



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2009-2013

**RÉP. DÉM.
CONGO**



STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS

2008 – 2013

RÉP. DÉM.
CONGO

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays, 2008-2013 la République démocratique du Congo

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération Internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

ISBN : 978 929 031 1270

(NLM Classification: WA 540 HC6)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : afrobooks@afro.who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en Inde

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	v
PRÉFACE	vii
RÉSUMÉ	ix
SECTION 1 INTRODUCTION	1
SECTION 2 DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT	3
2.1. Profil pays	3
2.2. Profil sanitaire	5
2.3. Santé et défis de développement	9
SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS	12
3.1. Tendances générales de l'aide à la santé	12
3.2. Principaux partenaires et domaines d'intervention, dans le secteur de la santé	12
3.3 Mécanismes de coordination	14
SECTION 4 CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES	15
4.1 But et mission	15
4.2 Fonctions essentielles	15
4.3 Programme mondial d'action sanitaire	16
4.4 Priorités au niveau mondial	16
4.5 Priorités au niveau régional	17
4.6 Renforcer l'efficacité de l'action de l'OMS, au niveau des pays	18
SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LA RDC	19
5.1. Présence de l'OMS, dans le pays	19
5.2. Interventions de l'OMS	19
5.3 Activités menées en collaboration avec d'autres agences du système des Nations Unies	20
5.4. Evolution des ressources de l'OMS	21
5.5. Appui du Siège et du Bureau régional	22
SECTION 6 AGENDA STRATEGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION OMS – RDC	24
6.1 Formulation/révision des politiques nationales de santé	24
6.2 Renforcement du système de santé	25
6.3 Santé de la femme, de l'adolescent et survie de l'enfant	26
6.4 Prévention et lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	27
6.5 Gestion des conséquences sanitaires des urgences et des catastrophes	27
6.6 Promotion de la santé	28
SECTION 7 MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE	29
7.1 Responsabilité dans la mise en œuvre de l'agenda stratégique	29
7.2 Responsabilité du bureau pays	29
7.3 Responsabilité du bureau régional de l'OMS, pour l'Afrique et du siège de l'OMS	29

7.4 Implications de la mise en œuvre de l’agenda stratégique - Implications pour le bureau de pays	30
7.5 Implications pour le bureau régional	30
7.6 Implications pour le siège	31
SECTION 8 MONITORAGE ET ÉVALUATION	32
CONCLUSION	33
ANNEXES	
Annexe 1	34
Annexe 2	35
Annexe 3	36
DOCUMENTS CONSULTÉS	37

ABREVIATIONS

AFRO	:	Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
APD	:	Aide publique au Développement
APOC	:	Programme africain de lutte contre l'onchocercose
ATM	:	VIH, tuberculose et paludisme
BAD	:	Banque africaine de Développement
CAF	:	Country Assistance Framework
CCM	:	Country Coordinating Méchanism
CDC	:	Center for Disease Control
CDR	:	Centrale de Distribution régionale
CNP	:	Comité national de Pilotage
CODA	:	Conseil d'Administration
COSA	:	Comité de Santé
CPP	:	Comité provincial de Pilotage
DEP	:	Direction d'Etudes et Planification
DSCR	:	Document de Stratégie pour la Croissance et la réduction de la Pauvreté
ECHO	:	Programme humanitaire de l'Union Européenne
FARDC	:	Forces armées de la RDC
FED	:	Fonds européen de Développement
FEDECAME essentiels	:	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments
FM	:	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
FMI	:	Fonds monétaire International
FNUAP	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	:	Global Alliance for Vaccine Immunization
GIBS	:	Groupe inter bailleurs Santé
HGR	:	Hôpital général de Référence
HQ	:	Siège de l'Organisation mondiale de la Santé
IHTP	:	Integrated Health care Technology Package
IST	:	inter country support team (Equipe d'appui inter pays)
ITM	:	Institut de Techniques médicales
MAL	:	Malaria
MEP	:	Médecin épidémiologiste provincial
MID	:	Médecin inspecteur de District

MONUC	:	Mission des Nations Unies pour le Congo
MSP	:	Ministère de Santé publique
NEPAD	:	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
PAP	:	Programme d'Actions prioritaires
PARSS	:	Projet d'Appui à la réhabilitation du Secteur Santé
PCA	:	Paquet complémentaire d'Activités
PDDS	:	Plan directeur de Développement sanitaire
PEV	:	Programme élargi de Vaccination
PFA	:	Paralysie flasque aigue
PIB	:	Produit intérieur brut
PMA	:	Paquet minimum d'Activités
PMURR	:	Programme multisectoriel d'Urgence et de Réhabilitation
PNS	:	Politique nationale de Santé
PPTÉ	:	Pays pauvre très endetté
PSMT	:	Plan stratégique à Moyen Terme
RD C	:	République démocratique du Congo
SCP1	:	stratégie de coopération avec les pays 1 ^{ère} génération
SCP2	:	Stratégie de coopération avec les pays 2 ^{ème} génération
SMNE	:	Santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant
SNAME	:	Système national d'Approvisionnement en Médicaments essentiels
SRSS	:	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
TB	:	Tuberculose
THA	:	Trypanosomiase humaine africaine
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence américaine de Développement international
USD	:	Dollar américain
VIH/SIDA	:	Virus d'Immunodéficience humaine/Syndrome d'Immunodéficience acquise
ZS	:	Zone de Santé

PRÉFACE

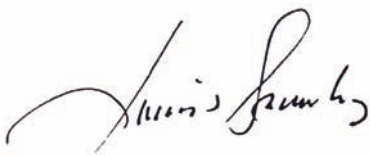
La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11^{ème} Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Pantenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique

RÉSUMÉ

La nouvelle Stratégie de Coopération de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avec la République démocratique du Congo (RDC), couvre la période 2008-2013.

Elle est élaborée sur la base des documents suivants:

- Le 11^{ème} Programme général de travail de l'OMS, couvrant la période 2006-2015 ;
- La 1^{ère} Stratégie de Coopération de l'OMS avec la RDC (SCP1) qui couvrait la période 2002-2005 ;
- Le cadre d'assistance au pays, pour la République démocratique du Congo ;
- La déclaration de politique nationale de santé de la RDC ;
- La stratégie de renforcement du système de santé de la RDC ;
- Le document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté ;
- Le programme d'actions prioritaires du gouvernement de la RDC ;
- Le rapport 2008 sur la santé dans le monde, intitulé " les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais " ;
- La déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé, en Afrique ;
- La déclaration d'Alger sur la recherche en Santé ;
- La déclaration de Libreville portant sur la Santé et l'environnement ;
- La résolution EB 124.Rb du Conseil exécutif de l'OMS.

La nouvelle stratégie de coopération entre l'OMS et la RDC tient compte, d'une part, du contexte actuel de la RDC qui se trouve dans une phase de transition entre l'urgence et le développement, du fait de nombreuses crises et guerres auxquelles le pays a été confronté dans un passé récent ; et d'autre part, des évolutions et changements observés actuellement dans le monde ; elle cadre avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

Enfin, la nouvelle stratégie de coopération prend en compte le contexte complexe dans lequel se développe actuellement la collaboration entre la RDC et le Système des Nations Unies, avec d'une part, une mission intégrée dirigée par un Représentant Spécial du Secrétaire Général des Nations Unies et d'autre part, une équipe de pays composée par tous les responsables des agences du Système des Nations Unies en poste dans le pays.

Le document est structuré en 8 sections.

La première section indique que la nouvelle stratégie de coopération de l'OMS avec la RDC, s'inscrit dans la logique de la consolidation des actions entreprises dans le cadre des programmes précédents pour autant que ces actions n'entrent pas en contradiction avec le nouveau consensus tel qu'il ressort du contenu d'un certain nombre de documents de référence.

La deuxième section présente le contexte de la RDC et les défis auxquels le secteur de la santé doit faire face.

Ces défis sont les suivants :

- a) Rebâtir un système de santé à même de répondre aux besoins des populations sortant de plusieurs années de crise (conflits armés, catastrophes naturelles, etc.) ;
- b) Mettre en place un système de financement permettant l'équité dans l'accès aux soins;
- c) Améliorer la capacité de gestion de l'ensemble du système de santé en conformité avec la nouvelle Constitution instaurant la décentralisation avec des compétences propres aux différents niveaux du pays ;
- d) Formuler et/ou renforcer mais aussi vulgariser les politiques et stratégies dans certains domaines stratégiques ;
- e) Réduire l'excès de morbidité et de mortalité notamment, par la mise en œuvre des programmes performants, de lutte contre la maladie ;
- f) Répondre efficacement aux urgences en y intégrant la gestion de l'action humanitaire et des violences sexuelles ;
- g) Renforcer l'autorité de l'Etat, dans un contexte de partenariat multiple.

La section 3 consacrée à l'aide au développement et aux partenariats, dans ses dernières projections, met en évidence une réduction conséquente de l'aide publique au développement. Il en est de même du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé qui pour l'exercice 2008, ne représente que 2,5% du budget global.

La section 4 se charge de :

- Présenter les principaux objectifs de l'OMS, repris dans son Plan stratégique à Moyen Terme,
- Faire connaître la présence et le soutien de l'OMS, par l'intermédiaire des équipes actuelles de soutien interpays,
- Mettre l'accent sur la manière dont l'Organisation travaillera en équipe et sur sa capacité de facilitation.

La section 5 résume les interventions du bureau pays et les appuis du bureau régional ainsi que du siège et se termine par l'énoncé des défis auxquels l'Organisation fait face.

La section 6 fournit des détails sur les 4 axes stratégiques de la nouvelle stratégie de coopération entre l'OMS et la RDC.

Il s'agit de :

- a) L'appui institutionnel à la gestion du secteur santé et au développement des zones de santé;
- b) Du renforcement de la lutte contre la maladie ;
- c) La promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ;
- d) Le développement d'environnements favorables à la santé et à l'action humanitaire, en situation d'urgence.

La section 7 quant à elle, traite de la mise en œuvre du programme ; elle indique les responsabilités et les implications aussi bien du bureau pays que des autres niveaux de l'organisation.

La section 8 précise la périodicité et les indicateurs de suivi et évaluation du programme.

SECTION 1

INTRODUCTION

La Stratégie de Coopération de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) avec la République démocratique du Congo (RDC) constitue le cadre de référence qui sert de base pour l'élaboration des programmes de coopération entre l'OMS et le Gouvernement de la RDC, pour les années à venir. Un cadre de référence pour les actions dont elle oriente la planification, la budgétisation et l'allocation des ressources. Un cadre qui reste pertinent au regard des défis auxquels doit faire face le secteur de la santé. La stratégie de coopération vise également à définir le rôle particulier de l'OMS dans la nouvelle vision de lutte contre la pauvreté.

La stratégie de coopération de l'OMS traduit la mise en œuvre au niveau du pays, de la stratégie institutionnelle de l'organisation ; elle intègre de ce fait, le processus de gestion de l'OMS. La stratégie de coopération de l'OMS avec la RDC correspond ainsi à un équilibre entre, d'une part, les priorités de la RDC, telles qu'elles sont reprises dans le Document de Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (DSCR), dans le document du Programme d'Actions prioritaires du gouvernement de la RDC (PAP) et, d'autre part, les orientations et priorités établies au niveau régional et mondial, par l'OMS.

