

République Démocratique du Congo
Ministère de la Santé Publique



SECRETARIAT GENERAL

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

2019 - 2022

Vers la Couverture Sanitaire Universelle

Synthèse à l'usage du requérant



Mars 2019

PREFACE

La politique nationale de santé de la République Démocratique du Congo est liée à la Stratégie de Renforcement du Système de Santé dont la mise en œuvre est déclinée en des plans quinquennaux successifs dont le Plan National de Développement Sanitaire(PNDS) recadré pour couvrir la période 2019-2022. Ceci est un document d'orientation pour toutes les interventions dans le secteur dont la mise en œuvre est déclinée en plan d'action opérationnel.

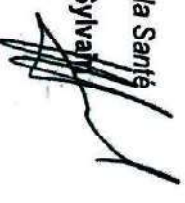
Pour faciliter les opérateurs de santé outre que ceux de l'Etat, le Ministère de la Santé, par le biais de la DESP a mis en résumé le PNDS recadré 2019-2022, coulé sous forme de brochure à l'usage des requérants.

Cette brochure est un extrait du Plan National de Développement Sanitaire recadré 2019-2022 pour usage des requérants qui sont dans le processus de contractualisation ou partenariat avec le Ministère de la Santé. Elle est un guide dans l'élaboration d'un plan d'action du requérant, qui doit être aligné au PNDS.

Elle permet au partenaire d'orienter ses interventions dans le secteur sur les priorités du Ministère de la Santé telles que déclinées dans ce plan quinquennal du Gouvernement de la République en matière de santé. Le document complet est à voir dans le site web du Ministère de la santé.

Le Secrétaire Général à la Santé

Dr YUMA RAMAZANI Sylvain



REMERCIEMENTS

Ce présent résumé du PNDS recadré 2019-2022 que nous présentons, est un guide pour tout requérant, dans l'élaboration d'un plan d'action avec ancrage au PNDS.

Il a été réalisé par une équipe des experts du Ministère de la Santé pour le compte de la Direction Etablissements des Soins et Partenariat.

Ce travail a également été rendu possible grâce au concours des experts de la DESP qui, par leur travail souvent effectué dans les conditions difficiles, nous ont permis d'adapter ce document à l'usage du requérant, se servant de leurs constats et aux réalités du terrain, que nous tenons à remercier sincèrement.

A cet effet, la Direction Etablissements des Soins et Partenariat qui en est l'initiatrice, exprime sa reconnaissance et ses remerciements aux personnalités suivantes.

Il s'agit de :

Dr. Jean Bertin EPUMBA, Directeur adjoint à la Direction d'Etudes et Planification.

Dr. Rose MUNDALA YEMA, Chef de Division

AG Mutien Marie BOKELE, Chef de Division

AG Egide BONKONDI BOMPATA, Chef de Division

Dr. Justin MOHINDO, Chef de Bureau

Mr. GAELA N'GOYE SENDWE, Chef de Bureau

Me Charles MABANSA, Chef de Bureau

AG Raphael KAMBULLU CIUNZA, Chef de Bureau
 AG Gabriel LUMEMBO MBWAMULUNGU, Chef de Bureau
 AG Viviane NGANZOKU NKENKONO, Chef de Bureau
 Mr. Delawrence KITOKO LA-GANG LA-NZEL, Attaché de Bureau
 Mme Angel BANSEKA TSHIPAMBA, Attachée de Bureau
 Enfin, nous remercions tous nos collaborateurs réguliers et occasionnels, qui ont bien voulu nous conseiller et apporter leur contribution.



Dr Jean Paul OKIATA KENKANA MAYALA Aquilas

Sigles et abréviations

ANRP	Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique
ARV	Anti Rétroviraux
AS	Aire de Santé
ATR	Accidents de Trafic Routier
CCM	Country Coordination Mechanism
CCT	Comité de coordination Technique
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CDR	Centrale de Distribution Régionale des Médicaments.
CENI	Commission Electorale Nationale Indépendante.
CHU	Centres Hospitaliers Universitaires
CI	Cadre d'investissement
CNIMN	Comité National Multisectoriel pour la Nutrition
CNP-SS	Comité national de Pilotage du Secteur de la Santé
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COREF	Comité d'Orientation de la réforme des finances publiques
CPP-SS	Comité provincial de Pilotage du Secteur de la Santé
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DAF	Direction Administrative et Financière (cfr Cadre organique en vigueur)
DANTIC	Direction des Archives et des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
DGLM	Direction Générale de Lutte contre la maladie
DGOGSS	Direction Générale d'Organisation et de Gestion des Services et Soins de Santé
DHIS2	Data Health Integrated System

