implantation des laboratoires de santé	X		X
	13.2	Etablir les normes pour les laboratoires de santé publique	Existence des normes en laboratoires de santé publique	X	X	X
	13.3	Renforcer les laboratoires cliniques des CS et HGR en équipements et réactifs	Couverture des besoins en équipements et réactifs pour labo CS et HGR	X		
	13.4	Elaborer les protocoles, manuel de procédures et directives techniques;	Existence de protocoles, manuels de procédure et directives techniques	X		
	13.5	Organiser un système d'assurance et de contrôle de qualité;	Existence d'un système opérationnel d'assurance et de contrôle de qualité	X		
	13.6	Encadrer le personnel prestataire des services de laboratoires	% services de labo régulièrement supervisés	X	X	X

	13.7	Assurer la formation continue du personnel en techniques de laboratoires de santé publique	Couverture des besoins en formation continue	X	X	X
	13.8	Mobiliser les ressources pour le développement des activités de laboratoires de santé;	% ressources mobilisées/besoins	X		
	13.9	Assurer l'exécution des recherches pour le perfectionnement des techniques de laboratoires de santé.	% protocoles recherche exécutés/prévus	X		
	13.10	Mettre en place les laboratoires provinciaux de santé publique;	Nb des labo provinciaux implantés/prévus	X		

- **Problèmes identifiés** dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.
- **Enoncé de politique** : La promotion, la prévention et la lutte contre les maladies à travers les actions de la sensibilisation et l'éducation des populations, le renforcement des activités de protection de la mère et de l'enfant contre les maladies transmissibles, la restructuration du secteur de l'hygiène et de la salubrité publique, le déploiement des services de la santé de la reproduction, la lutte contre toute forme de malnutrition, l'implantation des services de santé mentale, de la médecine aéronautique et de la santé au travail.
- **Objectif Général** : Promouvoir la santé de la reproduction et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

14..Morbidité et mortalité des enfants de moins de 5 ans significativement réduites.	14.1	Vulgariser l'allaitement maternel ;	Existence d'une politique de vulgarisation de l'allaitement maternelle	X	X	X
	14.2	Assurer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance ;	% ZS intégrant la PCIME	X	X	X
	14.3	Assurer la vaccination complète contre les maladies transmissibles de l'enfance.	Couverture vaccinale	X	X	X
	14.4	Intégrer les activités de la surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel de l'enfant ;	Couverture en CPS	X	X	X
15 Morbidité et mortalité maternelle réduite	15.1	Intégrer les activités de la surveillance de l'état maternel et de l'enfant pendant la grossesse ;	Couverture en CPN	X	X	X
	15.2	Organiser les services de maternité sans risque ;	% ZS intégrant les composantes de la maternité sans risque	X	X	X
	15.3	Installer les services de counseling et des prestations concernant les naissances désirables ;	% ZS intégrant les services de counseling/naissances désirables	X	X	X
	15.4	Mettre en place les services de lutte contre la stérilité et les dysfonctionnements génitaux	% ZS intégrant la prise en charge des problèmes de stérilité et de		X	X

			dysfonctionnements génitaux			
	15.5	Créer les services d'information des jeunes pour une parenté responsable ;	Existence de programmes d'encadrement des jeunes pour une parenté responsable		X	X
	15.6	Intensifier l'éducation et les activités pour l'élimination des mutilations sexuelles féminines ;	Elimination complète des pratiques de mutilations sexuelles féminines	X	X	X
	15.7	Organiser la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH et les MST	% femmes enceintes infectées prises en charge	X	X	X

- **Problèmes identifiés** concernant la morbidité élevée due aux maladies endémoépidémiques et aux catastrophes.
- **Enoncé de politique** : La promotion, la prévention et la lutte contre les maladies à travers les actions de la sensibilisation et l'éducation des populations, le renforcement des activités de protection de la mère et de l'enfant contre les maladies transmissibles, la restructuration du secteur de l'hygiène et de la salubrité publique, le déploiement des services de la santé de la reproduction, la lutte contre toute forme de malnutrition, l'implantation des services de santé mentale, de la médecine aéronautique et de la santé au travail.
- **Objectif Général** : Renforcer la lutte contre la maladie ainsi que les accidents de travail et les conséquences des catastrophes.

16. Lutte intégrée contre les maladies endemo-épidémiques organisée.	16.1	Promulguer les politiques régissant les programmes de lutte contre les maladies ;	Déclaration de politiques sous sectorielles des programmes de lutte contre les maladies	X		
	16.2	Elaborer les plans d'action pour la lutte contre les maladies à tous les niveaux ;	Existence de plans d'action sous sectoriels	X		
	16.3	Organiser la coordination des services des programmes spécialisés ;	Existence des mécanismes efficaces de coordination des programmes	X		
	16.4	Renforcer la surveillance épidémiologique de toutes les maladies endemo-épidémiques ;	Existence d'un système national efficace de surveillance épidémiologique	X	X	X
	16.5	Améliorer et intensifier la production des soins et services pour la prise en charge intégrée des malades ;	Projets/programmes intégrés dans les structures de base	X	X	X
	16.6	Intensifier l'information, l'éducation et la communication pour la santé à l'endroit de la population	IEC intégrées dans les structures de base	X	X	X
17. Lutte contre les catastrophes et les épidémies organisée	17.1	Assurer la détection précoce et l'alerte rapide pour les épidémies ainsi que des catastrophes ;	Existence d'un système efficace de détection et d'alerte précoce des épidémies et des catastrophes	X	X	X
	17.2	Conclure et mettre en application les clauses des accords de coopération sanitaire avec les 9 pays frontaliers A.	Ratification des clauses et accords de coopération avec les 9 pays frontaliers	X	X	X
	17.3	Rédynamiser les comités de lutte contre les épidémies et les catastrophes à tous les niveaux ;	Comités de lutte contre les épidémies et les catastrophes fonctionnels	X		

	17.4	Constituer les équipes permanentes d'intervention d'urgence en cas d'épidémie ou de catastrophes ;	Existence des équipes permanentes d'intervention d'urgence en cas d'épidémie ou de catastrophes ;	X	X	X
	17.5	Planifier au préalable les situations d'urgence et épidémies ;	Existence d'un plan d'interventions en situation d'urgence et d'épidémie	X	X	X
	17.6	Réhabiliter les laboratoires de production des vaccins, sérums et autres produits biologiques ;	Nb laboratoires réhabilités/prévus			X
	17.7	Prendre en charge les victimes des catastrophes et des épidémies ;	% victimes prises en charge lors des catastrophes et des épidémies	X	X	X
18. Couverture vaccinale contre les maladies transmissibles accrue de 29 à au moins 80%	18.1	Intensifier la vaccination contre les maladies transmissibles de l'enfance et d'autres maladies ;	% augmentation de la couverture vaccinale	X	X	X
	18.2	Organiser à court terme les journées nationales de vaccination jusqu'à l'éradication de la poliomyélite ;	Couverture vaccinale maximale contre la poliomyélite	X	X	X
19. Épisodes de paludisme réduits de 10 à 5 par an chez les enfants sous cinq ans et les mères	19.1	Intensifier la vulgarisation de la stratégie nationale contre le paludisme ;	% population informée sur la stratégie nationale contre le paludisme	X	X	X
	19.2	Assurer la surveillance des changements écologiques et sociaux afin d'orienter la lutte contre le paludisme ;	Existence d'un système opérationnel de surveillance des changements écologiques et sociaux	X	X	X
	19.3	Promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides ;	% ménages utilisant les moustiquaires imprégnées	X	X	X
	19.4	Renforcer les recherches sur la chimiorésistance et la découverte des nouvelles techniques de lutte ;	% protocoles de recherche exécutés/soumis	X	X	X
	19.5	Encadrer le développement des capacités de prise en charge des malades.	% malades correctement pris en charge	X	X	X
20. Cas de cécité due à l'onchocercose réduits < 2%	20.1	Vulgariser les techniques de dépistage des malades ;	% agents sanitaires formés en techniques de dépistage des cas	X	X	X
	20.2	Intégrer les moyens de lutte au niveau des structures des soins de santé ;	% de structures des soins de santé ayant intégré les moyens de lutte ;	X		
	20.3	Prendre en charge correctement les cas cliniques	% de cas cliniques correctement pris en charge	X	X	X

	20.4	Assurer l'épandage d'insecticide dans chaque foyer retenu et la lutte contre d'autres filarioses ;	Nb foyers couverts par l'épandage d'insecticide/prévus	X	X	X
	20.5	Elaborer la carte épidémiologique de l'onchocercose.	Existence d'une carte épidémiologique de l'onchocercose	X	X	X
21. Prévalence des MST réduite d'au moins 50%	21.1	Promouvoir les comportements à moindre risque pour les MST ;	Réduction de l'incidence déclarée des urétrites masculines	X	X	X
	21.2	Promouvoir l'utilisation des préservatifs ;	Augmentation du taux d'utilisation des préservatifs en situations de risque	X	X	X
	21.3	Assurer la prise en charge correcte des cas de MST ;	% de cas de MST correctement pris en charge	X	X	X
	21.4	Assurer le dépistage systématique du VIH chez les donneurs du sang ;	% poches de sang testées pour le VIH dans les centres de transfusion	X	X	X
	21.5	Assurer la prophylaxie anti-rétrovirale chez les femmes enceintes séropositives ;	% de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'une prophylaxie antirétrovirale	X	X	X
	21.6	Assurer le recrutement et la fidélisation des donneurs bénévoles du sang de la communauté ;	Augmentation la couverture des besoins en dons de sang de qualité	X	X	X
	21.7	Assurer la stérilisation des instruments et la destruction des matériels souillés dans les formations médicales ;	Réduction du risque de transmission nosocomiale du VIH	X	X	X
	21.8	Intégrer le counseling et le dépistage volontaire du VIH dans les formations médicales	% formations médicales intégrant le counseling et le dépistage volontaire	X	X	X
	21.9	Assurer les soins et l'accompagnement psychosocial des personnes vivant avec le VIH ;	% des PVV bénéficiant de soins et accompagnement psychosocial	X	X	X
	21.10	Promouvoir la recherche sur le VIH/SIDA en particulier dans les domaines du contrôle de l'épidémie.	% protocoles exécutés/soumis	X	X	X
22. Endémie lépreuse éliminée	22.1	Assurer le dépistage systématique de la lèpre et la polychimiothérapie spécifique aux multibacillaires comme paucibacillaires ;	% formations sanitaires intégrant le dépistage systématique de la lèpre et la polychimiothérapie spécifique aux multibacillaires comme paucibacillaires ;	X	X	X
	22.2	Faire le suivi et la supervision de la prise en charge des malades ;	Nb visites de suivi et supervision réalisées/prévues	X	X	X
	22.3	Assurer l'approvisionnement en médicaments contre la lèpre ;	Couverture permanente des besoins en médicaments			