Il s'agit pour l'OMS, d'un moyen lui permettant de s'aligner sur les stratégies et plans nationaux, d'engager ainsi le dialogue et d'harmoniser sa coopération avec le travail d'autres agences du système des Nations Unies et celui d'autres partenaires œuvrant dans le domaine de la santé et du développement, selon les dispositions du Cadre d'Assistance au Pays ou Country Assistance Framework (CAF).

La stratégie de coopération prend en compte les principes et les valeurs de la Constitution de l'OMS (1946), de la Déclaration d'Alma Ata (1977) et de la Déclaration du Millénaire pour le développement (2000), de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005), de la Déclaration de Ouagadougou sur la relance des soins de santé primaires (2008) et des réformes des organisations du système des Nations Unies.

La nouvelle stratégie de coopération de l'OMS avec la RDC, va s'inscrire dans la logique de la consolidation des actions entreprises dans le cadre des programmes précédents. Elle reconduit les actions retenues dans la première stratégie de coopération, dans la mesure où cette dernière n'avait pas à proprement parler été mise en œuvre et pour autant que ces actions n'entrent pas en contradiction avec le nouveau consensus tel qu'il ressort du contenu d'un certain nombre des documents de référence.

Parmi ces documents, il s'agira essentiellement de :

- Onzième programme général de travail de l'OMS, 2006-2015;
- La stratégie de coopération de l'OMS avec la République démocratique du Congo, 2002-2005;
- Le cadre d'assistance au pays pour la République démocratique du Congo;
- La déclaration de politique de santé de la RDC ;

- La stratégie de renforcement du système de santé de la RDC;
- Le document de stratégie pour la croissance et la réduction de la pauvreté;
- Le programme d'actions prioritaires du gouvernement de la RDC.

A l'issue des travaux des retraites organisées à Matadi, en juillet 2007 et février 2008, à l'attention des responsables des programmes et des sous bureaux provinciaux de la représentation de l'OMS en RDC, un consensus a été dégagé sur 4 axes stratégiques pour la présente SCP entre l'OMS et la RDC qui couvre la période allant de 2008 à 2013. Le choix de ces axes s'est fondé sur les fonctions essentielles de l'OMS et les avantages comparatifs par rapport à l'action d'autres partenaires.

Il s'agit des axes suivants:

- 1) Appui institutionnel à la gestion du secteur de la santé et au développement des zones de santé;
- 2) Renforcement de la lutte contre la maladie;
- 3) Promotion de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant;
- 4) Développement d'environnements favorables à la santé et action humanitaire en situation d'urgence.

SECTION 2

DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT

2.1. PROFIL PAYS

2.1.1. Situation géographique et démographique

Figure 1. Carte de la RDC



La République démocratique du Congo (RDC) est située en Afrique centrale, entre le 4^{ème} degré de latitude Nord et le 2^{ème} degré de latitude sud. Sa superficie de 2.345.000 km² en fait le 3^{ème} grand pays d'Afrique après le Soudan et l'Algérie. La RDC a une longue frontière qu'elle partage avec neuf voisins : l'Angola et la République du Congo, à l'ouest ; la République Centrafricaine et le Soudan, au Nord ; le Burundi, l'Ouganda, le Rwanda, et la Tanzanie, à l'Est, et la Zambie, au Sud.

Le réseau hydrographique de la RDC est dense. Il est dominé par le Fleuve Congo, long de 4.700 km, et ses nombreux affluents. Le Fleuve Congo traverse presque tout le pays du Sud au Nord. La forêt couvre une grande partie du pays et en détermine le climat. La RDC connaît en effet, plusieurs types climatiques : climat tropical et humide au Nord et au Sud ; climat équatorial au centre et climat tempéré en altitude, à l'Est. Cette diversité climatique

constitue à la fois, un avantage (disponibilité des produits agricoles sur toute l'année) et un désavantage (terrain propice à l'éclosion de nombreuses maladies tropicales).

Les Nations Unies estiment la population de la République démocratique du Congo en 2008, à 65 millions d'habitants, avec une croissance annuelle d'environ 2 millions d'habitants, du fait d'une fécondité élevée (estimée entre 2005 et 2010 à 6,7 enfants en moyenne, par femme). Selon une enquête du Ministère de la Santé menée en avril 1998¹, la pyramide démographique de la RDC montre que la population congolaise est très jeune. En effet, les jeunes (moins de 20 ans) représentent environ 57 % de la population totale contre 38,8 % pour la population adulte (entre 20 et 59 ans) et 4,2 % pour la population du 3ème âge.

2.1.2. Situation politique et socio-économique

Depuis son accession à l'indépendance en 1960, la RDC a connu des crises à répétition (rébellions des années 1961 à 1964 d'une part, et 1978 à 1980, d'autre part ; pillages des années 1991 et 1993 ; guerre de libération des années 1996 et 1997 ; guerre d'agression des années 1998 à 2001) qui ont eu des conséquences dramatiques sur la vie de la nation, en général et sur le système de santé, en particulier. L'adoption de la nouvelle Constitution, en décembre 2005 et l'organisation des élections présidentielle et législative en 2006, ont couronné le processus de démocratisation ainsi que le retour de la RDC vers un Etat de droit avec un pouvoir exécutif, un parlement et un pouvoir judiciaire séparés.

Plaquette tournante de la géopolitique africaine pendant les années de la guerre froide, en raison principalement de sa position géostratégique, la RDC a bénéficié de la part de ses parrains occidentaux, de beaucoup de financements qui n'ont malheureusement pas servi à induire le développement du pays. La RDC est actuellement classée parmi les pays les plus pauvres du monde, malgré ses immenses ressources naturelles, le dynamisme reconnu et l'esprit d'entreprise de sa population. La décennie de conflit, aggravée par la culture de mauvaise gestion soutenue, a eu des effets dévastateurs sur l'économie nationale. Le PIB a ainsi successivement baissé de 380\$ US (1960) à 224\$ US (1990). Il était de l'ordre de 120\$ US, en 2006² et les projections pour 2008 étaient de 158,6\$ US (en valeur constante du dollar américain). La RDC occupe le 167^{ème} rang sur les 177 pays dans le classement des pays sur l'IDH³.

La performance enregistrée par la RDC, depuis 2001, a facilité l'accès du pays à l'initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (PPTe). Les Conseils d'Administration de la Banque mondiale (BM) et du Fonds monétaire international (FMI) se sont mis d'accord sur un Point d'Achèvement flottant. La date approximative d'atteinte du Point d'Achèvement dépend ainsi en grande partie de l'engagement du Gouvernement en faveur des réformes économiques à mettre en œuvre et de sa performance dans leur exécution. La fin de l'année 2008 a été retenue mais, le dérapage enregistré au début de l'année, et le contexte de l'économie mondiale, soulèvent quelques inquiétudes quant à l'atteinte du point d'achèvement, en décembre 2008 et même au premier trimestre 2009.

Dans l'ensemble, on peut affirmer que la situation économique reste très fragile. Mais l'espoir demeure au regard de l'orientation prise par le gouvernement pour la relance de l'économie, par les grands travaux des infrastructures dans une nouvelle approche de partenariat. L'accord sino-congolais est à placer dans ce cadre. Mais une fois de plus, sans des mesures énergiques visant à mettre fin à la corruption et à l'impunité, il sera illusoire de chercher à sortir le peuple congolais du cercle vicieux de la pauvreté et des conflits.

¹ Enquête Ministère de la santé, 1998.

² CAF, juillet 2007.

³ PNUD, Rapport 2006 sur l'indice sur le développement humain.

2.2. PROFIL SANITAIRE

L'objectif poursuivi par le secteur de la santé en RDC, est d'assurer des soins de qualité à travers la revitalisation progressive du système de santé au bénéfice de toute la population, y compris les groupes vulnérables et de combattre la malnutrition ainsi que les grandes endémies telles que le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose, l'onchocercose, la trypanosomiase humaine africaine etc. Dans la réalisation de cet objectif, la révision du cadre législatif et normatif sera nécessaire pour prendre en compte les éléments de l'évolution du contexte marquée essentiellement par la décentralisation politique et administrative.

Il ressort clairement des documents stratégiques du ministère de la santé que dans le court terme, l'accent sera mis sur le développement des zones de santé, la réorganisation et l'appui institutionnel aux niveaux intermédiaire et central, la rationalisation des ressources humaines de santé, l'approvisionnement en médicaments et intrants spécifiques et la lutte contre la maladie. Le ministère a décrit ces axes stratégiques dans son document intitulé « Stratégie de Renforcement du Système de Santé » (SRSS⁴) présenté pendant la Revue annuelle du secteur, en février 2006. Cette stratégie bénéficie de l'appui de l'ensemble des bailleurs et agences des Nations Unies réunies dans le Groupe inter bailleurs Santé (GIBS). La SRSS est par ailleurs, la stratégie sectorielle reprise dans le DSCR.

2.1.1. Organisation et fonctionnement du système de santé

En attendant que soient mises en application les réformes de l'administration publique en cours, et les dispositions pertinentes de la Constitution en matière de décentralisation, le système de santé est encore structuré de la manière suivante (figure en annexe) :

Au niveau central

Le Cabinet du Ministre de la Santé publique, le Secrétariat général, 13 Directions centrales et 52 programmes spécialisés. Ce niveau a essentiellement un rôle normatif et stratégique. Parmi les 52 programmes, on peut citer : les programmes de lutte contre le paludisme, la trypanosomiase, la lèpre, l'onchocercose, la tuberculose, le sida, la bilharziose, le Programme national de santé de la reproduction ainsi que le Programme élargi de vaccination (PEV).

Au niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire a un rôle technique et logistique d'appui aux zones de santé (ZS) ; il est constitué de 11 Divisions provinciales et de 48 districts de santé.

Dans chaque province, il existe un comité de pilotage provincial présidé par le Ministre provincial en charge du secteur de la santé et une division provinciale de la santé. Celle-ci est dirigée par un médecin inspecteur provincial et comprend différents bureaux qui fonctionnent suivant le modèle des directions du niveau national.

Chaque Bureau de District comprend 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 (MID).

⁴ Stratégie de Renforcement du Système de Santé, 2006.

Au niveau périphérique

La zone de santé qui comprend un ensemble de centres de santé et un HGR, constitue le niveau opérationnel. Il est piloté par l'équipe cadre de la zone de santé. Le nombre des zones de Santé est passé de 306 en 1985, à 515, en 2003.

Le fonctionnement du système de santé reste cependant entravé par un certain nombre de problèmes relatifs au leadership du ministère de la santé, au système de financement, à la participation communautaire, aux ressources humaines, au système d'approvisionnement en médicaments essentiels, et à la coordination des interventions des bailleurs de fonds.