DESP	Direction Etablissement des soins et Partenariat
DSSP	Direction des Soins de Santé Primaires
DPS	Division Provinciale de la Santé
DTS	Dépenses Totales de Santé
ECP	Equipe Cadre Provinciale
ECZ	Equipe Cadre de Zone
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
EMP	Evaluation à Mi-parcours
ETD	Entités Territoriales Décentralisées
FEDECAME	Fédération des Centrales d'Achat des Médicaments
	Essentiels
FMI	Fonds Monétaire International
FNSS	Fond National de Solidarité Santé
FOSA	Formations Sanitaires
GFF	Global Financing Facility
HGR	Hôpital Général de Référence
HPGR	Hôpitaux Provinciaux Généraux de Référence
HPR	Hôpital Provincial de Référence
HTA	Hypertension Artérielle
IDH	Indice de Développement Humain
IEM	Institut d'Enseignement Médical
INS	Institut National de Statistique
IPS	Inspection Provinciale de Santé
ISTM	Institut Supérieur des Techniques Médicales
ITM	Institut Technique Médical
LPSP	Laboratoire provincial de santé publique
MAG	Malnutrition Aiguë Globale
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère

MILD	Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide à longue Durée
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MVE	Maladie à Virus Ebola.
ODD	Objectif de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAO	Plans d'Actions Opérationnel
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SRSS	Stratégie de Renforcement du Système de Santé
SSC	sites de soins communautaires
SSP	Soins de Santé Primaires
SUN	Scaling up Nutrition
TB	Tuberculose
TDR	Test de Dépistage Rapide
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour les Enfants
VDVP	Polio virus dérivé du vaccin de type 2
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine-Syndrome
ZS	d'Immunodéficience Acquise
	Zone de Santé

1. Introduction

Le Gouvernement de la République Démocratique du Congo (RDC) dispose depuis 2001, d'une Politique Nationale de Santé (PNS) fondée sur la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) et qui réaffirme la **zone de santé comme unité opérationnelle de mise en œuvre**. Mais le constat sur terrain était fait, déjà à cette époque, que le secteur de la santé de la RDC souffrait d'innombrables problèmes de nature systémique. En réponse à la nature et l'ampleur des problèmes identifiés, le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses partenaires avaient élaboré en 2006 la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) qui a été révisée en 2010. Pour sa mise en œuvre, la SRSS est déclinée en des plans quinquennaux successifs appelés Plans Nationaux de développement Sanitaire (PNDS). Le premier Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a couvert la période de 2011-2015 et le deuxième PNDS a été élaboré pour couvrir la période de 2016-2020.

L'évaluation finale du PNDS 2011-2015 avait indiqué que sa mise en œuvre avait démarré partout en 2011, mais les réformes nécessaires qui devaient l'accompagner n'avaient que timidement été amorcées. Les résultats observés n'étaient pas tous à la hauteur de ce qui était escompté. En définitive, cette évaluation avait relevé que le PNDS 2011-2015 n'avait pas été véritablement mis en œuvre suite au déploiement insuffisant des ressources et que, dans une large mesure, les actions planifiées demeuraient pertinentes au regard des défis persistants dans le secteur.

Les résultats de l'évaluation de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 ont ainsi justifié largement que le PNDS 2016-2020 a adopté plus ou moins la même structure, les mêmes stratégies, voire plus d'ambitions, ignorant implicitement que « dans les mêmes conditions, les mêmes causes produisent les mêmes effets ». Une lecture critique du PNDS 2016-2020 a révélé son manque de réalisme.

Les revues de performance 2016 et 2017 du secteur, ainsi que l'évaluation à mi-parcours (EMP) du PNDS 2016-2020 ont donné quelques résultats rassurants, mais dans l'ensemble ils ne sont pas satisfaisants. Ainsi, par exemple, l'EMP a démontré que sur 71 indicateurs du cadre de suivi-évaluation de ce plan stratégique, 31 seulement (43,6%) sont complètement renseignés dont 14/31 (45%) ont atteint la cible fixée à mi-parcours. 5/31 (16,1%) montrent une régression par rapport à la valeur de base et 12/31 (38,7%) sont en progression sans atteindre la valeur cible.