	22.4	Assurer la formation du personnel ;	% personnel formé/prévu			
23 Incidence annuelle de la TPM+ réduite à moins 3%	23.1	Dépister systématiquement les tuberculeux dans les centres de santé ;	% CS dépistant systématiquement la TB	X	X	X
	23.2	Appliquer le traitement court de 8 mois sous supervision directe (DOT'S) ;	% CS appliquant le DOT'S	X	X	X
	23.3	Assurer le contrôle de qualité de la bacilloscopie ;	% ZS effectuant régulièrement le contrôle de qualité	X	X	X
	23.4	Assurer l'approvisionnement en tuberculostatiques et autres intrants essentiels ;	% ZS régulièrement approvisionnées en tuberculostatiques et autres intrants essentiels			
24. Incidence annuelle de la trypanosomiase réduite à moins de 1%	24.1	Renforcer la participation des équipes de santé des structures fixes au dépistage actif ;	% structures fixes assurant le dépistage/prévues	X	X	X
	24.2	Assurer la fourniture des médicaments et instructions pour le traitement supervisé ;	Disponibilité des médicaments et instructions sur le traitement supervisé dans les ZS	X	X	X
	24.3	Promouvoir le piégeage systématique des mouches tsé tsé par la communauté des villages ;	% villages effectuant le piégeage systématique des mouches tsé-tsé/villages en zones endémiques	X	X	X
	24.4	Superviser les activités de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine ;	Nb de supervisions réalisées/prévues	X	X	X
	24.5	Mettre en place en cas de besoin les équipes mobiles spécialisées ;	Nb équipes mobiles mises en place/prévues dans les foyers endémiques	X	X	X
	24.6	Intensifier les activités de prospection de nouveaux foyers ;	Existence d'un programme opérationnel de prospection de nouveaux foyers	X	X	X
	24.7	Organiser l'appui technique et logistique des équipes mobiles ;	% d'équipes mobiles bénéficiant d'un appui technique et logistique	X	X	X
25. Prévention et la prise en charge correcte des cas de schistosomiase assurées	25.1	Vulgariser les techniques pour le diagnostic microscopique ou le dépistage indirect ;	% personnel formé/prévu	X	X	X
	25.2	Assurer la fourniture des médicaments pour la prise en charge de tous les malades ;	Disponibilité des médicaments contre la schistosomiase dans les ZS endémiques	X	X	X
	25.3	Promouvoir la lutte contre les mollusques ;	% ZS endémiques menant la lutte contre les mollusques	X	X	X
	25.4	Assurer l'éducation sanitaire du public sur le risque lié à la fréquentation des points d'eau infestés ;	% ZS endémiques assurant l'éducation sanitaire du public sur le risque lié à la fréquentation des points d'eau infestés ;			

	25.5	Organiser les enquêtes spéciales dans les zones rurales, et périurbaines exposées ;	Nb d'enquêtes réalisées/prévues dans les zones exposées	X	X	X
	25.6	Assainir les eaux infestées ;	Nb ZS endémiques assurant l'assainissement des eaux infestées			
	25.7	Organiser la prise en charge et surtout le traitement médical précoce ;	Nb ZS organisant la prise en charge précoce des malades	X	X	X
26. Endémie de peste éradiquée	26.1	Assurer la surveillance épidémiologique et les investigations permanentes ;	Existence d'un programme de surveillance épidémiologique de la peste en zones endémiques	X	X	X
	26.2	Identifier les meilleures approches de lutte adaptées aux conditions de terrain,	Définition des stratégies de lutte adaptées aux conditions de terrain	X	X	X
	26.3	Assurer l'approvisionnement en matériels spécifiques de piégeage, raticides et médicaments.	% ZS régulièrement approvisionnées en matériels de piégeage, raticides et médicaments dans les foyers endémiques	X	X	X
	26.4	Assurer la prise en charge correcte des cas de peste ;	% cas de peste correctement pris en charge /dépistés	X	X	X
27. Fréquence des complications liées aux affections bucco-dentaires réduite	27.1	Planifier l'affectation des chirurgiens –dentistes au niveau des Zones de Santé ;	Existence d'un plan d'affectation des chirurgiens-dentistes	X	X	X
	27.2	Intégrer les activités de lutte contre les affections bucco-dentaires dans les structures sanitaires ;	% ZS intégrant les activités de lutte contre les affections bucco-dentaires	X	X	X
	27.3	Equiper les services des soins bucco-dentaires dans les structures de santé ;	% services de soins bucco-dentaires équipés	X	X	X
	27.4	Former le personnel des ZS dans la lutte contre les affections bucco-dentaires ;	% personnels de santé formé/prévus	X	X	X
	27.5	Assurer l'éducation pour la santé bucco-dentaire.	% services de soins assurant l'éducation bucco-dentaire	X	X	X
28. Promotion de la santé mentale assurée	28.1	Promulguer les textes juridiques sur la santé mentale ;	Existence des textes juridiques réglementant la santé mentale		X	
	28.2	Mettre en place un organe national de coordination des activités de santé mentale ;	Existence d'une structure nationale de coordination des activités de santé mentale		X	
	28.3	Standardiser la prise en charge des activités de santé mentale	Existence des instructions standardiser sur la santé mentale	X		
	28.4	Renforcer les appuis aux centres nationaux et provinciaux spécialisés pour les activités de santé mentale ;	% Centres nationaux et provinciaux appuyés		X	X

	28.5	Assurer l'éducation sanitaire pour la prise en charge communautaire des problèmes de santé mentale ;	% ZS intégrant les activités d'IEC sur les problèmes de santé mentale		X	X
	28.6	Assurer la formation des différentes catégories des acteurs de santé mentale ;	% personnels formés/prévus		X	X
	28.7	Instaurer les mécanismes de collaboration entre les guérisseurs traditionnels et services modernes de santé mentale pour la prise en charge des malades.	Existence de mécanismes de collaboration entre les guérisseurs traditionnels et services modernes de santé mentale		X	X

- **Problèmes identifiés** concernant la morbidité élevée due aux maladies endémoépidémiques et aux catastrophes.
- **Enoncé de politique** : La promotion, la prévention et la lutte contre les maladies à travers les actions de la sensibilisation et l'éducation des populations, le renforcement des activités de protection de la mère et de l'enfant contre les maladies transmissibles, la restructuration du secteur de l'hygiène et de la salubrité publique, le déploiement des services de la santé de la reproduction, la lutte contre toute forme de malnutrition, l'implantation des services de santé mentale, de la médecine aéronautique et de la santé au travail.
- **Objectif Général** : Promouvoir de bonnes conditions nutritionnelles et alimentaires.

29. Taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans réduit	29.1	Assurer la sécurité alimentaire ;	Disponibilité alimentaire suffisante	X	X	X
	29.2	Assurer la lutte contre les carences en micro-nutriments (fer, iode, vitamine A....) ;	Réduction du taux de carence en micro-nutriments	X	X	X
	29.3	Organiser l'éducation nutritionnelle de la population ;	% ZS organisant l'éducation nutritionnelle	X	X	X
	29.4	Promouvoir la recherche sur la valeur nutritive des aliments locaux ;	Nb d'études réalisées/prévues	X	X	X
	29.5	Assurer la surveillance de la qualité des aliments aux points de vente	% ZS assurant la surveillance de la qualité des aliments	X	X	X
	29.6	Organiser la surveillance nutritionnelle	% ZS organisant la surveillance nutritionnelle			
	29.7	Organiser la prise en charge des cas de malnutrition.	% ZS organisant la prise en charge de la malnutrition	X	X	X

- **Problèmes identifiés** concernant la morbidité élevée due aux maladies endémoépidémiques et aux catastrophes.
- **Enoncé de politique** : La promotion, la prévention et la lutte contre les maladies à travers les actions de la sensibilisation et l'éducation des populations, le renforcement des activités de protection de la mère et de l'enfant contre les maladies transmissibles, la restructuration du secteur de l'hygiène et de la salubrité publique, le déploiement des services de la santé de la reproduction, la lutte contre toute forme de malnutrition, l'implantation des services de santé mentale, de la médecine aéronautique et de la santé au travail.
- **Objectif Général** : Promouvoir la protection sanitaire des groupes spécifiques, notamment ceux exposés aux maladies professionnelles ou accidents de travail, les sportifs, les travailleurs du secteur des transports,...

30. Médecine scolaire implantée dans au moins 80% des établissements d'enseignement	30.1	Mettre en place un comité interministériel de la santé scolaire ;	Existence d'un comité interministériel de la santé scolaire	X		
	30.2	Octroyer un budget de l'Etat pour les activités de la santé scolaire ;	% budget de l'Etat consacré à la santé scolaire	X	X	X
	30.3	Intégrer les cours de la santé scolaire dans les programmes de la formation des professionnels ;	Existence d'un programme d'enseignement de la santé en milieu scolaire	X	X	X
	30.4	Vulgariser les normes sanitaires architecturales et pédagogiques ;	Existence des normes sanitaires architecturales et pédagogiques	X	X	X
	30.5	Faire le suivi et le contrôle de l'application de la réglementation relative à la santé scolaire ;	Nb visites de suivi et de contrôle sanitaire réalisées/prévues en milieu scolaire	X	X	X
	30.6	Organiser les services de santé scolaire dans les établissements scolaires et étudiants ;	% ZS organisant les services de santé scolaire dans les établissements scolaires et étudiants	X	X	X
	30.7	Assurer les bonnes conditions d'hygiène et d'assainissement en milieu scolaire ;	% établissements scolaires appliquant les normes d'hygiène et d'assainissement	X	X	X
	30.8	Promouvoir l'assurance – maladie des enfants et de leurs enseignants ;	% établissements scolaires avec assurance maladie			
	30.9	Développer un partenariat sur la santé scolaire entre l'Etat, les ONG et les privés ;	Existence d'un cadre de concertation sur la santé scolaire entre l'Etat, les ONG et les privés			
	30.10	Intégrer les activités de santé scolaire dans les Zones de Santé ;	% ZS intégrant les activités de santé scolaire	X	X	X

	30.11	Mettre en place les mécanismes de collaboration étroite entre éducation, santé, environnement et agriculture ;	Existence des mécanismes de collaboration étroite entre éducation, santé, environnement et agriculture	X		
	30.12	Assurer la formation du personnel enseignant dans le domaine de la santé scolaire.	% personnels enseignants formés en santé scolaire	X	X	X
31. Médecine du travail implantée dans au moins 80% des entreprises	31.1	Promulguer les textes juridiques actualisés réglementant l'exercice des activités de santé au travail ;	Existence des textes juridiques actualisés réglementant l'exercice des activités de santé au travail	X		
	31.2	Implanter les comités d'hygiène et sécurité au sein des établissements et des entreprises ;	% d'entreprises ayant un comité d'hygiène et de sécurité	X		
	31.3	Mettre en place ou réhabiliter les services sanitaires d'entreprises ;	% d'entreprises disposant d'un service sanitaire réhabilité	X	X	X
	31.4	Promouvoir l'éducation des travailleurs en ce qui concerne les mesures d'hygiène et de sécurité sanitaire au travail ;	% d'entreprises assurant l'éducation des travailleurs en ce qui concerne les mesures d'hygiène et de sécurité sanitaire	X	X	X
	31.5	Assurer l'appui technique aux services d'inspection du travail pour le suivi, le contrôle.	Existence d'un programme d'appui technique aux services d'inspection du travail	X	X	X
32. Normes sanitaires appliquées dans le secteur du transport (aéronautique, naval, routier....).	32.1	Etablir les conditions et les normes d'évacuation et de voyage par voie aérienne des malades;	Existence des normes d'évacuation et de voyage par voie aérienne des malades		X	
	32.2	Initier la formation en cours d'emploi des professionnels de santé à la pratique de la médecine du transport	% personnels de santé formés à la médecine du transport		X	X
	32.3	Contrôler l'application des normes de la médecine du transport	% ZS assurant le contrôle régulier des normes de la médecine du transport		X	X
33. Normes sanitaires appliquées dans les milieux sportifs	33.1	Promulguer une politique nationale de la santé au sport ;	Existence d'une politique nationale de la santé au sport	X		
	33.2	Mettre en place un cadre de coordination des activités de médecine sportive ;	Existence d'un cadre de coordination de la médecine sportive	X	X	
	33.3	Assurer la formation des professionnels de santé en médecine de sport ;	% professionnels de santé formés en médecine de sport		X	

	33.4	Promouvoir l'éducation des sportifs pour l'adoption des comportements compatibles avec la bonne santé ;	% sportifs adoptant les comportements compatibles avec la bonne santé		X	X
	33.5	Promouvoir la lutte contre le dopage chez les sportifs	% des sportifs avec test anti-dopage négatif	X	X	X
34. Prise en charge de la santé du 3^e âge organisée	34.1	Organiser les soins des personnes de 3 ^e âge	% des personnes du 3 ^e âge correctement prises en charge		X	X
35. Prise en charge de problèmes de santé des adolescents organisée	35.1	Assurer l'éducation des adolescents pour une sexualité responsable	% des adolescentes sans grossesse	X	X	X
	35.2	Organiser la lutte contre la consommation d'alcool, drogue, tabac chez les adolescents	% des adolescentes ayant abandonné la consommation d'alcool, drogue, tabac	X	X	X

- **Problèmes identifiés** concernant la morbidité élevée due aux maladies endémoépidémiques et aux catastrophes.
- **Enoncé de politique** : La promotion, la prévention et la lutte contre les maladies à travers les actions de la sensibilisation et l'éducation des populations, le renforcement des activités de protection de la mère et de l'enfant contre les maladies transmissibles, la restructuration du secteur de l'hygiène et de la salubrité publique, le déploiement des services de la santé de la reproduction, la lutte contre toute forme de malnutrition, l'implantation des services de santé mentale, de la médecine aéronautique et de la santé au travail.
- **Objectif Général** : Promouvoir l'environnement propice à la vie saine.