Le désengagement progressif de l'Etat dans le financement du secteur santé, a eu pour conséquence, la perte par le Ministère de la Santé, de son autonomie, pour décider, orienter et conduire la politique de santé. L'aide extérieure consacrée à la santé, a certes augmenté depuis 2001, mais elle est en grande partie, destinée aux programmes verticaux (Fonds mondial de lutte contre le paludisme, le VIH/Sida et la tuberculose, Multi Country Aids Programm, etc.). Le fait que ces ressources destinées aux programmes verticaux aient été pratiquement les seules disponibles dans le secteur de la santé, au lendemain de la redéfinition de la politique nationale de santé, a certainement contribué à la marginalisation de la stratégie basée sur les soins de santé primaires et de la zone de santé comme unité opérationnelle.

Bien que contribuant à hauteur de 70% au financement des charges récurrentes du fonctionnement des zones de santé, la communauté n'est pas impliquée dans la gestion des services de santé.

Par ailleurs, en 1998, le nombre de médecins en RDC, était d'environ 2000 et celui des infirmiers 27.000⁵. Aujourd'hui, avec l'existence d'une pléthore d'établissements de formation, il est difficile de maîtriser le nombre des professionnels de la santé. En effet, on dénombre dans le pays, près de 60 établissements d'enseignement supérieur qui forment des médecins et des infirmiers. Environ 1500 médecins sortent chaque année des seules Universités officielles de Kinshasa et de Lubumbashi. A peu près, 362 Instituts des Techniques Médicales (ITM), forment chaque année autour de 7.000 infirmiers. Pour cette catégorie aussi, le nombre est en croissance rapide. Tout comme la répartition inégale des ressources humaines entre le milieu rural et urbain, l'accroissement du personnel non planifié affecte le fonctionnement de l'ensemble du système de santé dans le pays.

En outre, la modicité des salaires actuellement proposés par la Fonction Publique, compromet gravement la mise en œuvre de la politique nationale de santé basée sur les soins de santé primaires et la réalisation d'autres priorités tant nationales qu'internationales. En effet, le caractère non attrayant des salaires payés crée une instabilité du personnel qui se trouve ainsi dans une recherche continue du « mieux offrant ».

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

Quant au système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME), il est incapable d'assurer dans les limites du temps, la disponibilité des médicaments, aussi bien en quantité qu'en qualité suffisantes, et d'assurer la couverture des coûts. Par manque

⁵ États des lieux du secteur de la santé, 1998

de ressources et d'une faible capacité de gestion, la FEDECAME et les CDR mis en place pour faciliter l'acquisition et la distribution des médicaments, ne fonctionnent pas de façon optimale.

Contrairement aux directives de la politique nationale, les médicaments essentiels sont toujours soumis à la taxe et aux frais d'importation. En raison des insuffisances du secteur public, le secteur privé s'est beaucoup développé mais de façon anarchique.

L'analyse du climat dans lequel se font les interventions des partenaires extérieurs révèle que l'agenda de certains parmi eux, n'est pas en faveur du développement durable du système de santé de la RDC. La mise en place au niveau intermédiaire, des structures qui représentent les institutions partenaires du Ministère de la Santé, crée plusieurs problèmes au secteur de santé déjà fragile.

Parmi ces problèmes on peut citer :

- 1) Des conflits de plus en plus croissants, avec des structures qu'elles sont censées appuyer ;
- 2) L'accentuation de la verticalisation du système, du fait de l'intervention de ces structures d'appui, y compris dans les centres de santé et la communauté ;
- 3) Une inefficience, pour le moins importante, dans l'utilisation des ressources mises à la disposition des structures, à ce niveau ;
- 4) Une évolution progressive du rôle d'appui que sont supposés jouer les partenaires du secteur, à celui de prestataires. Des contradictions des politiques et modes de financement de certains partenaires extérieurs sont manifestes. Bon nombre d'entre eux ont une pratique double, en parallèle: d'une part, un "financement- système" à travers l'appui aux zones de santé, et d'autre part, un "financement-mise en- œuvre- de- programmes".

Le système d'information sanitaire du Ministère de la Santé (SNIS) est organisé en 12 composantes indépendantes, dont 3 connaissent des améliorations significatives, ces dernières années. Il s'agit du système d'informations de routine (SSP), de la surveillance épidémiologique et du système de gestion de quelques programmes spécifiques. Les neuf autres sont encore loin de donner satisfaction aux attentes. Il s'agit de la gestion des données démographiques et d'état civil, des données sur les déterminants de la santé, des données sur les médicaments, des données sur les flux financiers, des données sur la gestion administrative, des données sur l'enseignement des sciences de santé, des données sur la médecine traditionnelle et des plantes médicinales, des données sur les interventions sanitaires, des données au niveau communautaire, et des données sur les établissements de recherche en santé et de formation au niveau universitaire ainsi que les données cartographiques et enfin, des données sur les évacuations sanitaires à l'étranger (arrêté ministériel 1250/0005/2005 du 18 mars 2005).

Les faibles capacités du personnel aux différents niveaux, le manque des ressources humaines ayant la culture des statistiques, le manque des équipements et des ressources financières nécessaires constituent des contraintes pour l'amélioration de la gestion du SNIS, qui se fait à présent, de manière cloisonnée et verticale.

2.1.1. Système hospitalier et offre des services

A son accession à la souveraineté internationale en 1960, la RDC a hérité d'un système de santé basé essentiellement sur l'utilisation des structures de santé fixes. Le pays était couvert par environ 400 hôpitaux et de nombreux dispensaires qui assuraient à la population,

avec l'appui des équipes mobiles, l'essentiel des soins de santé. Plus de 60% des structures hospitalières appartenaient au secteur privé (secteur privé confessionnel et des entreprises). Cette situation n'a pas beaucoup évolué.

Comme le reste du système de santé, le système hospitalier est structuré par niveau. Au niveau opérationnel, on a les hôpitaux généraux de référence des zones de santé, au niveau intermédiaire, les hôpitaux provinciaux et les hôpitaux nationaux, au niveau tertiaire. Avec le désengagement progressif de l'Etat, un secteur privé à but lucratif, s'est développé ces dernières années (on peut mentionner à ce titre, la construction à Kinshasa, de deux hôpitaux de niveau tertiaire). Mais, le système hospitalier de la RDC est caractérisé par la désintégration : dans la compétition pour s'accaparer des maigres ressources financières, les hôpitaux aux différents niveaux, font la même chose et de surcroît font concurrence aux centres de santé.

L'offre des services de santé en RDC, est à l'image de la situation sociopolitique d'un pays en post-conflit. Et comme, l'utilisation des services de santé reflète généralement la performance de ces derniers, la mauvaise qualité des services de santé disponibles a eu un effet très négatif sur son utilisation.

Le taux moyen de l'utilisation des services de santé, selon le rapport de « L'Etat Santé et Pauvreté en RDC⁶ (Banque mondiale, 2005) » est d'environ 0,15 (0.07 – 0.42) consultations par habitant et par an qui correspond à moins d'une consultation par personne tous les 6 ans. Ce taux a été mesuré sur une population qui représente environ 54% de la population totale de la RDC. Deux tiers des patients en RDC, ne recourent pas au système de santé formel pour obtenir des soins, soit parce que les services ne sont pas disponibles ou sont de mauvaise qualité quand ils existent, soit parce qu'ils n'ont pas de moyens (financiers) pour y accéder.

Selon une étude réalisée par l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, en 2003⁷, parmi les membres de familles qui sont tombés malades, 30% sont allés dans un centre de santé public ou confessionnel, 40% ont pratiqué l'automédication, 21 % n'ont reçu aucun traitement et 9% ont consulté un guérisseur traditionnel. Ceci correspond à environ 70% des malades qui n'ont pas accès aux services de santé modernes.

2.1.2. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique est dominé par les maladies infectieuses, parasitaires et carencielles. La situation sanitaire se caractérise donc par une résurgence de certaines endémies autrefois contrôlées, et des poussées épidémiologiques sévères qui se manifestent principalement, dans les régions à forte concentration de populations déplacées.

Au cours de l'année 2007, plusieurs épidémies ont été enregistrées notamment celles de la fièvre hémorragique virale, le choléra, la poliomyélite, etc. Il est à noter par ailleurs, que la RDC vient à peine d'atteindre le seuil de l'élimination de la lèpre (moins de 1cas pour 10.000 habitants). Elle est onzième parmi les 22 pays qui supportent 80% du fardeau mondial de la tuberculose, avec une prévalence VIH chez les femmes enceintes stables, depuis plusieurs années, autour de 4%.

⁶ Rapport de l'état de santé et pauvreté en RDC, Banque mondiale 2005.

⁷ ESP Kinshasa, 2003.

Dans les villes de la RDC, on assiste à une modification du profil épidémiologique. Aux pathologies tropicales classiques sont associées des maladies qui présentent plus de similitudes avec les pathologies de l'Occident : problèmes cardio-vasculaires, cancers... Les moyens de détection plus accessibles et plus performants, ainsi que le changement de mode de vie ne sont pas étrangers à ce phénomène. Les situations d'urgence suite aux catastrophes naturelles et conflits sociaux, ont été très préoccupantes, au cours des ces dernières années.

Les enquêtes rétrospectives sur la mortalité, font apparaître des taux de mortalité élevés. Le ratio de mortalité maternelle qui était de 850 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1985, est passé à 1.289 décès, pour 100.000 naissances vivantes en 2001, pour redescendre à 590 décès pour 100.000 naissances vivantes. La mortalité infanto juvénile est quand à elle, passée de 192 et 220 décès pour 1000 naissances vivantes, entre 1990 et 2001. La dernière enquête démographique fait état d'un indice de mortalité infanto-juvénile, de 142 décès pour mille naissances vivantes⁸.

2.3 SANTÉ ET DÉFIS DE DÉVELOPPEMENT

2.1.1. Défis de la SCP1

Les principaux défis auxquels devait faire face la stratégie précédente de coopération entre l'OMS et la RDC étaient les suivants :

- 1) Rebâtir un système de santé capable de répondre aux besoins des populations sortant de plusieurs années de crise (conflits, catastrophes);
- 2) Améliorer la capacité de gestion de l'ensemble du système de santé, selon un modèle décentralisé;
- 3) Formuler et/ou renforcer et surtout vulgariser les politiques et stratégies dans certains domaines spécifiques;
- 4) Réduire l'excès de mortalité notamment, par la mise en œuvre de programmes performants de lutte contre la maladie;
- 5) Faire face efficacement, aux urgences y compris la gestion de l'action humanitaire.

Pour relever ces défis et au regard des orientations globales et régionales de l'OMS, les axes stratégiques suivants avaient été retenus :

- 1) Appui institutionnel à la gestion du secteur santé ;
- 2) Développement des services de santé ;
- 3) Développement d'environnements favorables à la santé ;
- 4) Gestion des urgences et de l'action humanitaire.

Dans la mise en œuvre des activités relatives à ces axes stratégiques, il avait été recommandé qu'une attention particulière soit accordée au développement du partenariat, en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) notamment, la réduction de la mortalité maternelle et infantile et l'impact lié au VIH/Sida, au paludisme et à d'autres maladies (objectifs 4, 5 et 6).

⁸ EDS, Ministère de Plan 2008.

2.1.2. Bilan de la mise en œuvre de la SCP1

La SCP 1 couvrant la période allant de 2002 à 2005, à proprement parler, n'a pas été mise en œuvre, en raison d'une part, de ce que le document n'a été validé qu'à la fin de la période de mise en œuvre, et d'autre part, de nombreux conflits enregistrés qui ont été une entrave sérieuse à son fonctionnement. L'OMS a cependant réalisé, pendant la période couverte par la SCP 1, et dans une approche traditionnelle, deux exercices biennaux (2002 – 2003 et 2004 – 2005).