Enfin, depuis la publication du document du PNDS 2016-2020, en mars 2016, d'importantes stratégies sous-sectorielles ont été adoptées et contiennent des engagements pertinents pour son exécution et l'amélioration de la performance du secteur de la santé.

Il s'agit notamment du Plan stratégique du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels adopté en août 2017, de la stratégie de Financement de la Santé adoptée à l'Assemblée Générale du CNP-SS du 13 juillet 2018, du Cadre d'investissement (CI) dont le processus de développement a été dirigé par la Plate-forme GFF, institué à la suite du lancement du GFF en avril 2015, a été validé

en novembre 2017 et du Plan National Stratégique Multisectoriel de Nutrition (2016-2020).

Eu égard à tout ce qui précède, notamment les résultats moins satisfaisants de l'évaluation à mi-parcours (18 mois de mise en œuvre) du PNDS 2016-2020 et dans le souci de s'aligner au Plan National Stratégique de Développement (PNSD 2018-2022), réajuster les cibles attendues en fonction des ressources très limitées du secteur et focaliser davantage l'attention de ce dernier sur les paquets d'interventions à haut impact sur la SRMNEA & Nutrition, de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) & Maladies Transmissibles ainsi que sur celles liées à la gestion des épidémies, catastrophes et autres risques sanitaires dans le but d'améliorer la résilience des structures de santé et des communautés, le Ministère de la Santé a initié le recadrage de ce PNDS de la 2^{ème} génération qui a abouti à la production du PNDS 2019-2022 adopté par le CNP-SS, le 30 octobre 2018 et en voie d'endossement par le Conseil des Ministres de la République.

1.1. Situation sanitaire

1.1.1. Politique sanitaire

La mission du Ministère de la Santé est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population congolaise en organisant des services sanitaires de qualité et équitables pour la restauration de la santé des personnes et la promotion du meilleur statut sanitaire possible dans toutes les communautés (Ord n°014/078 du 7 Décembre 2014).

Plus concrètement, il s'agit de :

- Assurer la législation, la régulation, la normalisation et l'élaboration des politiques et stratégies en matières de santé ;
- Assurer la production et la mobilisation des ressources internes et externes nécessaires à la mise en œuvre des politiques et stratégies du Gouvernement en matière de santé ;
- Fournir les prestations des soins de santé de qualité tant préventives, curatives que promotionnelles et de réadaptation à l'ensemble de la population vivant sur le territoire national
- Assurer l'équité en matière de distribution et d'offre des prestations et services de santé.

L'article 47 de la Constitution de la RDC garantit le droit à la santé. La Politique Nationale de la Santé, adoptée en 2001, met l'accent sur les soins de santé primaires (SSP). L'unité opérationnelle de mise en œuvre est la Zone de Santé, qui organise les structures chargées de dispenser les soins de santé globaux, continus et intégrés. La Loi 18/035 du 13

12

décembre 2018 fixant les principes fondamentaux et règles relatifs à l'organisation de la santé publique est entrée en vigueur depuis le mois de mars 2019.

1.1.2. Réforme de l'administration sanitaire et organisation du système de santé

Le Ministère de la Santé Publique est structuré en 3 niveaux, à savoir : le niveau central, le niveau provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

Le niveau central

Ce niveau est stratégique et structuré par le nouveau cadre organique d'avril 2017 en 2 Directions Générales (Direction Générale d'Organisation et Gestion des Services et Soins de Santé/DGOGSS et Direction Générale de lutte contre la Maladie/DGLM), 9 Directions centrales à savoir la Direction des Ressources Humaines (DRH), la Direction d'Etablissement des Soins et Partenariat (DESP) rattachée à la DGOGSS, la Direction de Pharmacie et Médicament (DPM), la Direction des Soins de Santé Primaires (DSSP) rattachée à la DGOGSS, la Direction de Surveillance Epidémiologique (DES) rattachée à la DGLM, la Direction de Laboratoires de Santé (DLS) rattachée à la DGLM, la Direction de l'Hygiène et Salubrité Publique (DHSP) rattachée à la DGLM, la Direction de l'Etudes et Planification (DEP), la Direction de la Santé de la Famille et Groupes spécifiques (DSFGS), la Direction des Archives et Nouvelles Technologies d'Information et de Communication à implanter (DANTIC) et la Direction Administrative et Financière (DAF) à implanter et des Programmes spécialisés dont le nombre sera déterminé à l'issue de la réforme en cours.