36. Proportion accrue de ménages vivant dans un environnement sain	36.1	Rédynamiser les activités d'aménagement des points d'eau surtout en milieu rural	% ZS ayant accès à l'eau saine	X	X	X
	36.2	Assurer le contrôle de la qualité de l'eau fournie, des aliments et des boissons ;	% ZS ayant intégré les activités de contrôle de la qualité de l'eau fournie, des aliments et des boissons	X	X	X
	36.3	Inspecter et contrôler efficacement l'hygiène en milieu du travail y compris la prévention des maladies ;	% ZS ayant intégré les activités de contrôle de l'hygiène en milieu du travail y compris la prévention des maladies ;	X	X	X
	36.4	Inspecter et contrôler effectivement l'hygiène hospitalière, hôtelière, des restaurants, écoles ;	% ZS ayant intégré les activités d'inspection et de contrôle de l'hygiène hospitalière, hôtelière, des restaurants, écoles ;	X	X	X
	36.5	Mettre en application des mesures de police sanitaire des animaux domestiques ;	% ZS appliquant les mesures de police sanitaire des animaux domestiques ;	X	X	X
	36.6	Promouvoir la lutte contre les vecteurs des maladies, les rats et autres rongeurs ;	% ZS appliquant les mesures de lutte contre les vecteurs des maladies, les rats et autres rongeurs	X	X	X
	36.7	Inspecter et contrôler l'évacuation des excréta, d'immondice et caniveau ;	% ZS appliquant les mesures d'inspection et de contrôle de l'évacuation des excréta	X	X	X
	36.8	Contrôler et protéger les ménages contre les intempéries ;	% ménages protégés contre les intempéries	X	X	X
	36.9	Assurer le suivi et le contrôle de l'hygiène et salubrité du transport en commun ;	% ZS assurant le suivi et le contrôle de l'hygiène et salubrité du transport en commun	X	X	X

- **Problèmes identifiés** liés à l'insuffisance d'appui au service de santé.
- **Enoncé de politique :** L'assurance de la qualité des soins et services sera garantie par le développement des programmes d'appui aux services de santé tels que le système national d'information sanitaire, la recherche pour la santé, l'installation des laboratoires de santé publique et de contrôle de la qualité, la médecine traditionnelle, la formation du personnel, le suivi et la supervision des prestations des services, l'évaluation des programmes de développement sanitaire.
- **Objectif Général :** Développer les activités d'appui à la gestion rationnelle des programmes de santé

37. Gestion de l'information sanitaire renforcée	37.1	Mettre en place un SNIS intégrant toutes les données sanitaires.	Existence d'un SNIS intégrant toutes les données sanitaires.	X		
	37.2	Intégrer le SNIS à tous les niveaux du système sanitaire ;	Existence du SNIS à tous les niveaux du système sanitaire	X		
	37.3	Dynamiser les services de collecte des données au niveau des centres de santé, des hôpitaux ;	% CS et Hôpitaux qui collectent et transmettent les informations sanitaires	X		
	37.4	Equiper les directions provinciales de la santé en réseau phonique pour la transmission des informations sanitaires de la base au sommet et vice-versa ;	% provinces équipées en phonie	X		
	37.5	Equiper les directions provinciales de la santé en matériel informatique, bureautique et en fournitures pour le traitement des données ;	% provinces équipées en matériel informatique, bureautique et en fournitures pour le traitement des données ;	X		
	37.6	Mettre en place un système de raccordement entre le SNIS de routine et les autres sous-systèmes du SNIS ;	Existence d'un système de raccordement entre le SNIS de routine et les autres sous-systèmes du SNIS ;	X		
	37.7	Instaurer les enquêtes sanitaires spéciales périodiques ;	Nb d'enquêtes sanitaires spéciales périodiques exécutées/prévues	X		
	37.8	Mettre en place les mécanismes de suivi, de supervision et de fourniture des matériels ;	Existence de mécanismes de suivi, de supervision et de fourniture des matériels ;	X		
	37.9	Assurer la formation de tous les cadres des services d'information sanitaire et des équipes de santé	% cadres formés dans le SNIS			

38. Qualité des soins de santé assurée.	38.1	Mettre en place un programme permanent d'assurance de qualité des soins de santé ;	Existence d'un programme permanent d'assurance de la qualité des soins	X		
	38.2	Etablir les normes et standards nationaux pour la santé ;	Existence de normes et standards nationaux pour la santé			
	38.3	Assurer le suivi et la supervision réguliers à tous les niveaux	% visites de suivi et de supervision réalisées/prévus à tous les niveaux	X	X	X
	38.4	Mettre en place les mesures incitatives pour récompenser une bonne performance ;	Existence de mesures incitatives pour récompenser une bonne performance ;	X		
	38.5	Evaluer périodiquement les programmes de développement sanitaire.	Nb de missions d'évaluation réalisées/prévues	X		
39. Recherche pour la santé développée	39.1	Créer un cadre juridique pour la recherche en sciences de la santé ;	Existence d'un cadre juridique pour la recherche en sciences de la santé ;	X	X	X
	39.2	Mobiliser des fonds pour la recherche en sciences de la santé ;	% fonds mobilisés/prévus pour la recherche en sciences de la santé ;	X	X	X
	39.3	Formation du personnel en méthodologie et technique de recherche en sciences de la santé ;	% personnel formé en méthodologie et technique de recherche en sciences de la santé ;	X	X	X
	39.4	Renforcer les capacités en gestion des programmes de recherche en sciences de la santé ;	Existence d'un programme de renforcement de capacités en gestion des programmes de recherche en sciences de la santé ;	X	X	X
	39.5	Elaborer les protocoles de recherche en sciences de santé au niveau national et des ZS	Nb de protocoles de recherche en sciences de santé élaborés au niveau national et des ZS	X	X	X
	39.6	Assurer la protection de la propriété intellectuelle des chercheurs ;	Existence de mécanismes de motivation des chercheurs ;	X		
	39.7	Promouvoir l'utilisation à tous les niveaux du système de santé des résultats de recherches disponibles ;	Existence de mécanismes d'exploitation des résultats de recherche	X	X	X
	39.8	Assurer la diffusion des résultats de recherche en sciences de santé.	Existence de mécanismes de diffusion des résultats de recherche	X	X	X

- **Problèmes identifiés liés** à l'insuffisance d'appui au service de santé.
- **Enoncé de politique :** L'assurance de la qualité des soins et services sera garantie par le développement des programmes d'appui aux services de santé tels que le système national d'information sanitaire, la recherche pour la santé, l'installation des laboratoires de santé publique et de contrôle de la qualité, la médecine traditionnelle, la formation du personnel, le suivi et la supervision des prestations des services, l'évaluation des programmes de développement sanitaire.
- **Objectif Général :** Promouvoir la communication pour la santé.

40. Communication pour la santé renforcée	40.1	Organiser un service de coordination de la mobilisation sociale pour la santé ;	Existence d'un service de coordination de la mobilisation sociale pour la santé ;	X	X	X
	40.2	Organiser en concertation avec tous les partenaires des activités de marketing social, d'IEC ;	Existence d'un plan de travail concerté avec tous les partenaires	X	X	X
	40.3	Assurer la formation du personnel en technique de mobilisation sociale et IEC	Nb personnel formés en techniques de mobilisation sociale et IEC/prévus	X	X	X
	40.4	Equiper les zones de santé en matériels d'éducation pour la santé,	% de zones de santé équipées en matériels d'éducation pour la santé,	X	X	X
	40.5	Intensifier les activités d'IEC et de mobilisation sociale pour la santé ;	% de zones de santé intégrant les activités d'IEC et de mobilisation sociale pour la santé ;	X	X	X
	40.6	Assurer la production de matériel éducatif ;	Existence d'un service de production de matériel éducatif ;	X	X	X
	40.7	Réaliser les enquêtes comportementales ;	Nb d'enquêtes comportementales réalisées/prévues	X	X	X
	40.8	Organiser les campagnes nationales, les journées spécifiques sur les médias nationales.	Nb de campagnes nationales, de journées spécifiques sur les médias nationales réalisées/prévues.	X	X	X

- **Problèmes identifiés** concernant la morbidité élevée due aux maladies endémo-épidémiques et aux catastrophes.
- **Enoncé de politique** : La promotion, la prévention et la lutte contre les maladies à travers les actions de la sensibilisation et l'éducation des populations, le renforcement des activités de protection de la mère et de l'enfant contre les maladies transmissibles, la restructuration du secteur de l'hygiène et de la salubrité publique, le déploiement des services de la santé de la reproduction, la lutte contre toute forme de malnutrition, l'implantation des services de santé mentale, de la médecine aéronautique et de la santé au travail.
- **Objectif Général** : Promouvoir la protection sanitaire des groupes spécifiques, notamment ceux exposés aux maladies professionnelles ou accidents de travail, les sportifs, les travailleurs du secteur des transports, les handicapés physiques,...

41. La promotion de la médecine physique et de réadaptation est effective.	41.1	Elaborer des stratégies de prise en charge des handicaps physiques ;	Existence des stratégies de prise en charge de différents handicaps ;	X	X	
	41.2	Intégrer les stratégies de prise en charge des handicaps dans les établissements des soins de différents niveaux ;	Handicaps divers pris en charge dans les établissements des soins aux différents échelons ;		X	X
	41.3	Renforcer les capacités des centres de réhabilitation des handicapés physiques ;	Centres de réhabilitation fonctionnels selon le standard définis ;		X	X
	41.4	Subventionner les centres de réhabilitation des personnes handicapées physiques ;	Fonds de l'Etat remis dans 90% des centres de réhabilitation ;		X	X
	41.5	Renforcer la réhabilitation des handicaps à assise communautaire ;	Existence des comités à assise communautaire ;	X	X	X
	41.6	Mettre en place des mécanismes et des structures de réinsertion sociale des personnes vivant avec handicaps.	Existence des mécanismes et structures de réinsertion sociale.	X	X	X

- **Problèmes identifiés liés** à l'insuffisance d'appui au service de santé.
- **Enoncé de politique :** L'assurance de la qualité des soins et services sera garantie par le développement des programmes d'appui aux services de santé tels que le système national d'information sanitaire, la recherche pour la santé, l'installation des laboratoires de santé publique et de contrôle de la qualité, la médecine traditionnelle, la formation du personnel, le suivi et la supervision des prestations des services, l'évaluation des programmes de développement sanitaire.
- **Objectif Général :** Promouvoir la participation communautaire et le partenariat.