Les domaines d'activités couverts étaient les suivants :

- 1) Action sanitaire, en cas de crise ;
- 2) Promotion de la santé ;
- 3) HIV/sida;
- 4) Paludisme ;
- 5) Tuberculose ;
- 6) Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication;
- 7) Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles ;
- 8) Tabac;
- 9) Santé mentale et toxicomanie ;
- 10) Pour une grossesse à moindre risque ;
- 11) Développement durable ;
- 12) Nutrition ;
- 13) Salubrité des aliments ;
- 14) Sécurité transfusionnelle et technologie clinique ;
- 15) Organisation des services de santé ;
- 16) Santé de la femme ;
- 17) Santé de l'enfant et de l'adolescent ;
- 18) Surveillance et réponse aux maladies transmissibles ;
- 19) Santé et environnement ;
- 20) Vaccination et mise au point des vaccins.

initiiée au niveau du ministère de la santé, sur la nécessité de renforcer le système de santé pour la prise en charge de l'ensemble des problèmes de santé. Cette réflexion a abouti à la publication par le ministère de la santé, de la SRSS, adoptée par les partenaires du secteur de la santé, lors de la revue annuelle du secteur de santé, tenue en février 2006.

L'OMS (le bureau de pays de l'OMS), en étroite collaboration avec le siège (HQ) et avec le Bureau régional (AFRO), a été l'un des acteurs les plus importants, dans le processus d'élaboration de la SRSS et demeure un des acteurs importants du processus de réforme en cours, dans le secteur de la santé. A ce titre, elle apporte un appui technique indispensable à l'audit institutionnel des niveaux central et intermédiaire qui s'inscrit dans la réforme globale de l'administration publique. L'OMS apporte également une assistance technique spécifique, au ministère de la santé dans l'estimation du coût du PMA et du PCA. Cette étude est effectuée par la DEP, à l'aide du logiciel IHTP et avec l'accompagnement technique du personnel du siège, de l'OMS.

L'OMS joue un rôle des plus déterminants, dans la détection et la riposte aux épidémies. À cet effet, l'OMS a déployé, à travers toutes les provinces, un réseau de médecins épidémiologistes qui viennent en appui aux services du ministère de la santé. L'OMS joue aujourd'hui, un rôle essentiel dans la coordination des interventions humanitaires dans le secteur de la santé et permet de combler les lacunes là où cela s'est avéré nécessaire. Pour ce qui est de la lutte contre les grandes endémies, à côté du Royaume de Belgique, l'OMS a apporté un appui important à la lutte contre la THA. L'OMS a par ailleurs, mobilisé, à travers APOC, l'appui indispensable à la lutte contre l'onchocercose.

2.1.3. Gaps en matière de mise en œuvre de la SCP1

Les interventions réalisées pendant la période de réalisation de la SCP1, n'ont couvert que partiellement les quatre axes retenus. La plupart des domaines retenus, dans le cadre de la SCP1, devront de ce fait, être reconduits dans le cadre de la mise en œuvre de la présente stratégie de coopération.

2.1.4. Défis de la SCP2

Les situations d'urgence qui ont prévalu ces dernières années, font que la RDC est toujours dans une phase de transition et en particulier dans sa partie orientale.

Les défis actuels auxquels le secteur de la santé doit faire face, sont les suivants :

- 1) Rebâtir un système de santé à même de répondre aux besoins des populations sortant de plusieurs années de crise (conflits armés, catastrophes naturelles, etc.) conformément aux différents axes de la SRSS, adoptée, en 2006 ;
- 2) Mettre en place un système de financement permettant l'équité dans l'accès aux soins, et utilisant des manuels de procédures harmonisées ;
- 3) Améliorer la capacité de gestion de l'ensemble du système de santé, en conformité avec la nouvelle Constitution qui instaure la décentralisation avec des compétences propres aux différents niveaux du pays ;
- 4) Formuler et/ou renforcer, surtout vulgariser les politiques et stratégies, dans certains domaines stratégiques ;
- 5) Réduire l'excès de morbidité et de mortalité notamment, par la mise en œuvre des programmes intégrés et performants de lutte contre la maladie et de prise en charge des problèmes de santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant ;
- 6) Faire face efficacement, aux urgences, y compris la gestion de l'action humanitaire et des violences sexuelles ;
- 7) Renforcer le leadership du ministère de la santé, dans un contexte de partenariat multiple.

SECTION 3

AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

3.1 TENDANCES GÉNÉRALES DE L'AIDE À LA SANTÉ

La plupart des financements internationaux, au secteur de la santé, en RDC, ont un caractère extra budgétaire et sont de ce fait, difficiles à circonscrire. Globalement, l'aide publique au développement (APD), reçue par la RDC, a considérablement augmenté, au cours des dernières années. L'appui des bailleurs de fonds internationaux aux programmes de santé et de lutte contre le VIH/Sida, y compris les projets humanitaires, était estimé à 117 millions de dollars (2,3 \$ US/hab.), en 2003, et a augmenté régulièrement, pour atteindre un montant estimé à 302 millions de dollars (4,3 \$ US/hab.), en 2006. Les projections pour les années 2008, 2009 et 2010 montrent une tendance à la réduction de l'APD et sont respectivement de 251,249 et 226 millions de dollars américains.

La part de financement de la santé, sur le budget de l'Etat, augmente de façon absolue, depuis 2001. Il est passé respectivement, de 3 millions de dollars américains en 2001, à 42 millions en 2003, puis, à 89,4 millions de dollars, en 2006. Cette contribution représente respectivement, 1,3% du budget total en 2001 (0,05 \$ US/hab.), 5,5% (0,41 \$ US/hab.) en 2003 et 4% (0,81 \$ US/hab.) en 2006. On note, en 2008 une réduction aussi bien en terme absolu que relatif. En effet, le montant alloué au secteur de la santé, est d'environ 70 millions de dollars. Cette somme ne représente que 2,5% du budget.

3.2 PRINCIPAUX PARTENAIRES ET DOMAINES D'INTERVENTION, DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les tableaux en annexe 1 et 2, reprennent les contributions de différents partenaires, les domaines et les zones d'intervention.

3.2.1 *Partenaires multilatéraux*

La Banque mondiale dans le cadre du PMURR, a alloué au secteur de la santé de la RDC, une enveloppe de 49 millions de dollars US dont 44 sous forme de don, dans le cadre du prêt IDA. Le nouveau Projet d'Appui à la Réhabilitation du Secteur Santé (PARSS), en cours a une enveloppe globale de 150 millions de dollars US.

La Banque africaine de Développement, depuis la reprise de sa coopération structurelle avec la RDC, a octroyé un montant de 5 millions de dollars US aux infrastructures de 6 zones de santé et 8 banques de sang à Kinshasa. Actuellement, un projet de 38 millions de dollars US pour l'appui au plan directeur du ministère de la santé et spécifiquement pour la construction des infrastructures sanitaires en Province orientale, connaît un grand retard de démarrage.

L'Union européenne à travers son programme humanitaire ECHO (appui aux zones de santé, lutte contre le sida, sécurité transfusionnelle, eau et assainissement, approvisionnement en médicaments et aide d'urgence) et à travers le Programme Santé du FED 9 (appui de 74 ZS dans les deux Kasa, la province du Nord Kivu et la Province orientale et un appui institutionnel au niveau central et au niveau intermédiaire, approche contractuelle, médicaments et stratégies de financement innovatrices) finance également le secteur de la santé. Le montant global du projet du Programme Santé de FED 9 s'élève à 80 000 000 •.

GAVI appuie considérablement le Programme Elargi de Vaccination (PEV), principalement, pour le Soutien au Service de Vaccination (SSV : 5.537.260 USD pour 2008 et 2009) et pour les nouveaux vaccins, à savoir le vaccin anti amaril (VAA), le vaccin contre l'hépatite virale B (HepB) et le vaccin contre les infections à haemophilus influenza type b (Hib) pour un montant de 45.011.026 USD (2008 et 2009). Et depuis 2007, un appui considérable de 56.812.806 USD a été alloué pour le renforcement du système de santé, pour une durée de 4 ans. La RDC est parmi les premiers pays à bénéficier des fonds GAVI pour l'appui à la société civile. GAVI a alloué une enveloppe de 5.666.522 USD pour l'appui à la société civile, pour une période de 2 ans (2008-2009).

Le FM a financé la lutte contre la tuberculose (7 973 004 USD pour 3 ans), VIH/Sida (113 946 000 USD pour 5 ans) et paludisme (53 936 000 USD pour 5 ans). Ce financement renforcera considérablement la lutte contre ces maladies, durant les trois ans à venir.

L'UNICEF intervient essentiellement dans les communautés, pour la survie de l'enfant et de la femme, la protection des groupes vulnérables, développement et éducation. Le montant total des dépenses projetées pour la période de 2008 à 2010 s'élève à 84.300.000 USD dont 5.100.000 pour la lutte contre le VIH.

Le FNUAP appuie essentiellement la santé reproductive et la lutte contre les violences sexuelles. Le montant total des dépenses projetées, pour la période de 2008 à 2010, s'élève à 14.400.000\$.

L'OMS a financé ces quatre dernières années, les activités dans le secteur de la santé, avec des fonds volontaires pour environ 20.000.000\$ par an dont l'essentiel est consacré à la vaccination et à l'action humanitaire, en situation d'urgence. L'OMS a par ailleurs mobilisé, à travers APOC, l'appui indispensable à la lutte contre l'onchocercose.

3.2.2 Partenaires bilatéraux

Le Royaume de Belgique finance la revitalisation des 44 anciennes ZS (via les ONG et en coopération directe) et appuie, depuis plus de cinq ans, le fonctionnement de la Direction d'Études et Planification ainsi que celui des programmes spécialisés, notamment, ceux de lutte contre la trypanosomiase, la tuberculose et le VIH/Sida.

La coopération canadienne finance depuis quatre ans, un projet de développement des zones de santé, dans la périphérie de la ville de Kinshasa. Le montant alloué entre 2005 et 2007, se chiffre à près de 3.400.000\$

La Coopération française a appuyé la surveillance épidémiologique, la lutte contre la trypanosomiase et le laboratoire.

Les Etats Unis d'Amérique à travers l'USAID, le CDC et l'Église du Christ, au Congo, a fourni un appui pour le développement de 80 zones de santé (environ 30 millions USD). Les prévisions d'appui, pour la lutte contre le sida entre 2008-2010, s'élèvent à 32.700.000\$.

L'appui de la Coopération allemande est axé sur la sécurité sanguine, la lutte contre le VIH/Sida et l'appui à la zone de santé rurale de Kenge.

3.2.3 Organisations non gouvernementales et autres institutions

Plusieurs organisations non gouvernementales (ONG), aussi bien celles de droit congolais que celles de droit étranger et en particulier des ONG européennes et nord américaines, opèrent dans le secteur de la santé, en RDC. Les ONG de droit congolais sont regroupées au sein du Conseil national des ONG de la Santé (CNOS). Il est à signaler que plus de la moitié des ONG enregistrées opèrent dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida. Très peu d'ONG exécutent des programmes sur fonds propres.