13

Le niveau central est doté également de l'Inspection Générale de la Santé comme branche autonome qui veille à l'application des lois, politiques, stratégies, normes, directives et standards du secteur dans le souci de promouvoir la bonne gouvernance et la recevabilité.

Le niveau provincial

Le niveau provincial est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial de référence et des autres structures sanitaires à vocation provinciale.

Les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des Ministres Provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions opérationnelles pour la mise en œuvre des interventions au niveau des Zones de Santé.

Les Inspections Provinciales de Santé (IPS) sont des structures déconcentrées qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de Province. Elles assurent l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et des sciences de la santé ainsi que des structures managériales et administratives de santé relevant de ce niveau-là (Bureaux des Divisions provinciales de la Santé, Bureaux centraux des zones ...)

D'autres services provinciaux sont les Hôpitaux Provinciaux, les Laboratoires provinciaux et les Centrales de Distribution Régionale des

Médicaments. Ils assurent les soins de santé de référence secondaire et l'appui aux zones de santé dans leurs domaines spécifiques.

Le niveau opérationnel.

Ce niveau comprend 516 Zones de Santé avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires, comme fondement de la Politique Nationale de Santé telle que redynamisée par la Stratégie de renforcement du Système de Santé (SRSS).

1.1.3. Organisation de l'offre des soins

L'organisation de l'offre des soins est assurée par les structures publiques et les structures privées.

Le secteur public est organisé autour des PS, CS, des HGR, des Hôpitaux provinciaux, les hôpitaux des forces armées, de la police et d'autres départements organisant des soins pour leurs travailleurs.

Le secteur privé est subdivisé en deux catégories, privé à but lucratif et non lucratif (services de santé d'organisations non gouvernementales et d'organisations confessionnelles) ainsi que la médecine traditionnelle. Le secteur pharmaceutique est essentiellement aux mains des privés en RDC.

Le privé lucratif est constitué par les cabinets médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, les centres de diagnostic (laboratoires, imagerie).

Les autorisations d'ouverture sont accordées par le Ministère de la Santé publique tandis que la demande d'ouverture est approuvée par le Service attiré de la Province en l'occurrence la Division Provinciale de la Santé.

La médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle constitue une part non négligeable de l'offre de soins. Elle est même dans certains milieux le premier recours suite à l'absence de structures modernes et à la faible accessibilité financière des populations. Pour certaines pathologies spécifiques (fractures, troubles mentaux), la population recourt en priorité aux tradipraticiens. La Direction des Soins de Santé (DSSP) et

le Programme National de Médecine Traditionnelle relevant de la DGOSS ont la responsabilité de réglementer et d'organiser l'offre de soins dans ce domaine.

2. Diagnostic sectoriel

Le diagnostic sectoriel a abouti à des problèmes prioritaires ci-dessous :

Encadré 1 : Problèmes prioritaires de prestations

1. **La faible couverture sanitaire** : elle est consécutive à la faible couverture géographique et à la faible intégration des interventions répondant aux normes
2. **La faible qualité des services et soins offerts** : elle est due à la faible capacité opérationnelle des FOA et à l'insuffisance du processus d'assurance qualité (audit clinique, supervision, coaching, tutorat, hygiène hospitalière, etc.)
3. **La faible utilisation des services disponibles** : elle est liée à la faible disponibilité de l'offre et à la faible accessibilité financière, géographique et culturelle de la population aux soins et services de santé.
4. **La faible résilience des structures de santé et des communautés face aux éventuelles épidémies, urgences, catastrophes et autres risques sanitaires** : elle est principalement liée à l'application insuffisante du Règlement Sanitaire International (RSI) à différents niveaux. L'absence de préparation des équipes d'intervention rapide, le manque de pré-positionnement des kits répondant à la conception des aléas potentiels et le déficit de coordination, de surveillance et de riposte sont à l'origine de l'investigation et la réponse souvent tardives et inadéquates.

5. La faible redevabilité publique des services de santé devant la communauté : les organes de participation communautaire existant n'exercent pas un contrôle vis-à-vis des prestations offertes par les FOSA.