42. Participation communautaire et partenariat pour la santé redynamisés	42.1	Renforcer les structures de participation communautaire	Existence de structures fonctionnelles de participation communautaire	X	X	X
	42.2	Créer les mécanismes de concertation et de dialogue à tous les niveaux	Existence de mécanismes de concertation et de dialogue à tous les niveaux	X	X	X
	42.3	Impliquer les partenaires et la communauté dans tous les processus gestionnaires	Existence de mécanismes de cogestion des services de santé avec les partenaires et la communauté	X	X	X

3.3.SOURCES DE FINANCEMENT DU PLAN

Pour exécuter ce plan, l'Etat congolais compte d'abord sur son trésor public. Les efforts devront être déployés pour relever le budget de l'Etat accordé à la santé à plus ou moins 15 % du budget global. Les entités décentralisées seront responsabilisées pour prendre en charge certains besoins de leurs ressorts respectifs.

Toutefois, avec un PIB/habitant sans cesse inférieur à son niveau de 1958 (plus ou moins 355 \$/ habitant), une pression fiscale réduite et une population quatre fois plus nombreuse, il est difficile que l'Etat dispose les ressources financières nécessaires.

Comptant sur la prise de conscience nationale de sa population et la solidarité internationale, l'Etat va recourir à la participation financière de la population et aux appuis de la coopération bilatérale et multilatérale.

Cependant, l'Etat étant le garant de la santé de sa population ne doit pas démissionner devant ses responsabilités.

3.4. ANALYSE DE LA FAISABILITE DU PLAN.

3.4.1. FACTEURS DE RISQUE ET PROPOSITIONS DES SOLUTIONS.

Pour s'assurer de la bonne réalisation de ce plan, la République Démocratique du Congo devra tenir compte de certains facteurs qui risqueraient d'entraver le déroulement des interventions. Il s'agit notamment de :

- L'instabilité politique qui favorise non seulement des hésitations des bailleurs des fonds mais aussi des fréquents changements des attributions et des institutions chargées d'exécuter le plan. Ceci a pour conséquence essentiellement l'insuffisance des ressources, le retard dans la progression des réalisations et aussi d'énormes pertes des maigres ressources disponibles ;

- Les conflits tribaux et la situation de guerre qui constitue un deuxième groupe des facteurs de risque qui entraveraient l'exécution du plan.

Une politique socioculturelle avec la mise en place des institutions politiques représentatives de l'ensemble de la communauté congolaise est une nécessité qui permettra de pallier cette présomption majeure ;

- Le manque de collaboration intra et intersectorielle ainsi que la rupture du partenariat pour le développement (Etat, privés, communautés, Organismes de coopération nationale et internationale) qui peuvent aussi constituer un obstacle à l'exécution du plan.

La promotion des cadres de concertation des partenaires à tous les niveaux remédiera cette situation. ;

- La paupérisation extravagante de la population et la persistance de la crise socio-économique qui constituent des sérieuses entraves à l'exploitation du plan directeur de développement sanitaire.

L'application rigoureuse des mesures de relance économique en cours favorisera l'essor de l'économie du marché nécessaire pour la mise en œuvre de ce plan ;

- La gestion irrationnelle des finances de l'Etat constitue aussi un élément de grande importance qui peut anéantir les efforts de développement sanitaire.

L'application des réformes prévues pour la bonne gestion des ressources publiques est l'une des solutions salutaires ;

- L'apparition des retards ou des écarts dans la mobilisation des ressources et la mise en œuvre des réformes qui entraînerait le décalage dans le développement du plan ;
- La démotivation du personnel.

La multitude de facteurs de risque recensés témoigne du contexte particulièrement difficile dans lequel le plan de développement sanitaire sera mis en œuvre. Elle sert d'étalon de mesure du défi qui devra être relevé pour assurer le succès de cette démarche.

3.4.2. ENVIRONNEMENT FAVORABLE.

Parmi les atouts de la mise en œuvre de ce plan il faut compter sur :

- L'expression de la volonté politique de reconstruire le pays, y compris le secteur de la santé ; cette volonté se traduit par le lancement de plusieurs réformes dans le secteur de l'administration du territoire, la réforme foncière, la réforme financière et maintenant la réforme sanitaire ;
- L'éveil actuel de la conscience nationale qui se traduit par le développement des initiatives nationales pour l'assistance humanitaire et le règlement des conflits, atouts nécessaires pour la réalisation des activités de développement sanitaire ;
- L'existence de l'expertise locale : il y a encore suffisamment d'experts de santé disponibles dans le pays avec lesquels on peut compter pour la direction des interventions de développement du secteur de santé ;
- L'existence des sources locales des revenus (ressources minières, forestières, agricoles, environnementales, etc.) ;
- La volonté manifeste des bailleurs des fonds et des organismes de coopération internationale qui se traduit par la disponibilité des financements actuels et des promesses d'assistance ou de coopération ;
- La volonté et l'expérience de la population de participer à l'amélioration de sa propre santé.

4. CADRE GLOBAL DE MISE EN ŒUVRE ET ESTIMATION DES COÛTS DU PDDS :

4.1. Cadre global de mise en oeuvre

La mise en œuvre de ce plan se traduira par :

- l'organisation coordonnée des interventions en conformité avec les priorités définies ;
- le suivi de l'exécution des opérations en veillant à l'efficacité et l'efficience des techniques appliquées ;
- l'évaluation périodique des activités, des objectifs, des ressources et des résultats.

Ces fonctions seront exercées par le Ministère ayant dans ses attributions la santé avec l'appui des services des autres ministères dans le cadre du développement global du pays.

Un comité de réforme sanitaire sera institué par le Ministère de la santé après la sanction gouvernementale et fonctionnera sous son autorité. Ce comité sera chargé de :

- élaborer et coordonner un plan d'exécution du PDDS et de mise en place du cadre organique du Ministère de la Santé ;
- installer des structures de collaboration intersectorielle et de partenariat notamment :

- a. le conseil de planification des infrastructures et équipements de santé ;
- b. un organe de coordination de la gestion des médicaments et fournitures médicales de santé ;
- c. le bureau national ou le noyau central pour la coordination du système national d'information sanitaire ;
- d. un organe pour la coordination de la promotion de la médecine traditionnelle ;
- e. le conseil supérieur de l'enseignement des sciences de la santé ;
- f. le service national de mobilisation sociale et promotion de l'I.E.C pour la santé.

Pour que le Ministère de la santé puisse être en mesure de conduire cette mission de réalisation du PDDS, il devra bénéficier d'un apport financier dont les estimations se présentent comme suit :

4.2. Coûts estimatifs du plan :

L'effort qui a été fourni ici consiste à apprécier des frais relatifs aux investissements et au fonctionnement des structures de base à tous les niveaux du système. Il est estimé que le financement de ces activités permettra la couverture des résultats attendus ci-haut listés.

Toutefois, ce budget étant estimatif et théorique, une étude de marché est indispensable pour le démarrage effectif de toute intervention.

Les éléments des coûts du Plan Directeur de Développement de la Santé sont tirés des travaux effectués par le FONAMES en 1990 en harmonisant les interventions des différents partenaires, SANRU, SPT-K, UNICEF, la Coopération belgo-congolaise, le PEV, etc... Ils ont été confirmés dans le cadre de l'élaboration des priorités du Gouvernement lors de l'atelier ad hoc organisé au Palais du Peuple en 1997 par le Gouvernement de Salut Public. Ils ont été aussi utilisés dans le cadre de l'élaboration du programme d'action minimum dans le domaine de la santé pour la période 1997 – 1999 (voir annexe 12).

Le coût global est de **3.556.065.971** dollars US pour les 10 ans. En tenant compte des projections démographiques de l'annexe 1, la population moyenne entre 2000 et 2009 est de **58.557.519** habitants. Le coût du PDDS revient donc à **60,75** soit **61** USD par habitant pour les 10 ans ou encore **environs 6 dollars US par an par habitant**. Ce n'est pas irréalisable si chaque partenaire apporte sa contribution.

**RECAPITULATIF DES COUTS ESTIMATIFS DU PLAN DE DEVELOPPEMENT
SANITAIRE**

N°	LIBELLES	SERVICES	PROGRAMMES SPECIFIQUES	TOTAUX
I.	FORMATION			
1.1	Consultance	799 750	30 000	829 750
1.2	Rémunération du personnel de l'Etat	630 000 000	85 000	630 085 000
1.3	Agent de santé communautaire	468 000	0	468 000
1.4	Infirmiers	4 680 000	0	4 680 000
1.5	Opérateurs Phonie	3 213 000	0	3 213 000
1.6	SNIS	46 800 000	0	46 800 000
1.7	Mobilisateurs santé	1 147 500	0	1 147 500
1.8	Pharmaciens	1 606 500	0	1 606 500
1.9	Administrateurs-Gestionnaires	1 147 500	0	1 147 500
110	MCZ et MD	4 095 000	0	4 095 000
1.11	Superviseurs Zones	1 147 500	0	1 147 500
1.12	Autres formations continues	3 100 800	7 500	3 108 300
1.13	Comité Santé	300 000	0	300 000
II.	FONCTIONNEMENT			
2.1	Maintenance véhicule	3 213 000		3 213 000
2.3	Fournitures bureau	94 419 717	429 536	94 849 253
2.4	Rencontres	5 699 000	105 000	5 804 000
2.5	Supervisions Visites	45 415 200	200 000	45 615 400
2.6	Voyages d'études	1 960 000	840 250	2 800 250
2.7	Recherche opérationnelle	5 090 000	1 750 050	6 840 050
2.8	Carburant, lubrifiant, fourniture	6 429 000	675 000	7 104 000
2.9	Pétrole	442 750	0	442 750
2.10	Médicaments	1 292 492 419	0	1 292 492 419
2.11	Fournitures laboratoire	82 202 315	0	82 202 315
2.12	Entretien locomotion	1 142 102	0	1 142 102
2.13	Entretien bâtiments	221 598 950	24 940	221 623 890
III.	INVESTISSEMENTS			
3.1	Equipement Phonie	2 906 250	0	2 906 250
3.2	Matériels didactiques	0	0	0
3.3	Réhabilitation	642 660 000	0	642 660 000
3.4	Construction	302 870 600	0	302 870 600
3.5	Matériels médical, Equipement	18 527 102	200 000	18 727 104
3.6	Equipement de bureau	7 293 782	277 229	7 571 011
3.7	Mobilier médical	1 115 185	0	1 115 185
3.8	Mobilier non médical	16 841 777	0	16 841 777
3.9	Livres et Ouvrages	16 224 000	114 000	16 338 000
3.10	Eau et assainissement	2 135 100	114 000	2 249 100
3.11	Chaîne de froid, fourniture et équipement	51 072 839	0	51 072 839
3.12	Lingerie	1 996 226	0	1 996 226
3.13	Moyen de locomotion et équipement	28 602 800	357 600	28 960 400
	TOTAL GENERAL	2 920 855 664	4 925 307	3 556 065 971

5. PLAN DE SUIVI ET D'ÉVALUATION.

Le suivi du PDDS se fera aux différents niveaux par un comité qui se réunit trimestriellement.