3.3 MÉCANISMES DE COORDINATION

La multiplicité des intervenants dans le secteur de la santé, les besoins en assistance, au regard de la faiblesse des ressources allouées par l'Etat, au secteur de la santé, dans le cadre du budget, l'étendue du territoire, nécessitent des mécanismes adaptés de coordination. La RDC n'est pas le seul pays confronté à la multiplicité des acteurs et partenaires internationaux. C'est ainsi que la RDC s'est inscrite dans la logique de nouveaux mécanismes développés sur le plan international, à cette fin. Parmi ces mécanismes on peut retenir les stratégies de réduction de la pauvreté et les approches sectorielles. Dans le domaine de la santé, une avancée significative est enregistrée vers une approche sectorielle. L'expérience de l'appui GAVI au PEV, a auguré d'une nouvelle voie de partenariat entre les agences de développement, le Gouvernement et la société civile. Le financement de GAVI au renforcement du système de santé ne fera que consolider cette expérience.

A ce jour, plusieurs mécanismes de coordinations existent encore parmi lesquels : le CCM ou mécanisme de coordination pour la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme, les différents groupes thématiques.

Des mécanismes de coordination propres aux partenaires, existent également : le Groupe inter bailleurs pour la Santé (GIBS), la coordination des agences du système des Nations Unies, etc.

La conjoncture favorable liée à la mise en place de nouvelles institutions issues des élections de 2006, devrait donner au Ministère de la santé, la force de reprendre son leadership, dans la coordination et de redynamiser les outils définis dans la politique sectorielle, à savoir : le Comité national de Pilotage (CNP), les Comités provinciaux de Pilotage (CPP), le Conseil d'Administration des zones de santé (CODA) et les Comités de Santé (COSA) au niveau des aires de santé.

La nouvelle stratégie de coopération devrait aider la RDC à relever le défi de la coordination des interventions, dans le secteur de la santé.

SECTION 4

CADRE DE POLITIQUES INSTITUTIONNELLES DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

L'OMS a opéré et continue d'opérer de profondes transformations dans sa façon de travailler, l'objectif ultime visé étant d'améliorer sa performance au titre de l'appui aux États membres dans leurs efforts pour s'attaquer aux principaux défis qui se posent dans les domaines de la santé et du développement, et de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé. Ce processus de transformation organisationnelle s'appuie sur le cadre global de la stratégie institutionnelle de l'OMS⁹.

4.1 BUT ET MISSION

La mission de l'OMS reste «d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible» (article 1 de la Constitution de l'OMS). La stratégie institutionnelle, le onzième programme général de travail, 2006-2015¹⁰ et les orientations stratégiques de l'action de l'OMS, dans la Région africaine 2005-2009,¹¹ définissent les principales actions que l'OMS entend mettre en œuvre pour maximiser sa contribution à l'amélioration de la santé. L'Organisation s'attache en effet, à renforcer son rôle directeur, dans le domaine de la santé, aussi bien sur le plan technique que sur celui des politiques, tout comme ses capacités gestionnaires, afin de répondre aux besoins des États membres, notamment pour ce qui est de la réalisation des objectifs du Millénaire, pour le développement (OMD).

4.2 FONCTIONS ESSENTIELLES

L'action de l'OMS est guidée par les six fonctions essentielles suivantes, sur la base de son avantage comparatif¹² :

- 1) Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels, pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- 2) Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles ;
- 3) Fixer des normes et des critères, et en encourager et suivre l'application ;
- 4) Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- 5) Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement, les capacités institutionnelles ;
- 6) Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances, en matière de santé.

⁹ OMS, EB105/3 Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.

¹⁰ Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

¹¹ Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009.

¹² Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

4.3 PROGRAMME MONDIAL D'ACTION SANITAIRE

Pour combler les lacunes en matière de justice sociale, de responsabilité, de mise en œuvre et de connaissances, dans le domaine de la santé, le programme mondial d'action sanitaire identifie les sept domaines prioritaires suivants :

- 1) Investir dans la santé pour réduire la pauvreté ;
- 2) Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ;
- 3) Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux, liés à la santé ;
- 4) Influencer sur les déterminants de la santé ;
- 5) Renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ;
- 6) Exploiter le savoir, la science et la technologie ;
- 7) Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

Par ailleurs, le Directeur général de l'OMS, a proposé d'inscrire les six points suivants, au programme de l'Organisation :

- 1) Développement sanitaire ;
- 2) Sécurité sanitaire ;
- 3) Systèmes de santé ;
- 4) Données factuelles, à l'appui des stratégies ;
- 5) Partenariats ;
- 6) Améliorer la performance de l'OMS.

Le Directeur général a également indiqué que l'action de l'Organisation devrait être jugée d'après son effet sur la santé des femmes et celle des populations africaines.

4.4 PRIORITÉS AU NIVEAU MONDIAL

Le onzième programme général de travail fixe les priorités suivantes, au niveau mondial¹³ :

- 1) Apporter un appui aux pays, pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique ;
- 2) Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde ;
- 3) Concevoir des mesures durables, dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé ;
- 4) Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique, sous la direction renforcée des ministères de la santé ;
- 5) Renforcer le rôle directeur de l'OMS, aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.

¹³ Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.

4.5 PRIORITÉS AU NIVEAU RÉGIONAL

Les priorités établies au niveau régional, tiennent compte des documents d'orientation au niveau mondial, et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des objectifs du Millénaire pour le développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé par les Chefs d'État de l'Union africaine, et des objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le plan stratégique, à moyen terme (PSMT) 2008-2013. Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine 2005-2009». Elles portent notamment, sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; la survie de l'enfant et la santé maternelle ; l'action humanitaire en situation d'urgence ; la promotion de la santé ; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé. Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement ; la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition ; les systèmes de santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires) : la gouvernance et les partenariats ; et la prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays, un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé et s'attaquer à la crise des ressources humaines. En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification de meilleures voies et moyens, de mobiliser des fonds pour aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes. Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui inter pays pour mieux aider les pays, dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes¹⁴ :

- 1) Renforcement des bureaux de pays, de l'OMS ;
- 2) Amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats, pour la santé ;
- 3) Fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé, de district ;
- 4) Promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles, liées aux problèmes de santé prioritaires ;
- 5) Intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action, sur les principaux déterminants de la santé.

¹⁴ Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, Orientations stratégiques 2008-2013, paragraphe 28.

4.6 RENFORCER L'EFFICACITÉ DE L'ACTION DE L'OMS, AU NIVEAU DES PAYS

Au niveau des pays, les stratégies OMS de coopération avec les pays, déboucheront sur des résultats qui varieront d'un pays à l'autre, en fonction du contexte spécifique, du pays et des défis en matière de santé. Cependant, en s'appuyant sur le mandat de l'OMS et sur son avantage comparatif, les six fonctions essentielles de l'Organisation, présentées au point 4.2 ci-dessus, pourraient faire l'objet d'ajustements en tenant compte des besoins individuels des pays.

SECTION 5

COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS AVEC LA RDC

5.1. PRÉSENCE DE L'OMS DANS LE PAYS

La République démocratique du Congo est devenue membre de l'OMS, le 24 février 1961, après la signature de l'Accord de base régissant la coopération entre la RDC et l'OMS. L'Accord de base a été par la suite, réactualisé par un document signé respectivement, le 22 avril 1977 à Kinshasa, par le Commissaire d'Etat à la santé publique et le 29 avril 1977, à Brazzaville, par le Directeur régional de l'OMS, pour l'Afrique.

La présence de l'OMS en RDC, a connu une évolution appréciable depuis 1961, caractérisée par deux phases distinctes. De 1961 à 1994, à l'instar de tous les pays de la Région africaine, le Bureau de la Représentation couvrait toute l'étendue du territoire national, à partir de sa base de Kinshasa. Depuis 1994, la structure du Bureau de la Représentation est décentralisée avec l'ouverture progressive des antennes au niveau des provinces du pays, rapprochant ainsi l'Organisation de la base opérationnelle. Avec la mise en œuvre des activités de surveillance PFA du Programme PEV, la présence de l'OMS s'est aussi étendue jusqu'au niveau de certains Districts de la RDC.

5.2. INTERVENTIONS DE L'OMS

Sur la base du 11^{ème} Programme Général de Travail 2006 – 2015, l'OMS s'est dotée d'un plan stratégique, 2008 – 2013. C'est de ce plan stratégique que découlent les budgets programmes pour les différents exercices biennaux. Les activités à réaliser, sont à organiser autour des priorités et de 13 objectifs stratégiques communs et des résultats escomptés qui ont été définis en tenant compte des enseignements tirés du passé et qui forment la structure programmatique. Cette structure programmatique qui se veut plus souple, prend en compte les besoins des Etats membres.

Les crises successives que le pays a vécues depuis son indépendance et les déséquilibres observés sur différents plans, du fait que la RDC se trouve encore en phase de transition, c'est-à-dire, entre l'urgence et le développement, influencent profondément la stratégie de coopération de l'OMS avec la RDC, de même que ses programmes d'appui, au pays.

Les activités de l'OMS se sont particulièrement intensifiées ces dernières années, avec les interventions massives de l'Organisation, dans le domaine des urgences et de l'action humanitaire et celui relevant de la surveillance des PFA. Un accent particulier est également mis sur la surveillance épidémiologique ainsi que la prise en charge des victimes des violences faites à l'être humain. L'analyse faite sur les ressources mobilisées montre que la part réservée au financement de l'organisation des services de santé, a évolué respectivement de 0,6% à 2,4%, de 2002 à 2007.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de coopération de l'OMS avec la RDC, des efforts seront fournis pour réduire la tendance d'une planification des interventions par domaines d'activités. Même si cette structure de planification faciliterait l'affectation des ressources, elle comporte le risque de fragmentation des interventions et limite les possibilités de collaboration au sein de l'organisation. La coopération de l'OMS sera menée dorénavant en tenant compte de l'approche sectorielle élargie qui est en train de se mettre en place avec le soutien de l'ensemble des partenaires au développement sanitaire, conformément aux différents engagements internationaux parmi lesquels la déclaration de Paris, sur l'efficacité de l'aide au développement.

5.3 ACTIVITÉS MENÉES EN COLLABORATION AVEC D'AUTRES AGENCES DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES

Il est rare qu'une seule intervention ou l'action d'une seule organisation permette d'arriver aux résultats souhaités, en santé. L'OMS a développé et continuera à développer un large partenariat avec les autres acteurs et en particulier les agences du système des Nations Unies. Quelques éléments ci-dessous, illustrent ce partenariat :

- Le plan d'action humanitaire est élaboré chaque année, par tous les partenaires humanitaires y compris les agences du système des Nations Unies. L'OMS pilote le cluster santé dans le groupe des partenaires humanitaires.
- Le CAF a été élaboré avec les partenaires bi et multilatéraux en collaboration avec les agences du système des Nations Unies, pilotées par l'OMS.
- La riposte aux épidémies de polio virus sauvages, dans les différentes provinces s'effectue en étroite collaboration avec le gouvernement, appuyé essentiellement par l'OMS et l'UNICEF.
- La riposte aux épidémies de choléra, rougeole, FHV s'est effectuée généralement, en étroite collaboration avec les ONG de santé encadrées par l'OMS et l'UNICEF.
- La lutte contre les violences sexuelles s'effectue en partenariat entre l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF.