3.2.2. Problèmes des infrastructures et équipements

Le secteur de la santé connaît un déficit d'infrastructures et d'équipements répondant aux normes nationales de construction.

Encadré 2 : Problèmes prioritaires des infrastructures et équipements

- 1. La proportion des structures de santé construites et équipées conformément aux normes reste encore faible :** la proportion de GS, HGR, des Hôpitaux Provinciaux et Nationaux construits et équipés conformément aux normes requises est très faible.
- 2. Une faible capacité du secteur à assurer la maintenance des infrastructures et équipements acquis,** due à l'absence des unités de maintenance compétentes opérationnelles à différents niveaux.

3.2.3. Problèmes des ressources humaines pour la santé

En ce qui concerne les ressources humaines, il se pose un problème de déséquilibre dans l'organisation des filières de production des professionnels de santé et dans la répartition équitable du personnel qualifié au niveau des structures de santé, aussi bien entre les milieux ruraux et urbains qu'entre les provinces en fonction de leurs niveaux socio-économiques.

Encadré 3. Problèmes prioritaires des ressources humaines pour la santé :

- 1. Déséquilibre dans la production et répartition inéquitable des RHS :** Certaines catégories (Médecins généralistes, infirmiers) sont en surproduction et d'autres en sous production (accoucheuses, réanimateurs, assistants en pharmacie). Il y a pléthore en milieu urbain et déficit en milieu rural ; certaines provinces étant également dépourvues par rapport aux autres.
- 2. Faible motivation et fidélisation des personnels de santé :** la modicité des salaires et la proportion élevée des personnels de santé ne bénéficiant ni de salaire ni de prime est à la base de cette situation
- 3. Qualité insuffisante de l'enseignement des professionnels de santé et du développement des compétences des prestataires,** due à la prolifération des établissements d'enseignement du niveau secondaire, supérieur et universitaire ne répondant pas aux normes requises et l'absence d'un système de formation continue opérationnel.

3.2.5. Problèmes du système d'information sanitaire

Le cadre normatif a défini 12 sous-systèmes ou composantes du SNIS qui toutes concourent à la même mission. Cependant, certaines d'entre elles ne sont pas encore fonctionnelles et compromettent la disponibilité et l'utilisation des données en temps réel pour la prise des décisions.

Encadré 4 : Problèmes prioritaires en rapport avec le système national d'information sanitaire.

1. La désintégration et/ou la faible fonctionnalité des différentes composantes du SNIS, liée à la non réglementation de la quasi-totalité des différentes composantes (exceptés le SNIS SSP, la Surveillance épidémiologique et les Comptes Nationaux de la Santé) occasionne de multiples approches et outils de collecte, de validation, de transmission et d'analyse des données.
2. Faible complétude, promptitude et correctitude des données collectées, liée essentiellement au faible renforcement des capacités et à la faible informatisation du secteur.
3. Faible diffusion de l'information de qualité, liée à la multiplicité des sources de production des données et des sites de diffusion non interconnectés au site web officiel du Ministère de la Santé occasionnant ainsi la sous-utilisation de ce dernier.
4. Manque de pertinence de certains indicateurs du cadre de suivi et évaluation rend difficile le suivi des performances du secteur en rapport avec les indicateurs non renseignés.

3.2.6. Problèmes liés au financement de la Santé

Le financement public demeure encore insuffisant et ne permet donc pas au secteur de couvrir ses priorités déclinées dans le PNDS. Le secteur est dépendant des ressources externes qui du reste sont mal coordonnées et ne contribuent assez à l'atteinte des objectifs sectoriels.

Encadré 5 : Problèmes prioritaires par rapport au Financement de la Santé.

1. Faible montant des dépenses totales de santé et niveau très bas de l'allocation des ressources publiques au secteur de la santé
2. Inefficience des dépenses publiques internes et externes

3.2.7 Problèmes de gouvernance du secteur santé

La gouvernance est considérée comme un facteur déterminant de la réalisation des objectifs de développement durable dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Elle implique des changements aux niveaux où s'exerce la régulation, notamment au niveau macroscopique (central), qui définit les grands principes d'organisation assurant la cohérence de l'ensemble du système de santé

Encadré 6 : Problèmes prioritaires en rapport avec la gouvernance :