Au niveau national, un comité technique de coordination dirigé par le Secrétaire Général à la Santé est chargé de la coordination des différentes directions et les différents programmes et projets ainsi que les directions provinciales pour suivre les réalisations du plan, identifier les goulots d'étranglement et proposer ou mieux arrêter des solutions.

Ce comité comprendra les différentes directions du Ministère. En cas de besoin, les médecins inspecteurs provinciaux et/ou les directeurs des programmes ou projets en feront partie.

Une réunion semestrielle de coordination comprendra, en plus, les organismes de coopération, les agences internationales, les principales ONG et les représentants des privés qui, tous, interviennent dans le secteur de la santé.

Pour les interventions de collaboration intersectorielle, les secteurs concernés par la matière à traiter seront partie prenante.

Aux niveaux des provinces et des districts, un comité similaire avec la même organisation, suivra l'exécution du programme et en fera rapport au Secrétaire Général à la Santé.

Dans les Zones de Santé, le rôle est révolu au Conseil d'Administration de la Zone de Santé. Les Procès verbaux des Conseils d'Administration seront envoyés aux directions des provinces et des districts.

Les chefs hiérarchiques mèneront des visites sur terrain au moins une fois l'an dans chaque entité de leur ressort. Cependant, dans la Zone de Santé, chaque centre de santé recevra au moins une visite de supervision chaque trimestre.

L'évaluation du programme se fera de trois façons :

- 1) une auto-évaluation de routine ;
- 2) une évaluation interne périodique ;
- 3) une évaluation externe triennale.

L'auto-évaluation de routine se fera mensuellement pour certaines interventions, trimestriellement pour d'autres et annuellement pour l'ensemble des indicateurs de réalisation des objectifs du programme.

Dans la Zone de Santé, cela se réalisera notamment par l'exploitation des données du SNIS.

Semestriellement, aux niveaux périphériques et intermédiaires, des indicateurs de gestion des programmes, des prestations des soins et d'appuis seront utilisés pour mesurer les progrès réalisés.

Dans chaque centre de santé des zones de santé, on assurera le suivi local des soins préventifs et curatifs selon les indicateurs ci-après :

- la disponibilité des ressources essentielles ;
- l'accessibilité géographique aux soins ;
- l'utilisation des services ;
- la couverture adéquate ;
- la couverture effective;

Pour le financement communautaire, on utilisera les indicateurs ci-après:

- Le coût moyen par cas ;
- Les recettes moyennes par cas ;
- Le niveau de recouvrement des frais de fonctionnement.

Les indicateurs d'impact seront suivis à ce niveau annuellement. Les communautés seront associées à l'évaluation de l'impact.

Au niveau central l'évaluation se fera annuellement sur base des données des provinces, des projets, programmes et directions.

Une évaluation nationale se fera tous les 3 ans. Elle inclura des experts du Ministère et des organismes membres du Comité de Coordination élargi.

L'évaluation externe du PDDS sera réalisée par des experts recrutés hors de la RDC en y incorporant des experts nationaux.

6. MISE EN ŒUVRE DU PLAN DIRECTEUR DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

Pour assurer un maximum de faisabilité au plan directeur de développement sanitaire, un consensus a été recherché pour son adoption et sa diffusion.

Des ateliers de consultation et de consensus provinciaux ont eu lieu dans les provinces. Ces ateliers auxquels participaient les partenaires, les représentants de la population et les responsables des districts et des zones de santé ont permis l'intériorisation de ce plan et son amendement aux différents niveaux.

Les amendements provinciaux ont été harmonisés lors d'un atelier de consensus national tenu à Kinshasa du 13 au 18 décembre 1999. Cet atelier a réuni, en plus des délégués provinciaux, les autorités sanitaires et politico-administratives du niveau central.

En collaboration avec les partenaires, le Ministère de la santé, les directions provinciales de santé et les divisions des zones de santé élaboreront chacun en ce qui le concerne des plans d'action pour la mise en œuvre effective du plan directeur de développement sanitaire en République Démocratique du Congo.

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE 1. PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES

N°	Dénomination	% Accroissement naturel	Milieux	1996	2000	2005	2008
1	KINSHASA	3.9	Sous total	4978480	5801749	7024844	7879222
2	BANDUNDU	3.3	Urbaine et semi-urbaine	899498	1024239	1204767	1328018
			Rural	4457502	5075664	5970276	6581053
			Sous-total	5357000	6099903	7175044	7909072
3	BAS-CONGO	3.9	Urbaine et semi-urbaine	899291	1048003	1268937	1423268
			Rural	2029709	2365353	2864005	3212331
			Sous-total	2929000	3413356	4132942	4635600
4	EQUATEUR	2.8	Urbaine et semi-urbaine	743341	830158	953073	1035394
			Rural	4212659	4704666	5401251	5867778
			Sous-total	4956000	5534823	6354324	6903172
5	PROV. ORIENT.	2.1	Urbaine et semi-urbaine	1081835	1175612	1304346	1388257
			Rural	4610165	5009789	5558379	5915962
			Sous-total	5692000	6185401	6862725	7304219
6	KASAI OCC.	3.4	Urbaine et semi-urbaine	1207309	1380068	1631185	1803287
			Rural	2225691	2505035	2960850	3273242
			Sous-total	3433000	3863872	4566941	5048787
7	KASAI OR.	3.5	Urbaine et semi-urbaine	1371901	1574288	1869760	2073037
			Rural	2593099	2918556	3466329	3843181
			Sous-total	3965000	4462642	5300219	5876448
8	KATANGA	3.7	Urbaine et semi-urbaine	2883512	3334547	3998808	4459302
			Rural	3438488	3976331	4768440	5317562
			Sous-total	6322000	7310878	8767248	9776864
9	NORD-KIVU	3.4	Urbaine et semi-urbaine	414247	473523	559686	618737
			Rural	3150526	3601349	4256650	4705757
			Sous-total	3564773	4074873	4816335	5324494
10	SUD-KIVU	3.4	Urbaine et semi-urbaine	490899	561144	663250	733227
			Rural	2596057	2967539	3507511	3877579
			Sous-total	3086956	3528683	4170761	4610807
11	MANIEMA	3.4	Urbaine et semi-urbaine	374431	428010	505891	559266
			Rural	869840	994309	1175234	1299229
			Sous-total	1244271	1422319	1681124	1858495
POP.TOT.		3.1	Urbaine et semi-urbaine	15344744	17337813	20197036	22134190
			Rural	30183736	34104183	39728391	43538852
			Total	45528480	51441996	59925427	65673042

Formule utilisée: $P_n = P_0 * (1 + r)^n$

Taux d'accroissement démographique annuel en 1984 : r = variable par province

Source : Recensement Scientifique de la Population juillet 1984, Ministère du Plan et Aménagement du Territoire, Institut National de la Statistique, Kinshasa, 1993.

7.2. ANNEXE 2 : Situation économique

La majorité de la population pratique l'agriculture. Certains groupes de la population vivent essentiellement de la chasse, de la cueillette, de l'élevage. Le pays est faiblement industrialisé. La monnaie utilisée dans le pays est le franc congolais. Depuis son lancement le 30 juin 1998, le taux de change était resté stable. Cependant, la monnaie s'est fortement dépréciée depuis que le pays est entré en guerre avec ses voisins de l'Est.

Avec un PNB estimé à moins de 120 \$, le Congo se classe parmi les pays à plus faible revenu du continent et du globe.

A l'instar des autres secteurs de la vie nationale, l'économie de la République Démocratique du Congo est dans une phase transitoire de réorganisation. Les nouvelles autorités ont toutefois déclaré leur intention de bâtir une structure fondée sur l'économie sociale de marché. Dans ce système, les prix sont déterminés par l'équilibre entre l'offre et la demande, l'Etat exerçant toutefois une supervision normative et correctrice sur l'ensemble des mécanismes. Pour créer la richesse destinée à profiter à l'Etat aussi bien qu'à la communauté nationale, le pays compte sur les entreprises privées regroupées dans une structure patronale appelée "Fédération des Entreprises du Congo (FEC)". A côté de l'entreprise privée, l'Etat a pour mission d'assurer le fonctionnement des infrastructures de base et la mise en place d'un cadre incitatif propre à stimuler et orienter l'ensemble de l'économie. Le contexte de délabrement généralisé du pays fait que cette économie est loin de trouver la voie de la relance.

7.2.1. Le niveau de l'emploi

Les statistiques relatives à l'emploi sont incomplètes et n'existent que pour les milieux urbains. Des recherches indiquent toutefois qu'au début de la décennie 90, le taux de chômage se situait aux environs de 50 %. D'après le recensement scientifique de 1984 une proportion de 55,7 % de l'ensemble de la population de 10 ans et plus était active à cette époque. La tendance à la contraction du marché d'emploi est réelle si l'on sait qu'en termes de proportions, entre 1960 et 1988, les effectifs du secteur structuré sont passés de 800.000 (soit 5,4 % de la population totale) à 1.200.000 (3,6 % de la population totale).

La deuxième caractéristique du marché d'emploi en République Démocratique du Congo c'est sa réorientation vers le secteur public : en 1960, les effectifs de la fonction publique représentaient 14 % du total de l'économie formelle contre 28 % en 1988, les effectifs des forces armées non compris. La taille de la fonction publique a continué à croître jusqu'au milieu des années 90 pourtant submergées par la crise. En 1994, les effectifs des agents de l'Etat se sont accrus de 1,4 % contre 0,3 % en 1993. A la même époque, le secteur privé connaissait une contraction drastique de l'emploi de 20 % en 1994 contre 18,7 % en 1993.

La croissance de la fonction publique s'accompagne d'un renflouement précoce du tertiaire (secteur des services) avec 18 % de l'emploi global du secteur structuré alors que le secondaire (industries) ne représente que 7 % de l'ensemble. Durant cette même période (1984), l'emploi dans le secteur primaire (agriculture) représentait 74,7 %.

Selon les résultats du recensement scientifique de 1984, parmi les emplois recensés, 53,8 % sont de la catégorie des indépendants. Dans la même logique, on assiste à une sérieuse croissance du

secteur informel qui de 60 % durant les années 80 a fini par représenter plus de 80 % du PIB au début des années 90.

7.2.2. Répartition du revenu

Depuis l'indépendance et même sous la longue deuxième République (1965-1997), la République Démocratique du Congo n'a jamais développé une politique cohérente de répartition de revenu. Les observations qu'on tire de ce domaine résultent plus des usages que d'une vision dictée par une finalité agissante.

La répartition des revenus se caractérise ainsi par des disparités entre le milieu urbain et la campagne, entre les zones minières et les zones agricoles. Vers les années 1980, la répartition du PIB entre les provinces donnait le résultat ci-après : Kinshasa et Katanga 280 \$ par tête, Bas-Congo 114,5 \$, le Kasai Oriental 78 \$ et les autres provinces avaient un PIB par tête situé entre 44 et 58 \$.

PIB, Inflation, Endettement, Exportations et Importations

Depuis l'indépendance (1960), le PIB est constamment resté inférieur à son niveau de 1958 (350 \$ par tête). En 1985, il s'élevait à 2.944 millions de dollars soit 100 \$ par tête environ. Entre 1959 et 1986, le PIB s'est accru de 44 % alors que la population a quant à elle augmenté de 220 %. Durant ces dix dernières années, l'évolution du PIB a constamment été négative - 6,6 % (1990), - 8,4 % (1991), - 10,5 % (1992), - 13,5 % (1993), - 3,9 % (1994), - 0,7 (1995), - 0,9 (1996), - 4 (1997). Cette situation témoigne de l'extrême pauvreté dans laquelle vit la population congolaise soumise à une évolution démographique exponentielle.