Par ailleurs, depuis 2000, la Mission de l'Organisation des Nations Unies en RDC, dénommée « MONUC » dirigée par un Représentant spécial du Secrétaire Général des Nations Unies, travaille à la restauration progressive de la paix et d'un état de droit, dans le pays.

Conformément à la résolution 1856 adoptée par le conseil de sécurité des Nations Unies, le 22 décembre 2008, la MONUC a pour mandat d'assurer :

- La protection des civils, du personnel humanitaire et du personnel et des installations des Nations Unies ;
- Le désarmement et la démobilisation des groupes armés étrangers et congolais ainsi que la surveillance des moyens dont ces groupes armés disposent ;
- La formation et l'accompagnement des FARDC à l'appui de la réforme du secteur de la sécurité ;
- La sécurité du territoire de la République démocratique du Congo ;
- Le soutien à l'équipe pays, des nations Unies et aux donateurs pour la consolidation des institutions démocratiques et de l'état de droit ; et ceci bien sûr en étroite collaboration avec les autorités congolaises.

En outre, les différents Chefs d'agences du Système des Nations Unies ont mis en place un « UN Country Team » en sigle « UNCT » pour faciliter la collaboration du Système des Nations Unies avec le gouvernement de la RDC. Cette nouvelle dynamique de coopération du Système des Nations Unies avec la RDC, permet d'assurer un appui aux actions humanitaires, au programme de transition vers le développement et aux actions de développement, en synergie avec la MONUC.

De plus, dans le cadre de la concentration progressive des activités de la MONUC dans la partie Est de la RDC, il est envisagé à terme, de transférer certaines missions et fonctions de la MONUC, aux agences du Système des Nations Unies, dans le pays.

5.4. ÉVOLUTION DES RESSOURCES DE L'OMS

5.4.1. Allocations budgétaires

L'intensification de l'action de l'OMS en RDC, pendant ces dernières années, se mesure également par l'évolution de son budget qui passe de 50 159 000 USD à 3 444 000 USD, pour le budget régulier et 46 715 000 USD pour les fonds volontaires, pour la période biennale, 2006-2007 à 70 505 991 USD (3 659 000 USD pour le budget régulier, et 66 846 991 USD provenant des fonds volontaires) pour le biennium 2008-2009.

Malgré l'augmentation relative des allocations budgétaires, entre les deux périodes biennales considérées (2006-2007 et 2008-2009), on observe cependant, que les budgets alloués à la RDC, ne sont pas en adéquation avec l'immensité du pays, le profond état de délabrement des infrastructures et l'ampleur des problèmes de santé à résoudre. De plus, ces différents budgets qui reposent entièrement sur la disponibilité des fonds volontaires, rendent la mise en œuvre des activités planifiées totalement dépendante des efforts de mobilisation des ressources, puisque le budget régulier pendant ces deux périodes biennales, est entièrement utilisé pour couvrir les salaires des membres du personnel et assurer le fonctionnement du Bureau.

5.4.2. Ressources humaines

Le Bureau de l'OMS en RDC, a connu un renforcement progressif de son équipe.

A la fin de l'année 2006, le Bureau comptait 224 agents répartis en 12 fonctionnaires internationaux et 212 nationaux. L'effectif était déséquilibré sur le plan genre, car on comptait seulement 25 femmes (11,16 %) contre 199 hommes (88,84 %). De même, on notait un manque d'équité par rapport aux types de contrat offerts aux agents : 28 contrats réguliers soit (12,5 %) contre 196 contrats temporaires (87,5 %). Enfin, en ce qui concerne la répartition géographique du personnel, on notait que 77 agents (34,4 %) étaient basés au niveau central de Kinshasa alors que 147 soit 65,6 %, opéraient au niveau des onze (11) Antennes provinciales et de la Base de Lisala. La situation à la fin de l'année 2007, faisait état d'un effectif de 228 personnes, toutes catégories confondues.

A la suite du processus de reprofiling, un plan des ressources humaines est élaboré pour couvrir les besoins en personnel, pour la période couverte par la nouvelle stratégie de coopération (de 2008 à 2013). Ce plan prévoit la redistribution du personnel dans les 26 provinces, telles que déterminées dans la Constitution de la RDC ; elle est entrée en vigueur depuis 2006. Il se dégage de ce fait, 57 postes à pourvoir au fur et à mesure que les fonds seront rendus disponibles.

Le reprofiling a permis de mettre en place un nouvel organigramme (annexe3) fonctionnel, calqué sur le modèle de celui du Bureau régional et regroupant tous les programmes du Bureau en six Coordinations principales :

- a) Système de santé ;
- b) Lutte contre la maladie ;
- c) Lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme ;
- d) Santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant ;
- e) Urgences et environnement durable ;
- f) Administration et finances.

Le défi majeur pour la mise en œuvre effective, de cet organigramme, est d'obtenir les financements requis, permettant de créer certains postes importants, prévus dans ce nouveau cadre organique.

De plus, reconnaissant, d'une part, la nécessité de tirer les leçons de l'expérience des soins de santé primaires, depuis la Déclaration d'Alma Ata de 1978, et la Déclaration du Millénaire pour le Développement de 2000; et d'autre part, la pertinence des 4 grandes orientations politiques contenues dans le Rapport sur la santé dans le monde 2008, le Bureau pays de l'OMS, en RDC veillera à ce que l'OMS reflète les valeurs et les principes de la Déclaration d'Alma Ata, dans ses activités et à ce que les efforts institutionnels d'ensemble de tous les programmes, contribuent au renouvellement des soins de santé primaires.

A cet effet, les équipes OMS déployées en provinces, ne devront plus se concentrer de manière prioritaire sur les activités en rapport avec l'éradication de la poliomyélite et la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, elles devront aussi apporter un appui décentralisé aux gouvernements provinciaux, pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé et des plans sanitaires, des provinces.

Par ailleurs, l'OMS devra favoriser l'alignement et la coordination des interventions mondiales, en faveur du renforcement des systèmes de santé, en les fondant sur l'approche des soins de santé primaires, en collaboration, bien sûr, avec le Gouvernement de la RDC et les autres bailleurs de fonds, membres du GIBS. Cet effort de se conformer à la déclaration de Paris, sur l'efficacité de l'aide, devra se matérialiser notamment, par la mise en place des structures de coordination unifiées, par l'harmonisation des procédures de gestion et par la mise en place des mécanismes fiables de gestion des ressources financières mobilisées.

5.5. APPUI DU SIÈGE ET DU BUREAU RÉGIONAL

5.5.1. Appui du Siège

Le siège s'occupe des questions de portée mondiale et apporte un appui stratégique et financier. Il s'articule autour de certains domaines spécifiques tels que la surveillance épidémiologique, y compris la surveillance PFA, la réforme du système de santé, l'audit institutionnel du Ministère de la Santé, la mise en œuvre des politiques de santé, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, ainsi que les maladies tropicales négligées. Le Siège développe de nombreuses activités de mobilisation des fonds, au niveau global qu'il met à la disposition du Bureau de pays.

5.5.2. Appui du Bureau régional et de IST/Libreville

L'appui du Bureau régional fourni à travers l'IST/Libreville, est d'ordre technique et financier. Il consiste principalement, en la mise à disposition du Bureau de la Représentation des documents d'orientation et des directives stratégiques permettant la mise en œuvre harmonieuse, des activités. Il se fait également par des missions de consultation du personnel du Bureau régional et de l'IST/Libreville ainsi que par l'organisation des réunions d'échange et de dissémination des informations. Le Bureau régional et l'IST/Libreville assistent le Bureau de pays dans l'élaboration des projets visant la mobilisation des ressources au niveau local, régional et global. Enfin, ils participent au financement des activités mises en œuvre, au niveau du pays.

SECTION 6

AGENDA STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION OMS – RDC

L'analyse de la situation, indique que la RDC est dans une phase de transition avec une phase humanitaire dans sa partie Est, et une phase de développement dans sa partie Ouest. La crise va certainement se poursuivre dans la partie orientale du pays, pendant quelque temps encore. Les priorités pour le Gouvernement de la RDC, les prochaines années, seront consacrées à la reconstruction du pays, portée par les « cinq chantiers de la république » et plus particulièrement, en ce qui concerne le secteur Santé, à l'opérationnalisation de la stratégie de renforcement de son système de santé.

L'OMS qui joue un rôle important de coordination et d'appui technique avec les partenaires, dans le domaine de la santé, et des actions humanitaires, devra jouer un rôle plus stratégique, dans les années à venir, en fonction des besoins du pays, sur la base d'un partenariat dynamique.

C'est dans cette nouvelle perspective, qu'en se basant sur les fonctions essentielles de l'OMS d'une part, et d'autre part, en insistant sur la nécessité de mettre en œuvre la déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique, et au regard des axes stratégiques retenus, les actions prioritaires sur lesquelles seront focalisées les interventions, au cours des six prochaines années (2008-2013) sont les suivantes :

Appui institutionnel au ministère de la santé

6.1 FORMULATION/RÉVISION DES POLITIQUES NATIONALES DE SANTÉ

Les problèmes structurels que connaît le pays, constituent un obstacle à la mise en œuvre des politiques et stratégies existantes. A ceci, il faut ajouter le fait que la nouvelle Constitution de la RDC, consacre une forte décentralisation avec des compétences propres, aux différents niveaux du pays. Ce deuxième élément exige une actualisation du cadre législatif et normatif. L'OMS apportera son appui pour la formulation et la révision d'un certain nombre des textes législatifs et réglementaires ainsi que la révision de la structure organique du ministère de la santé.

6.1.1 Révision du cadre juridique et stratégique :

- Loi cadre sur la santé ;
- Loi sur le financement du système de santé ;
- Loi sur la réforme hospitalière ;

- Mise à jour du cadre stratégique de partenariat public et privé ;
- Mise en œuvre du règlement sanitaire international ;
- Actualisation de la Politique nationale de Santé (PNS), du Plan de Développement sanitaire (PDS) et des normes et guides techniques.

6.1.2 Révision de la structure organisationnelle du ministère de la santé

L'OMS poursuivra son appui au ministère de la santé, dans l'organisation de l'audit institutionnel de son administration et la mise en œuvre de la nouvelle structure institutionnelle.

6.1.3 Renforcement de la production d'informations sanitaires de qualité

L'OMS appuiera le Ministère de la Santé à l'évaluation de son système d'information sanitaire, à l'aide de l'outil HMN afin de produire un plan stratégique de renforcement du SNIS prenant en compte la mise en place de l'observatoire du système de santé. Une attention sera portée sur la publication de l'information disponible, sous forme de bulletins périodiques ou annuaires statistiques. La production des bases factuelles sur la mise en œuvre de la SRSS, constituera également une priorité

6.2 RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

6.2.1 Renforcement des capacités managériales et techniques aux différents niveaux

L'OMS ciblera son appui sur :

- 1) Formation des équipes cadres des zones de santé en management et organisation des services de santé (avec un accent particulier sur : management, planification, supervision) ;
- 2) Fonctionnement optimal des comités de pilotage national et provinciaux : rationalisation des ressources humaines, estimation des coûts des services de santé, élaboration du plan pluriannuel.