1. **La régulation du secteur reste insuffisante et la normalisation du secteur est insuffisante et peu efficace:** les textes légaux institués par la constitution et les textes réglementaires ne sont pas pris. Plusieurs normes élaborées et circulantes dans les ZS ne sont ni validées ni adoptées par le CCT. La diffusion et la vulgarisation en fait défaut.
2. **Lenteur dans la mise en place des réformes structurelles dans le secteur santé :** les réformes structurelles et fonctionnelles planifiées dans le PNDS au niveau central et intermédiaire n'ont pas encore abouties, ce qui compromet la réalisation de certains résultats du PNDS.
3. **Collaboration intra et intersectorielle non optimale pour améliorer la santé de la population:** chevauchements d'attributions entre certaines structures du MSP demeurent encore, plusieurs cadres de concertation n'ont pas fonctionné et le suivi des contrats dans le cadre du partenariat Public - Privé reste encore insuffisant
4. **Faiblesse de la dynamique communautaire en appui à la demande de soins :** les organes de participation communautaire ne sont pas fonctionnels pour contribuer à prise de décision en réponse aux attentes des communautés
5. **La coordination du secteur a été rendue difficile à cause de la faiblesse dans le fonctionnement des commissions du CNP-SS et de CPP-SS, du déficit de la production des informations stratégiques pour le suivi et évaluation.**

4. Vision, Objectifs sectoriels et Principes directeurs

22

4.1. Vision

A l'orée 2022, la République Démocratique du Congo sera avancée vers l'accès universel à des services de qualité et la réduction de l'incidence des dépenses catastrophiques des ménages afin de leur permettre de contribuer au développement économique de la nation.

4.2. But

Contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2022 dans le cadre de la Couverture Sanitaire universelle et autres cibles des Objectifs de Développement Durable (ODD).

23

4.3. Objectif général

L'objectif général - du PNDS pour la période 2019-2022 est d'accroître la couverture et l'utilisation des services et soins de santé de qualité par la population avec équité et protection financière.

4.4. Cibles et effets attendus

CIBLES	EFFETS ATTENDUS
Cible 1 : Réduction de la mortalité maternelle	D'ici à 2022, contribuer à réduire de 846 à 548 les décès maternels pour 100 000 naissances vivantes
Cible 2 : Réduction de la mortalité infanto-juvénile	D'ici à 2022, contribuer à réduire la mortalité infanto-juvénile de 104 à 60 décès pour 1000 naissances vivantes D'ici à 2022, contribuer à réduire la mortalité néonatale de 28 à 14 pour 1.000 naissances vivantes
Cible 3 : Contrôle de l'épidémie de VIH, de tuberculose, de paludisme et des maladies tropicales négligées ;	D'ici à 2022, contrôler l'épidémie de VIH, de tuberculose, de paludisme et des maladies tropicales négligées D'ici à 2022, le nombre de personnes vivant avec le VIH et qui reçoivent un traitement aux antirétroviraux passe de 101.924 (24,1%) à 315.000 (75%)

Cible 4 : Contrôle des maladies non transmissibles	D'ici à 2022, réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématuré dû à des maladies non transmissibles
Cible 5 : Réduction de la malnutrition chronique est réduite de 43% à 33%	D'ici à 2022, la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant la malnutrition chronique est réduite de 43% à 33%
Cible 6 : La réduction du paiement direct et des dépenses catastrophiques	D'ici à 2022, la population bénéficiant d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité augmente de 1,5 à 10%

5. Axes stratégiques et résultats attendus du PNDS 2019-2022

Pour atteindre cet objectif sectoriel, trois axes/orientations stratégiques vont guider les interventions et les principales actions du Ministère de la Santé Publique. Ces axes tirent leur origine à partir des piliers du système de santé. Il s'agit de :

Axe 1. Amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé ;

Axe 2. Appui aux piliers du système de santé pour l'amélioration de la disponibilité et l'accès aux soins de qualité ;

Axe3. Appui à la gouvernance, au leadership et au pilotage du système de santé.

5.1. Axe stratégique 1 : Amélioration des prestations de services de santé et continuité des soins

Cet axe vise l'amélioration de la disponibilité, de l'accessibilité géographique et de l'utilisation des services et soins de santé de qualité tout en garantissant l'équité. Deux résultats sont attendus et sont présentés ci-dessous

5.1.1. La couverture et de l'accès à des structures offrant des soins et des services de santé de qualité est augmentée de 30 à 60%.