La République Démocratique du Congo est un pays où règne une inflation structurelle chronique. Mais, depuis la décennie 1990, elle présente une tendance préoccupante à l'accélération. Le taux d'inflation était de 30,0 % en 1986. En 1994, il atteignait 9,896,9 points contre 100 en décembre 1993. Les articles de première nécessité sont parmi les plus concernés par les hausses inflationnistes. Le taux d'inflation est respectivement de 656,8 % en 1996, 13,7 % en 1997 et 2,2 % en juillet 1998. Ce semblant de stabilisation est essentiellement dû à une politique monétaire restrictive appliquée par les nouvelles autorités depuis mai 1997. Mais en l'absence de la relance de la production et compte tenu du climat de guerre prévalant dans le pays, ces résultats restent fragiles et incertains.

Depuis l'indépendance, la République Démocratique du Congo est en outre entrée dans un cycle d'endettement chronique. En 1986, la dette extérieure du pays s'élevait à 5.430 millions de dollars (97 % du PNB) alors qu'en 1975 elle n'était que de 1.718 millions de dollars (25 % du PNB). Cette situation indique que le pays a de plus en plus vécu au-dessus de ses moyens, qui du reste s'amenuisaient rapidement. Durant les années 1990, la dette extérieure du pays s'est stabilisée autour de 10 milliards de dollars. Ce chiffre semble raisonnable compte tenu des potentialités économiques du pays, mais son poids face aux ressources réellement mobilisées est énorme si on sait qu'en 1990 l'encours de la dette représentait 180 % du PNB.

Le Congo est un pays essentiellement importateur ; c'est la résultante d'une politique économique axant les exportations sur les seules ressources minières. Le déficit chronique et pathologique de la balance de paiement en est la sanction la plus évidente.

En 1997, le pays a connu un déficit de 620,8 millions contre 458 millions en 1996. En 1993, les exportations du Congo étaient de 40 % inférieures au niveau atteint en 1958.

Il en a résulté une dégradation sensible de la capacité d'importation du pays dans tous les domaines et par conséquent le blocage du développement. Avant la rupture de la coopération bilatérale survenue en 1990, la République Démocratique du Congo avait bénéficié de beaucoup de largesse de la part de la communauté internationale : entre 1980 et 1989, les transferts des aides publiques au développement avaient atteint la cote de 140 \$ par tête d'habitant soit 40 % de plus que le PIB.

Mais depuis les années 90, cette situation s'est inversée. Actuellement seules les aides humanitaires continuent d'être versées, le plus souvent par le biais des ONG. La politique fiscale du pays est complexe et inadaptée. Elle est actuellement en pleine phase de réforme. Il en est de même des politiques macro-économiques initiées par les autorités. Pendant la deuxième République (1965 - 1997), plusieurs programmes de stabilisation ont été proposés avec le concours du FMI, mais ils n'ont pas produit les résultats escomptés. A ce jour, l'économie du pays se recherche encore une voie de stabilisation et de relance.

7.3. ANNEXE 3 : Niveaux des indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés vers la SPT/2000 en RDC

INDICATEURS	DEFINITIONS	NIVEAU NATIONAL	MILIEU URBAIN	MILIEU RURAL
N°1 Poids à la naissance	% d'enfants nés vivants pesant à la naissance 2,5 Kg ou plus	91,30	94,16	90,28
N°2 Taux de mortalité infantile	Nombre d'enfants vivants à la fin de la première année/1000 naissances vivantes	127	65	138
N°3.1.1 Croissance de l'enfant	Nombre d'enfants de 1 à 3 ans ayant été pesés.	23,8	18,2	24,9
N°3.1.2 Fréquence de malnutrition Modérée	% d'enfants âgés de 1 à 4 ans ayant un périmètre brachial compris entre 12,5 et 13,4 Cm	13,20	10,80	13,80
N°3.1.3.Fréquence de malnutrition Sévère	% d'enfants âgés de 1 à 4 ans ayant un périmètre brachial <12,5Cm	10,60	7,40	11,10
N°3.2 Absence d'handicaps	% des enfants de 0 à 4 ans ne présentant pas d'handicaps	98,80	98,80	98,90
N°4 Aptitude physique	% d'adolescents et de 10 à 19 ans sans handicap physique	98,60	98,70	96,60
N°5.1 Education des jeunes de 10 à 14 ans	% d'adolescents de 10 à 14 ans qui fréquentent l'école primaire.	63,90	68,40	62,80
N°5.2.Education des jeunes de 15 à 19 ans	% d'adolescents de 15 à 19 ans ayant complété l'école primaire	50,10	77,30	42,80
N° 6.1 Abus de drogues	% d'adolescents de 10 à 19 ans qui consomment des drogues	2,95	2,89	2,97
N°6.2 Comportement antisocial	% d'adolescents de 10 à 19 ans ayant un comportement anti-social	11,10	8,40	11,80
N°6.3 Grossesse des adolescentes	% des adolescentes non mariées âgées de 12 à 19 ans ayant eu une grossesse	1,90	1,60	2,00
N°7 État physique des personnes âgées	% de personnes âgées de 65 ans sans handicap physique	91,50	93,63	91,00
N°8 Situation économique des personnes âgées	% de personnes âgées de 65 ans et plus qui sont encore actives économiquement à l'intérieur et/ou à l'extérieur du ménage	20,50	14,70	21,70
N°9 Situation sociale des Personnes âgées	% de personnes âgées de 65 ans et plus qui sont intégrées aux activités sociales et/ou familiales	41,00	34,30	42,50
N°10.1.1 Taux de couverture vaccinale	% d'enfants de 12 à 23 mois ayant reçu BCG, VAR, DTC3 et POLIO3	29,00	42,40	26,10
N°10.1.2 Taux de couverture par le BCG	% d'enfants ayant reçu le BCG	62,10	85,10	57,30

INDICATEURS	DEFINITIONS	NIVEAU NATIONAL	MILIEU URBAIN	MILIEU RURAL
N°10.1.3 Taux de couverture par le VAR	<i>% d'enfants ayant reçu le VAR</i>	58,50	82,20	53,40
N°10.1.4 Taux de couverture par le DTC3	<i>% d'enfants ayant reçu le DTC</i>	57,10	83,90	51,60
N°10.1.5 Taux de couverture anti-polio 3	<i>% d'enfants ayant reçu le vaccin anti-polio 3</i>	59,10	83,10	54,20
N°10.2.1 Taux de surveillance de croissance	<i>% d'enfants de 0 à 4 ans ayant une fiche de croissance</i>	49,90	69,10	45,90
N°10.2.2 Taux de surveillance du poids des enfants	<i>% d'enfants âgés de 6 mois à 3 ans ayant une fiche de croissance et ayant été pesés au moins 4 fois</i>	23,2	35,1	20,7
N°10.3.1 Taux de morbidité due à la diarrhée	<i>% d'enfants âgés de 0 à 4 ans ayant connu un épisode de diarrhée au cours des 14 jours précédant l'enquête</i>	19,90	21,60	19,50
N°10.3.2 Taux d'utilisation de la TRO	<i>% d'enfants âgés de 0 à 4 ayant reçu de TRO ou toute autre forme de réhydratation au cours d'un épisode diarrhéique</i>	34,10	40,10	32,70
N°11 Services de santé de jeunes	<i>% des ménages où 1 jeune âgé de 10 à 19 ans qui a bénéficié des soins de santé au cours de l'année écoulée dans les services de santé de Jeunes</i>	1,80	1,80	1,70
N°12 Services gériatriques	<i>% des ménages où les personnes âgées de 65 ans et plus ont bénéficié des services sociaux et apparentés de longue durée(6 mois) au cours de l'année écoulée</i>	1,10	1,80	1,00
N°13.1 Taux de couverture des soins prénatals	<i>% des femmes âgées de 15 à 44 ans ayant utilisé les services de santé maternelle(consultations prénatales) au cours des 12 derniers mois.</i>	67,20	79,60	64,90
N°13.2 Taux de couverture des accouchements assistés	<i>% des femmes âgées de 15 à 44 ans ayant au cours des 12 derniers mois eu un accouchement assisté par un agent de santé formé.</i>	69,70	91,60	65,60
N°13.3 Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception	<i>% de femmes âgées de 15 à 44 ans utilisant au moment de l'enquête l'une des méthodes modernes de contraception</i>	4,60	6,90	3,90
N°14 Activités sanitaires dans les ménages	<i>% de ménages ayant bénéficié de la visite à domicile d'un agent de santé ou apparenté au cours de 12 derniers mois.</i>	18,40	12,80	19,60
N°15 Santé des travailleurs	<i>% des ménages dont les adultes de 20 à 64 ans qui travaillent, ont bénéficié d'un traitement de santé lié à l'emploi au cours de l'année</i>	11,90	22,60	8,70

INDICATEURS	DEFINITIONS	NIVEAU NATIONAL	MILIEU URBAIN	MILIEU RURAL
N°16 Participation de la communauté à la surveillance de la maladie	<i>% de ménages où au moins un membre a participé à des activités de surveillance et de contrôle des maladies épidémiques/endémique</i>	10,40	13,70	9,70
N°17.1 Approvisionnement en médicaments: (accès géographique)	<i>% des communautés où au moins 75% des ménages ont à leur disposition de manière constante des médicaments essentiels</i>	68,40	85,70	64,90
N°17.2 Approvisionnement en médicaments: (accès économique)	<i>% des communautés où au moins 75% des ménages s'estiment à mesure d'acheter des médicaments essentiels.</i>	37,40	37,50	37,30
N°18 Services de santé spéciaux	<i>% des communautés/villages où au moins 1 personne a obtenu des soins spéciaux auprès des services appropriés au cours des 12 derniers mois</i>	9,00	17,20	7,10
N°19 Compétences acquises	<i>% d'adultes âgés de 20 à 64 ans ayant une qualification professionnelle(capables d'exercer un métier)</i>	18,00	32,70	14,00
N°20 Emploi stable	<i>% d'adultes âgés de 20 à 64 ans ayant un emploi rémunéré ou travaillant à leur compte</i>	26,20	22,20	27,20
N°21,1 Taux d'alphabétisation des hommes	<i>% d'hommes de 15 ans et plus sachant lire et écrire dans une langue donnée.</i>	82,30	92,40	79,60
N°21.2 Taux d'alphabétisation des femmes	<i>% de femmes de 15 ans et plus sachant lire et écrire dans une langue donnée.</i>	56,80	81,00	50,30
N°22.1 Protection contre intempérie	<i>% de ménages vivant dans des locaux sûrs et favorables à la santé</i>	28,90	37,20	27,10
N°22.2 Protection contre les insectes	<i>% ménages disposant d'habitation protégée contre les insectes volants ou qui utilisent la moustiquaire.</i>	8,10	11,60	7,30
N°23.1.1 Taux d'utilisation des latrines	<i>% ménages qui disposent de latrines(tout genre)</i>	79,00	90,70	76,40
N°23.1.2 Taux d'utilisation des latrines hygiéniques	<i>% des ménages qui disposent des latrines hygiéniques</i>	17,40	42,20	12,10
N°23.1.3 Taux d'entretien des latrines.	<i>% des ménages qui disposent des latrines hygiéniques et qui les entretiennent.</i>	99	30,5	5,5
N°23.2. Taux d'évacuation des ordures.	<i>% des ménages qui évacuent correctement les ordures</i>	25,40	43,20	21,60
N°23.3 Environnement de l'habitat	<i>% des ménages n'ayant pas d'eau stagnante autour de leur habitation</i>	86,70	78,10	88,60

INDICATEURS	DEFINITIONS	NIVEAU NATIONAL	MILIEU URBAIN	MILIEU RURAL
N°24.1 Accès à l'eau saine de façon régulière	<i>% ménages ayant constamment accès à l'eau saine de façon régulière</i>	46,70	66,50	42,40
N°24.2 Accès à l'eau de façon régulière à moins de 1 km de marche	<i>% des ménages ayant constamment l'accès à l'eau saine de façon régulière à moins de 1 km(ou à moins de 15 minutes de marche)</i>	36,6	59,1	31,8
N°25.1 Taux de natalité	<i>Nombre de naissances vivantes/population totale au milieu de l'année</i>	48,00	38,00	50,00
N°25.2 Taux de fécondité	<i>Nombre de naissances vivantes/1000 Femmes âgées de 15 à 49 ans</i>	217	153	228
N° 26 Sécurité alimentaire	<i>% des ménages prenant habituellement au moins deux repas par jour au cours de 12 derniers mois</i>	69,70	44,39	75,06
N° 27 Mobilisation sociale	<i>% communautés/villages où au moins 75 % des ménages ont participé à des activités de promotion de la santé organisées par COSA au cours des 12 derniers mois.</i>	8,40	0,00	10,10
N° 28 Mortalité maternelle	<i>Nombre de femmes décédées pendant la grossesse ou dans l'accouchement/100.000 naissances vivantes</i>	1.837	2.000	1.806

7.4.ANNEXE 4 : Personnel des projets, Programmes et Etablissements étatiques du Ministère de la Santé .