6.2.2 Renforcement de la capacité nationale, pour la gestion des ressources humaines

L'OMS apportera son appui au ministère de la santé dans les autres aspects du processus de réforme, visant essentiellement, l'amélioration de la qualité des ressources humaines. C'est ainsi que l'OMS participera au processus d'élaboration du plan de développement des ressources humaines pour la santé et à la définition des critères d'accréditation des institutions de formation du personnel de santé de niveau secondaire et de niveau supérieur et universitaire, en partenariat avec le ministère de l'enseignement supérieur.

6.2.3 Appui à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale

Les actions de l'OMS, dans le domaine du médicament, consisteront à apporter un appui au renforcement du système réglementaire pharmaceutique, à la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments, à la mise en place d'un système de pharmacovigilance fonctionnel, à l'amélioration de l'accessibilité aux médicaments essentiels et à l'amélioration de la qualité des médicaments.

6.2.4 Appui à la relance des soins de santé primaires

L'OMS apportera un appui technique au développement des zones de santé, au processus de définition et actualisation du PMA et PCA, d'analyse des capacités des zones de santé à mettre en œuvre les interventions prioritaires et à l'analyse des progrès en appuyant les revues sectorielles périodiques.

6.3 SANTÉ DE LA FEMME, DE L'ADOLESCENT ET SURVIE DE L'ENFANT

Une attention particulière se portera sur l'appui :

- 1) A l'actualisation/élaboration des documents normatifs, relatifs à la santé de la femme, à travers tout le cycle de la vie, de l'adolescent et de l'enfant ;
- 2) Au renforcement du système de santé, pour assurer des soins de qualité, à la fois accessibles, dispensés en temps opportun et d'un coût abordable, et répondant aux besoins de santé de la femme, de l'adolescent et de l'enfant ;
- 3) A l'intégration des stratégies sur la santé de la femme, de l'adolescent et la survie de l'enfant, dans le cursus de formation, en médecine et en sciences infirmières ;
- 4) Au développement d'un partenariat efficace, sur la SMNE

6.3.1 Santé de la femme

L'OMS va notamment :

- 1) Appuyer la mise en œuvre de la feuille de route, pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, en assurant le renforcement du partenariat et le plaidoyer, pour la mobilisation des ressources ;
- 2) Aider à améliorer l'accès aux soins de qualité, en particulier les soins obstétricaux d'urgence ;
- 3) Réorienter le système de santé, de manière à offrir des services de santé répondant aux besoins spécifiques des femmes, en matière de santé, y compris les services de planification familiale et les problèmes de violences sexuelles et toutes autres formes de violence envers la femme ;
- 4) Assurer le plaidoyer pour la reformulation des lois et la révision de la législation, protégeant la santé et les droits de la femme.

6.3.2 Santé de l'adolescent

L'OMS va appuyer la mise en œuvre des standards de services de santé, adaptés aux adolescents et aux jeunes.

6.3.3 Survie de l'enfant

L'appui de l'OMS ciblera notamment :

- 1) Le renforcement du partenariat sur la survie de l'enfant ;
- 2) le plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- 3) L'amélioration de l'accès aux soins de qualité ;
- 4) L'augmentation de la couverture des interventions essentielles pour la survie du nouveau-né et de l'enfant, y compris le VIH/Sida.

6.4 PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET NON TRANSMISSIBLES

En collaboration avec les autres agences du système des Nations Unies, l'OMS va contribuer à :

- 1) L'élaboration des documents stratégiques, sur la lutte contre le VIH/Sida : document sur la vision nationale sur la lutte contre le VIH/Sida ; plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida ;
- 2) L'appui institutionnel pour la coordination et l'harmonisation des interventions de lutte contre le paludisme, la TB et le VIH/Sida ;
- 3) L'intégration des activités de lutte contre les maladies (intégration du système de financement, système de gestion, système de suivi et évaluation) ;
- 4) La mise en place d'un système d'alerte efficace et de surveillance épidémiologique ;
- 5) L'appui aux travaux de recherche, en collaboration avec les institutions de recherche et d'enseignement ;
- 6) L'appui au Programme élargi de Vaccination (PEV) ;
- 7) Au renforcement de la lutte contre les maladies en voie d'éradication/élimination et des maladies tropicales négligées.

6.5 GESTION DES CONSÉQUENCES SANITAIRES DES URGENCES ET DES CATASTROPHES

La RDC connaît en permanence, des situations d'urgence provoquées par l'homme et des catastrophes naturelles (conflits armés, glissements de terrain, érosion, inondations, éruptions volcaniques), sur un terrain fragilisé par de nombreuses épidémies (fièvres hémorragiques, choléra, méningite, rougeole, monkey pox). Ces situations complexes sont souvent accompagnées de grands mouvements de populations (réfugiées et déplacées internes) affectant l'écosystème.

Le rôle de chef de file de l'OMS, dans la coordination du volet santé, en cas d'urgence, est reconnu par la plupart des partenaires. Il s'agira pour l'OMS, d'exercer les fonctions F5 et F4 essentiellement, et de consolider son rôle technique, dans les aspects suivants :

- 1) Appui dans l'élaboration de la politique nationale, en matière des urgences (documents cadres qui organisent les urgences) ;
- 2) Appui dans la mise en place des mécanismes pour la coordination des interventions des urgences et actions humanitaires (épidémies, catastrophes, etc.) ;
- 3) Appui dans l'élaboration des plans de contingence de la prise en charge des urgences et catastrophes, y compris les épidémies des maladies émergentes.

6.6 PROMOTION DE LA SANTÉ

Les stratégies de promotion de la santé, doivent être élaborées et mises en œuvre dans le cadre du processus plus général de la réforme du secteur de la santé, pour permettre aux individus, aux familles et à la population en général, d'avoir davantage de maîtrise sur leur propre santé et d'avoir davantage de moyens pour l'améliorer.

L'OMS encouragera les initiatives visant à :

- 1) L'identification, la prévention et la réduction des facteurs de risque;
- 2) L'élaboration des politiques favorables à la santé;
- 3) Au renforcement de l'action communautaire, notamment par la promotion des comportements et modes de vie favorables à la santé.

SECTION 7

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME STRATÉGIQUE

7.1 RESPONSABILITÉ DANS LA MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

La stratégie de coopération de l'OMS avec la RDC 2008 – 2013, sera mise en œuvre par le bureau de pays, dans le cadre des programmes biennaux. Il importe de souligner le fait que l'élaboration du budget programme, se fait dans un processus participatif (consultation) des trois niveaux de l'Organisation et des Etats membres « Une OMS ». Les orientations sont données par l'Assemblée mondiale et le Comité régional, sur base des priorités mondiales et régionales, adoptées respectivement, par l'Assemblée mondiale et le Comité régional. A l'issue de ce processus participatif, le document final est soumis au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale. Le budget programme qui constitue le plan d'action du secrétariat revêt un caractère stratégique.

Du fait que l'élaboration du budget programme se fait dans un processus participatif, la mise en œuvre du programme stratégique se fera de manière conjointe, avec l'ensemble de l'organisation, à travers les plans biennaux. Cette approche permettra de faire bénéficier au bureau pays, de l'expertise des autres niveaux.

7.2 RESPONSABILITÉ DU BUREAU PAYS

La stratégie de coopération 2008-2013 de l'OMS avec la RDC, sera mise en œuvre par le Bureau de pays, dans le cadre des programmes biennaux 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013.

7.3 RESPONSABILITÉ DU BUREAU RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE ET DU SIÈGE DE L'OMS

Le soutien du Bureau régional et du Siège sera requis en vue du financement du plan de mise en œuvre de l'agenda stratégique, et de l'accompagnement technique en fonction des besoins spécifiques du Bureau pays et conformément aux implications de l'agenda stratégique pour chacun des deux niveaux.

7.4 IMPLICATIONS DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE - IMPLICATIONS POUR LE BUREAU DE PAYS

Face à l'ampleur des tâches assignées au Bureau de pays, pour mettre en œuvre l'agenda stratégique, le renforcement de ses capacités s'avère indispensable, notamment, en termes de personnel, logistique, communication, d'information et de coordination.

Pour y parvenir, le Bureau devra :

- 1) Améliorer le fonctionnement des unités organiques par la mise en œuvre effective, du nouvel organigramme et la mise en valeur des compétences spécifiques de chaque fonctionnaire;
- 2) Elaborer des projets dans les domaines prioritaires et faire le plaidoyer pour mobiliser des ressources extrabudgétaires complémentaires ;
- 3) Former du personnel tant technique que des services généraux en vue de mieux répondre aux besoins du pays, renforçant ainsi le rôle et les fonctions de conseil technique de l'organisation ;
- 4) Renforcer la coordination interne, améliorer l'esprit d'équipe et partant les performances de l'ensemble de l'équipe ;
- 5) Publier régulièrement des bulletins d'information et produire d'autres supports de communication et d'information, afin de participer à une meilleure visibilité de l'action de l'Organisation ;
- 6) Faciliter le perfectionnement et les échanges inter pays pour les administrateurs de programmes, les réunions de l'Equipe de pays, les réunions thématiques et la circulation interne des rapports.

7.5 IMPLICATIONS POUR LE BUREAU RÉGIONAL

L'insuffisance de moyens au niveau du Bureau de pays, commande des actions de soutien, de la part du Bureau régional, conformément aux principes de collaboration au sein de l'Organisation. A cet effet, il s'avère indispensable que le Bureau régional apporte son soutien au Bureau de pays à travers :

- 1) La mobilisation et la mise à disposition du Bureau de pays, de ressources complémentaires ;
- 2) La formalisation des réunions de l'Equipe de pays, des réunions thématiques et de la circulation interne des rapports, ce qui contribuera au renforcement des compétences des administrateurs de programmes, notamment, en les invitant à participer aux ateliers destinés aux points focaux nationaux ;
- 3) L'organisation des briefings et de rencontres périodiques des administrateurs de programmes, afin d'améliorer les connaissances techniques, de renforcer les compétences et de créer des synergies entre les différents programmes interpays ;
- 4) La formalisation des réunions de l'Equipe de pays, des réunions thématiques et de la circulation interne des rapports, ce qui contribuera au renforcement des capacités techniques du Bureau chaque fois que possible, en vue de l'aider à s'adapter aux changements intervenant au niveau national, régional et international.

7.6 IMPLICATIONS POUR LE SIÈGE

Eu égard à l'existence d'une expertise reconnue, au siège de l'Organisation, au partage des responsabilités, à l'expérience et la facilité des contacts du Siège avec les bailleurs de fonds, il est attendu du Siège de :

- 1) Accroître la mobilisation de ressources et leur affectation prioritairement au pays, dans la perspective de l'initiative axée sur le pays ;
- 2) Fournir un appui technique en concertation avec le Bureau régional et le Bureau de pays ; et
- 3) Mettre à la disposition du Bureau de pays et dans des délais raisonnables, la documentation en langue française.