SERVICES	Nombre d'agents
1. BCC/SIDA	21
2. BCT	22
3. BNL	24
4. BNLO	53
5. BNT	21
6. CEPLANUT	66
7. DCMF	216
8. ETRI	8
9. FONAMES	230
10. INRB	108
11. LAPHAKI	85
12. PEV	89
13. PND	78
14. PNLB	11
15. SAMRU	4
16. SPT-K	30
17. TDCI	14
TOTAL	1080

7.5. ANNEXE 5 : Population couverte par catégorie de personnel médical et paramédical

PERSONNEL DE SANTE PAR CATEGORIE	Ville de Kinshasa	Ensemble du pays
Médecin	4.237	22.637
Chirurgien-dentiste	52.961	426.995
Pharmacien	103.207	384.649
Assistant en pharmacie	85.640	349.944
Infirmier	814	1.714
Administrateur gestionnaire	21.185	89.162
Technicien de radiologie	44.723	261.475
Technicien de laboratoire	32.724	186.170
Nutritionniste	105.923	264.446
Kinésithérapeute	63.890	334.838

Anesthésiste-réanimateur	80.501	470.126
Technicien Orthopédiste		2.023
Technicien d'assainissement	103.207	
Ingénieur sanitaire	-	46.542.493

7.6. ANNEXE 6 : Répartition du nombre moyen du personnel d'une Zone de Santé par catégorie et effectif recyclé

PERSONNEL PAR CATEGORIE	RECYCLE	NON RECYCLE	TOTAL
INFIRMIER TITULAIRE	10,8	11,4	22,2
INFIRMIER	8,6	27,4	36
RECEPTIONNISTE	1,0	4,2	5,2
HUISSIER	0,3	2,9	3,2
<i>Sous-total</i>	20,7	45,9	66,6
AUTRE	18,6	10,3	28,9
Total	39,3	56,2	95,5

7.7. ANNEXE 7 : Nombre moyen d'établissements par Zone de Santé

N°	Type d'Etablissement	Nbre moyen ZS	Nbre total pour le pays
1	<i>Formations Médicales</i>		
	- HGR	0,89	258
	- Autres hôpitaux spécialisés	0,11	32
	- Autres hôpitaux non spécialisés	0,25	73
	- Centre Hospitalier	0,54	155
	- Maternités	3,97	1146
	- CRS	2,37	684
	- CS	15,76	4555
	- Dispensaire	12,02	3473
	- Laboratoires médicaux	0,82	237
2	<i>Institution de Formation</i>		
	- ITM	0,74	213
	- ITM (A2 et A3)	0,13	37
	- ITM (A3)	0,02	5
	- ISTM	0,18	53
	- Faculté de médecine	0,11	33
	- Faculté de pharmacie	0,00	1
	- Autres écoles de formation en santé	0,08	22
3	<i>Etablissement pharmaceutique</i>		
	- Pharmacie (officine)	18,71	5406
	- Dépôt pharmaceutique	0,92	266
	- Unité de production hors HGR	0,16	46

4	<i>Services sociaux</i>		
	- Centre pour handicapées	0,24	69
	- Orphelinats	0,25	71
	- Homes	0,22	65
	- Foyers sociaux	1,02	295
	- Autres	0,31	90

7.8. ANNEXE 8 : Population couverte par type d'établissement

Type d'établissement	Quantité	Population couverte (Nombre d'habitants)
<i>1. Formations médicales</i>		
HGR	258	180 397
Autres hôpitaux	105	443262
Maternités	1 146	40613
CSR	684	68 045
CS	4555	10 218
Dispensaire	3 473	13401
Laboratoires médicaux	237	196382
<i>2. Etablissements pharmaceutiques</i>		
Pharmacie (officine)	5406	8 609
Dépôt pharmaceutique	266	174 972
<i>3. Services sociaux</i>		
Centres pour handicapés	69	674 529
Orphelinats	71	655 528
Homes de vieillards	65	716 038
Foyers sociaux	295	157 771

ANNEXE 9 : Nombre de différents appareils dans une zone de santé

<i>Type d'appareil</i>	<i>Nombre moyen par Zone de santé</i>
Ordinateur	0,09
Machine à écrire	0,87
Stencileuse	0,63
Calculatrice	1,52
Véhicule	0,42
Moto tout terrain	1,06
Frigo avec congélateur pour vaccin	1,33
Frigo pour médicaments	0,09
Phonie avec l'extérieur	0,20

7.9. ANNEXE 10: Nombre de différents équipements dans un Hôpital Général de Référence

<i>Type d'équipements</i>	<i>Nombre moyen par HGR</i>
<i>Autoclave</i>	1,22
<i>Poupinel</i>	0,94
<i>Scialytique</i>	1,19
<i>Table d'opération</i>	1,34
<i>Radiographie</i>	0,64
<i>Distillateur</i>	0,33
<i>Aspirateur d'opération</i>	0,86
<i>Electrecardiographie</i>	0,18
<i>Microscope électrique</i>	0,72
<i>binoculaire</i>	0,40
<i>Repasseuse manuelle</i>	0,17
<i>Moto</i>	0,35
<i>Véhicule</i>	0,76
<i>Frigo</i>	

7.9.1. ANNEXE 11 : Population couverte par type d'équipement du HGR

Type d'équipements	Quantité	Population couverte (Nombre d'habitants)
Autoclave	316	147 286
Poupinel	242	192 324
Scialytique	307	151 604
Table d'opération	346	134 516
Radiographie	166	280 376
Distillateur	85	547 559
Aspirateur d'opération	221	210 600
Electrocardiographie	47	990 266
Microscope électrique binoculaire	186	250 228
Repasseuse manuelle	104	447 524
Moto	44	1 057 784
Véhicule	91	511 456
Frigo	197	236 256
Lits (*)	26477	1 758

(*) Les lits des grands hôpitaux nationaux de Kinshasa ne sont pas compris.

7.10. ANNEXE 12. BASE DES ESTIMATIONS DES COÛTS DU PDDS :

7.10.1. Investissements

Les investissements de démarrage d'une Zone de Santé comprennent essentiellement :

- la formation initiale des Cadres en cours d'emploi et des personnels de santé ;
- la construction/réhabilitation ou rafraîchissement des bâtiments y compris l'installation éventuelle en eau et éclairage en énergie solaire notamment ;
- l'approvisionnement en lot de médicaments de démarrage (6 mois environ) ;
- l'équipement en matériel médical, non médical, et en équipement de bureau ;
- la fourniture de véhicule de supervision pour les structures-clés ;
- l'équipement en phonie.

On respectera ainsi le trépied d'appui de la santé : les infrastructures, les personnels et le médicament.

7.10.2. Formation initiale des Personnels

Les besoins globaux en formation en cours d'emploi ont été estimés comme suit en janvier 1990¹.

<i>Activités à financer</i>	<i>Définition de l'unité</i>	<i>Unité</i>	<i>Coût Unitaire</i>	<i>Source</i>
Formation Comité de développement/Santé (ASC)	15 jours/homme	1	20	USAID
Formation Infirmier CS/CSR/MAT	4 mois/homme	1	200	USAID
Formation Infirmier HGR	4 mois/homme	1	200	USAID
Formation Opérateurs Phonie	30 jours/homme	1	350	PEV
Formation Maintenance véhicule-moto	30 jours/homme	1	350	USAID
Formation Statistiques	30 jours/homme	1	200
Formation Agent de développement Rural	6 semaines/homme	1	450	FONAMES
Formation Pharmacien	6 semaine/homme	1	450	FONAMES
Formation Administrateur	6 semaines	1	450	FONAMES
Gestionnaire				
Formation Médecin HGR	6 semaines/homme	1	450	FONAMES
Formation Médecin Chef de Zone de Santé	6 semaines/homme	1	450	FONAMES
Formation Superviseurs de Zone	6 semaines/homme	1	450	FONAMES

¹ Les normes de dimensionnement ci-après ont été tirées du document de politique et plan directeur des infrastructures et équipements sanitaires élaboré en septembre 1998.

7.10.3. Construction / Réhabilitation / Raftaichissement des bâtiments

Le coût par m² est réparti en fonction du degré de destruction de chaque infrastructure :

Tableau n°4/m² des travaux de réhabilitation des bâtiments.

Classification	Coût/m ²
Niveau I : réparations mineures (fissures, peintures, nettoyage)	40 \$
Niveau II : Niveau I + réparation fenêtres, portes et sol ;	60 \$
Niveau III : Niveau II + réparation des trous murs et toitures	120 \$
Niveau IV : Refaire la structure en ruine	250 \$

Normes de dimensions par infrastructure sanitaire.

- Centre de santé : 218 m²
- Centre de santé de référence : 846 m²
- Hôpital général de référence : 2201 m²

Capacité d'accueil par infrastructure :

1 Centre de Santé pour 5000 habitants en milieu rural, pour 10 000 en milieu urbain. 4 Centres de Santé de référence et 4 maternités de référence par Zone de Santé. La réhabilitation concerne le gros entretien des immeubles, le raftaichissement l'entretien des murs, sols et plafonds. Etant donné la prédéfinition de la population à desservir, les coûts ont été estimés en standards de m².

Il est défini la prise en charge du logement pour 2 responsables du Centre de Santé et les membres du Comité de gestion de toutes les autres structures. Il est défini la prise en charge du logement pour 2 responsables du Centre de Santé et les membres du Comité de Gestion (professionnels de santé) de toutes les autres structures.

Tableau n°5 Coûts de Construction des bâtiments.

Activités à financer	Définition de l'unité	Unité	Coût Unitaire	Source
Bureau central Zone de santé	225 m ²	225	100	CTB
Centre de Santé	218 m ²	84	95	CTB
Centre de santé de Référence	846 m ²	150	106	CTB
Hôpital général de référence	2201 m ²			
Service Technique, HGR	500 m ²	500	150	CTB
Service Hospitalier, HGR	1400 m ²	1400	100	CTB
Habitation Cadres, BCZS	225 m ²	225	100	CTB
Habitation Cadres, HGR	225 m ²	225	100	CTB
Habitation Personnel, HGR	84 m ²	84	75	CTB
Habitation personnel CS	84 m ²²		75	CTB

Installation de l'équipement solaire

Le système solaire est à assurer à la base, de préférence à toute autre source d'énergie pour les structures non connectés au réseau électrique, pour l'éclairage, le froid, l'adduction d'eau et la phonie. La maintenance aussi doit être assurée.

Tableau n° 6 : Liste des équipements.

<i>Activités à financer</i>	<i>Définition de l'unité</i>	<i>Unité</i>	<i>Coût Unitaire</i>	<i>Source</i>
Chaîne de froid				
Congélateur à pétrole, équipement				
Equipement de Bureau	Kit	1	15000	Fonames
Equipement de Bureau, BCZS				
Equipement de Bureau, CS	Liste	1	7500	USAID
Equipement de Bureau, CSR	Liste	1	250	USAID
Equipement de Bureau, HGR	Liste	1	500	USAID
Equipement de Bureau, MAT	Liste	1	7500	USAID
Equipement de phonie solaire	Liste	1	500	USAID
Equipement de phonie, BCZS	Liste	1		
Matériel médical	Kit	1	10000	Fonames
Equipement Matériel médical, CRS	Liste	1	2500	Fonames
Equipement Matériel médical, HGR	Liste	1	7200	Fonames
Equipement de laboratoires				
Equipement Matériel médical, MAT				
Equipement Matériel médical, CS	Liste	1	4 500	Fonames
Equipement en mobilier médical, CSR	Kit	1	2 500	UNICEF
Equipement en mobilier médical, CS	Liste	1	2 000	SPT-K
Equipement en mobilier médical, HGR	Liste	1	1 000	SPT-K
Equipement non médical,	Liste	1	13 500	SPT-K
Equipement en mobilier non médical CSR	Liste	1	750	
Equipement en mobilier non médical, BCZS	Liste	1	2 000	Fonames
Equipement en mobilier non médical, CS	Liste	1	375	Fonames
Equipement en mobilier non médical, HGR	Liste	1	3 500	SPT-K
Equipement en mobilier non médical,	Liste	1		Fonames
MATERNITE	Liste	1	750	Fonames
Moyen de locomotion avec pièces rechange à l'achat	Kit	1	27 000	
Véhicule tout terrain	Kit	1	4 000	
Moto	Kit	1	8 000	
Hors-bord	Kit	1	150	
Vélo				

7.10.4. Fournitures en médicaments essentiels (lot de démarrage)

Il existe des variables complexes de quantification précise des médicaments essentiels. Un exemple est en annexe. Ces variables concernent :

- Le dosage du médicament: Taux calculé dans la population d'après âge-sexe
- L'unité, définition de la présentation : Prévalence de la maladie-cible
- Le contenu de l'unité: Episode par habitant (incidence) de la maladie/cible
- La population-mère : Dose journalière du médicament
- Age-cible dans la population-mère : Durée totale du traitement

Cependant, nous nous contenterons de la norme usuelle par habitant. Ainsi, le lot de démarrage pour les fournitures en médicaments essentiels est de 0,3 \$ USA par habitant

7.10.5. Eau et assainissement

Tableau n°7 Coûts des travaux d'eau et assainissement

<i>Activités à financer</i>	<i>Définition de l'unité</i>	<i>Unité</i>	<i>Coût Unitaire</i>	<i>Source</i>
Adduction d'eau	Par Km	1	3 000	USAID
Captage eau de pluies	Kit	1	60	USAID
Aménagement des sources d'eau et des puits				
Evacuation des ordures				
Construction des latrines VIP				

7.11. Fonctionnement

Le fonctionnement annuel par niveau comprend essentiellement

- Rémunération
- Médicaments essentiels
- Achat carburant
- Achat pétrole
- Fournitures de Laboratoire
- Entretien moyen de locomotion
- Entretien bâtiment
- Formation continue Personnel
- Frais de Supervision
- Fournitures de bureau

7.11.1. Achat carburant et pétrole :

Tableau n°8 : Coûts pour le carburant et pétrole.

<i>Activités à financer</i>	<i>Définition de l'unité</i>	<i>Unité</i>	<i>Coût unitaire</i>	<i>source</i>
Carburant				
Hors-bord	6000 Km/an*0,15 L/Km	900	0,5	CTB
Moto, HGR	6000 Km/an*0,15 L/Km	900	0,5	USAID
Mot, BCZ	6000 Km/an*0,15 L/Km	900	0,5	USAID
Véhicule tout terrain	24000 Km/an*0,15 L/m	1500	1	FONAMES
Véhicule tout terrain	24000 Km/an*0,15	1500	1	FONAMES
Pétrole pour congélateur	L/Km			
à pétrole à défaut du solaire et du secteur électrique				
chaîne de froid		350	0,5	FONAMES
congélateur à pétrole	7 litres/semaines			

7.11.2. Eau et électricité

Les factures de consommation d'eau et d'électricité seront à charge du Trésor Public pour les BCZS, HGR, CSR et CS et un tarif préférentiel pour les autres formations médicales.

7.11.3. Entretien-Réparation

La Zone de Santé, une fois réhabilitée et redémarrée par la formation, l'équipement, il convient d'en assurer le fonctionnement.

7.11.4. Bâtiment

L'entretien des bâtiments est estimé à 4 % des coûts des investissements.
L'entretien concerne les installations électriques, des sanitaires et plomberie.

7.11.5. **Mobilier** : BCZS, HGR, CSR, CS, Directions centrales et provinciales, Division des districts.

7.11.6. Moyens de locomotion

L'entretien annuel des véhicules dûment pourvus de pièces de rechange à l'achat est calculé à 1/15^e de la valeur initiale.

7.11.7. Formation continue des Cadres et Personnel de santé

Les besoins en formation pour les Cadres peuvent être couverts par des voyages d'étude 1 par an au pays et tous les 3 ans à l'extérieur du pays pour une durée de 21 jours/homme à 10.000 \$ US.
Des conférences Sous-Provinciales à 3000 \$ US forfaitaire
Des conférences Provinciales à 6000 \$ US
Des conférences Nationales annuelles à 60000 \$ US
Des conférences inter provinciales
Les besoins pour le personnel, par des recyclages locaux de courte durée, tel que l'infirmier à 10 jours/homme à 25 \$ US l'unité.

7.11.8. Frais de supervision

Pour les Zones fonctionnelles, il est prévu 1 supervision par mois pour le BCZS par Centre de Santé fonctionnel à 10 \$ US le jour de supervision comme per diem.
Le nombre de Centres de Santé fonctionnels entrent donc en ligne de compte.
Au niveau de la Ville, du District et de la Province, bref au niveau intermédiaire de la pyramide sanitaire, la norme serait de 3 supervisions par an pour un forfait de 9000 \$ par supervision du niveau du District.

1 Supervision par an pour un forfait de 36.000 \$ US au niveau provincial.
Le nombre et la superficie des Zones de Santé (avion et autres moyens exceptionnels de déplacement) entrent en ligne de compte.

7.11.9. Frais de recherche opérationnelle

1 recherche opérationnelle à 5000 \$ US tous les 3 ans dans une Zone de Santé opérationnelle servant à améliorer les services.

7.11.10. Les activités supplémentaires:

Les coûts des activités supplémentaires retiendront l'attention des tous ceux qui sont impliqués dans l'exécution du plan directeur de développement sanitaire. Il s'agit de :

- Des consultations locales, provinciales ou nationales. Dans ce cadre entrent les frais des Ateliers impliquant des partenaires locaux, dans toute une province ou venant de tout le pays.
- Des consultations internationales. Dans ce cadre entrent les frais de Consultants internationaux reconnus et sur termes de référence préalablement établis.
- Des frais de rencontres locales, incluant notamment les jetons de présence dans les structures interministérielles et intersectorielles : avec les privés, les groupements associatifs.

Ces coûts doivent subir une harmonisation.

8. TABLE DES MATIERES :

LISTE DES ABREVIATIONS.....	2
1. PRESENTATION SOMMAIRE DE LA RDC.....	4
1.1. Situation géographique.....	4
1.2. Démographie.....	4
1.3. Situation Politique.....	4
1.4. Situation Socioculturelle.....	5
1.5. Education.....	5
1.6. Situation administrative.....	5
1.7. Situation économique.....	6
1.8. Transports et Communications.....	6
1.9. Situation sanitaire.....	7
1.9.1. Politique et système de santé.....	7
1.9.2. Ressources.....	8
1.9.3. Etat des lieux du système sanitaire :.....	14
1.9.4. Principaux problèmes de santé.....	18
1.9.5. Définition des priorités:.....	22
2. POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.....	23
2.1. ENONCE DE LA POLITIQUE.....	23
2.2. OPTIONS DE LA POLITIQUE.....	24
2.3. PRINCIPES DIRECTEURS DU PDDS.....	25
2.3.1. <i>La globalisation des soins</i>	25
2.3.2. <i>L'intégration des soins</i> :.....	26
2.3.3. <i>La continuité des soins</i> :.....	26
2.3.4. <i>La pérennisation des services</i> :.....	26
2.3.5. <i>La rationalisation des services</i>	27
2.3.6. <i>La décentralisation des services</i> :.....	28
2.3.7. <i>La déconcentration des services</i>	28
3. CADRE PROGRAMMATIQUE.....	28
3.1. OBJECTIFS SANITAIRES DE 2000 A L'AN 2009 EN RDC.....	28
3.1.1. <i>Objectifs généraux</i> :.....	28
3.1.2. <i>Objectifs spécifiques</i> :.....	29
3.2. RESULTATS, INTERVENTIONS, INDICATEURS ET CHRONOGRAMME :.....	33
3.3. SOURCES DE FINANCEMENT DU PLAN.....	71
3.4. ANALYSE DE LA FAISABILITE DU PLAN.....	72
3.4.1. <i>Facteurs de risque et propositions des solutions</i>	72
3.4.2. <i>Environnement favorable</i>	73
4. CADRE GLOBAL DE MISE EN ŒUVRE ET ESTIMATION DES COUTS DU PDDS :.....	73
4.1. Cadre global de mise en oeuvre.....	73
4.2. Coûts estimatifs du plan :.....	74
5. PLAN DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	76
6. MISE EN ŒUVRE DU PLAN DIRECTEUR DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE.....	77
7. ANNEXES.....	78
7.1. ANNEXE 1. PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES.....	79
7.2. ANNEXE 2 : Situation économique.....	80

7.3.	ANNEXE 3 : Niveaux des indicateurs pour la surveillance des progrès réalisés vers la SPT/2000 en RDC.....	83
7.4.	ANNEXE 4 : Personnel des projets, Programmes et Etablissements étatiques du Ministère de la Santé	87
7.5.	ANNEXE 5 : Population couverte par catégorie de personnel médical et paramédical 87	
7.6.	ANNEXE 6 : Répartition du nombre moyen du personnel d'une Zone de Santé par catégorie et effectif recyclé	88
7.7.	ANNEXE 7 : Nombre moyen d'établissements par Zone de Santé	88
7.8.	ANNEXE 8 : Population couverte par type d'établissement.....	89
7.9.	ANNEXE 10: Nombre de différents équipements dans un Hôpital Général de Référence.....	90
7.9.1.	ANNEXE 11 : Population couverte par type d'équipement du HGR	90
8.	TABLE DES MATIERES :.....	97