SECTION 8

MONITORAGE ET ÉVALUATION

L'OMS doit relever de nombreux défis dans sa propre gestion, pour être efficace dans la mise en œuvre de la nouvelle stratégie de coopération avec la RDC. Le cadre de gestion fondée sur les résultats et l'approche plus stratégique de la dotation en ressources qu'elle a adoptés, pose l'essentiel des fondements nécessaires pour y parvenir.

L'efficacité de la contribution de l'OMS au niveau général, est appréciée dans le cadre d'une évaluation de la performance effectuée tous les deux ans, en parallèle avec le budget programme. Au niveau du pays, le processus d'évaluation des plans opérationnels biennaux se faisant tous les 6 mois.

Le cycle de programmation est de deux ans (budget programme) soit : 2008-09 ; 2010-011 et 2012-2013, soit trois cycles de programmation pour la période couverte par la nouvelle stratégie de coopération. Il est à noter que le budget programme découle du Programme général de Travail. L'actuel Programme mondial d'action sanitaire est le 11^{ème} Programme général de travail et couvre la période de 2006-2015.

Au niveau du pays, le document de programmation est constitué par le plan de travail, document signé conjointement par le Ministre de la santé et le Directeur régional de l'OMS. De façon pratique, le suivi et évaluation du plan de travail se fait de la manière suivante:

- 1) Suivi semi annuel 1 (6^{ème} mois de la 1^{ère} année);
- 2) Revue à mi-parcours (fin de la 1^{ère} année);
- 3) Suivi semi annuel 2 (18^{ème} mois);
- 4) Evaluation finale (fin de la période biennale).

Des indicateurs appropriés seront formulés à partir des activités et des résultats contenus dans les différents plans de travail. Ces indicateurs seront utilisés au fil de temps, pour apprécier les niveaux d'exécution des activités ainsi que les taux de réalisation des résultats escomptés et ce, conformément au calendrier mentionné, ci-dessus :

CONCLUSION

Malgré quelques progrès réalisés dans le développement du système de santé de la RDC, de grands défis restent posés et constituent un handicap à une meilleure performance du système de santé.

Ainsi, il est plus qu'opportun que la continuité des appuis notamment techniques, du niveau régional et du siège, soit assurée ; en outre, il est crucial de renforcer les compétences nationales en quantité et qualité, dans les domaines identifiés au niveau des axes stratégiques.

Plusieurs opportunités s'offrent aujourd'hui à la RDC, à savoir l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE, estimée dans les prochains mois, libérant ainsi des ressources importantes, notamment pour le secteur de la santé; les discussions sont en cours pour la mise en œuvre de l'approche sectorielle dans le secteur de la santé.

De même, la coopération sud-sud devra être mise à contribution à travers l'échange d'expériences dans des domaines spécifiques, en tenant compte des avantages comparatifs des différents pays de la sous-région.

ANNEXES

ANNEXE 1

Programmes de santé sur ressources extérieures (2003 à 2007) et projections (2008-2010) : coopération bilatérale.

(en millions de dollars EU)	Programme	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	Appui au ministère central de la Santé	3,4	6,2	8	8,4	9,4	33,2	33,2	33,2
Belgique	Appui aux provinces	3,3	3,3	3,3	3,3	2,5	0	0	0
	Appui aux districts	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0	0	0
	Appui aux zones	7,4	8,7	8,7	9,1	10	0	0	0
	Humanitaire	0,8	2,3	4,9	5,4	0	0	0	0
Canada	Développement	0,2	0,9	1,1	1,2	1,1	0	0	0
	Humanitaire	3,8	0	0	1,4	0	0	0	0
Allemagne	Développement	0,9	0,7	0,3	0,3	0,4	0	0	0
	Humanitaire	0	0,5	0,7	1,2	0,7	0	0	0
	VH/SIDA	1,9	1,8	1,5	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
États-Unis	Grippe aviaire	0	0	0	1,2	0,2	0,2	0,2	0,2
	Paludisme	0,1	0	0,1	0	6,7	2,5	2,5	0
	Survie de l'enfant	10,2	8,1	8,5	8,6	8,7	8,7	8,7	8,7
	Maladies infectieuses	3,1	5,1	5,1	3,7	8,5	8,5	8,5	8,5
	Santé reproductive	1,3	4,9	4,8	5,8	4,9	4,9	4,9	4,9
	Vaccination	0	0	3,7	0	3,7	0	0	0
	Humanitaire	18,5	12,5	10,3	13,6	2,1	0	0	0
	VH/SIDA	5,8	5,8	7	7,2	10,9	10,9	10,9	10,9
	Développement	0	0	0	0	14	14	14	14
	Paludisme	0	6	9	0	0	0	0	0
Royaume-Uni	Humanitaire	3,9	3	10,6	8,6	0	0	0	0
Total		64,7	69,9	87,7	80,4	85,1	84,2	84,2	81,7

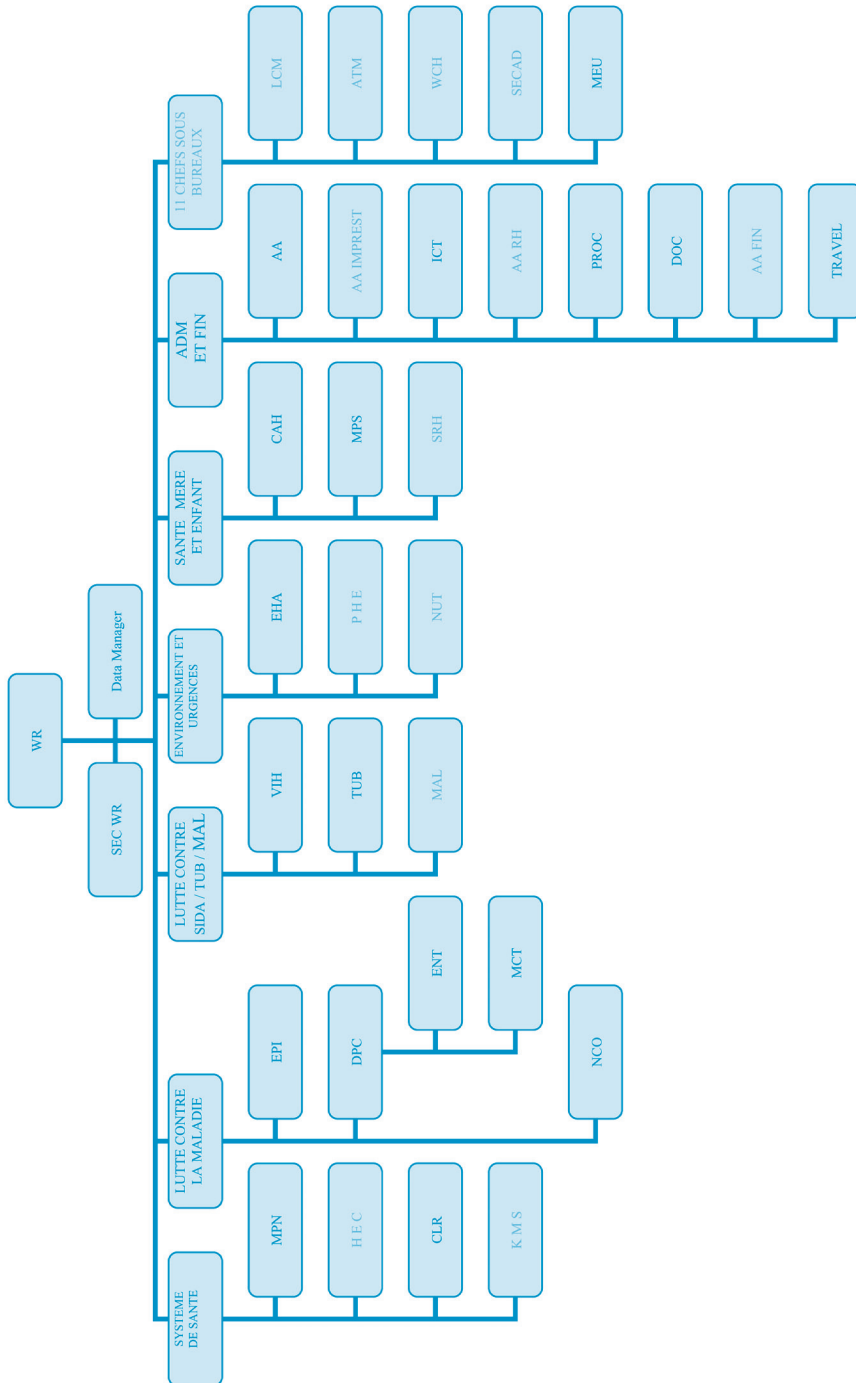
ANNEXE 2

Programmes de santé sur ressources extérieures (2003 à 2007) et projections (2008-2010) : coopération multilatérale.

(en millions de dollars EU)	Programme	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Banque africaine de développement	Développement	0	0	0	0	0	7,6	7,6	7,6
	Développement	0	0	3,4	48,4	39,5	3,8	17,5	0
	Humanitaire	13,9	30,3	31,2	24,8	6,4	0	0	0
Alliance GAVI	Vaccination	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	7,2	6,4	0
	Développement	0	0	0	0	0	18,9	18,9	18,9
Fonds mondial	Paludisme	0	1,4	18,6	6,5	5,4	0	0	0
	TB	1,6	4,2	1,1	5,4	3,9	5,8	5,8	2,8
	VIH/SIDA	0	3,2	18,1	13,1	9,2	23,4	23,4	23,4
	Santé reproductive	0	0	0	0	2,7	0	0	0
UN CERF	Humanitaire	0	0	0	14	7,8	0	0	0
UNICEF	Divers	16,8	24,3	26,8	35,5	26,4	26,4	26,4	26,4
	PMTCT/pédiatrique	0,5	0,5	0,7	1,1	1,7	1,7	1,7	1,7
OMS	Vaccination	0	0	15,3	6,2	8,7	0	0	0
	PMURR	6	13,3	13,3	13,3	6	6	0	0
Banque mondiale	PARSS	0	0	0	8,4	35,4	35,4	35,4	35,4
	Projet Kinshasa	0	0	0	0	0	13	0	0
	MAP	0	0	13,6	6,6	14	18	22	27,8
	Humanitaire	4,8	3,9	8	29	1,3	0	0	0
Total		52,8	90,3	159,3	221,5	185,2	167,2	165,1	144

ANNEXE 3

Organigramme du bureau de l'OMS en RDC



DOCUMENTS CONSULTÉS

- 1) Enquête Ministère de la santé, 1998
- 2) CAF, juillet 2007
- 3) PNUD, Rapport 2006 sur l'indice sur le développement humain
- 4) Stratégie de Renforcement du Système de Santé, 2006
- 5) Etats des lieux du secteur de la santé, 1998
- 6) Rapport de l'état de santé et pauvreté en RDC, Banque Mondiale, 2005
- 7) ESP Kinshasa, 2003
- 8) OMS, EB105/3 Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS.
- 9) Onzième programme général de travail 2006-2015. Programme mondial d'action sanitaire.
- 10) Orientations stratégiques de l'action de l'OMS, dans la Région africaine, 2005-2009.
- 11) Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, Orientations stratégiques 2008-2013, paragraphe 28.