L'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité géographique de l'offre des soins et des services de qualité passe par la mise en œuvre de 3 programmes à savoir : (i) l'amélioration de la couverture sanitaire, (ii) la rationalisation du fonctionnement des structures de soins, (iii) l'amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population.

Amélioration de la couverture sanitaire

Ce programme consiste à développer les plans de couverture des Zones de Santé et à créer des services de soins de premier et deuxième échelon. Il s'agira d'une part de l'extension de la couverture sanitaire à travers la construction, la réhabilitation et l'équipement des CS et HGR et d'autre part de l'organisation des HGR de manière à offrir un PCA en interaction avec les CS organisés pour assurer le PMA par un personnel compétent et en interaction avec la communauté desservie.

Amélioration de la qualité des paquets de services offerts à la population

La qualité des soins résulte d'un processus multifactoriel qu'il convient de conceptualiser dans chaque HGR et dans chaque CS. Les ordigrammes, fiches techniques et protocoles thérapeutiques seront utilisés au niveau des CS et des HGR pour l'adéquation diagnostic-traitement. L'accréditation des structures de soins, la collaboration avec les associations et les ordres des professionnels de santé, etc. sont parmi les mécanismes à promouvoir pour améliorer la qualité des soins. Les interventions en faveur de la SRMNEA & Nutrition, des Maladies Chroniques Non Transmissibles et Transmissibles ainsi que celles liées à l'amélioration de la résilience des structures et des communautés contre les épidémies, catastrophes et autres urgences et risques sanitaires sont à considérer en priorité de cette démarche d'assurance qualité.

Renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

Les interventions en faveur de la santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent sont choisies en fonction de l'évolution de la charge de morbidité et de mortalité. En 1990 les maladies transmissibles, conditions périnatales et déficiences nutritionnelles en Afrique Sub-saharienne représentaient à peu près la moitié de la charge de maladie totale de la région.

Renforcement du contrôle des maladies chroniques transmissibles et non transmissibles

Les interventions se focaliseront sur la promotion de la santé qui reste transversale dans la lutte contre la maladie avec des interventions spécifiques en lien avec les maladies transmissibles et non transmissibles.

Ainsi, dans le cadre de la promotion de la santé, les interventions viseront à améliorer les comportements et les pratiques sains fondés sur la famille en mettant l'accent sur une communication visant à modifier les comportements pour un mode de vie sain, y compris la santé mentale et le processus de changement de comportement, un bon état de santé mentale de la cible du message éducatif est très capital.

Les communautés seront incitées à développer des initiatives dans ce sens aussi bien pour les maladies transmissibles (infection à VIH, hépatites, infections sexuellement transmissibles, tuberculose et

paludisme), les maladies tropicales négligées, que les maladies non transmissibles.

Amélioration de la protection de la population contre les risques sanitaires, notamment les épidémies, les catastrophes et autres situations d'urgence sanitaire.

Il sera question de développer les capacités des structures à prévenir et gérer les épidémies, catastrophes et autres urgences de santé publique par l'application du règlement sanitaire international, de renforcer les capacités institutionnelles dans la surveillance épidémiologique aux différents niveaux du système de santé, de renforcer les capacités des équipes d'intervention rapide et de repositionner les intrants dans les différentes provinces pour permettre une réponse prompte aux éventuelles urgences et catastrophes dans l'ensemble du pays.

5.1.2. Augmentation de proportion des structures de participation communautaire impliquées dans l'offre de quelques services de soins (promotionnels, préventifs et curatifs)

Renforcement de la participation communautaire

Les prestataires établiront un dialogue avec la communauté organisée, afin d'écouter ses besoins et de l'impliquer dans le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation de l'action sanitaire. En outre, ils s'assuront de la prise en compte du point de vue des

communautés dans la prise de décision et lors de l'organisation de la prestation de services.

Le contrôle communautaire contribuera à l'amélioration de la qualité de l'offre des soins et permettra de garantir les acquis obtenus.

Promotion de l'utilisation des services de santé

Les actions de promotion seront menées pour faire connaître les interventions offertes par les Services de santé en vue de répondre aux problèmes et besoins spécifiques de la communauté.

Les activités de marketing social et de communication seront intensifiées en collaboration avec les secteurs connexes (Enseignement, Environnement, Eau, Agriculture, Habitat, etc.) et les leaders communautaires pour une meilleure utilisation et appropriation des services et soins de santé.

Extension des sites de soins communautaires

Dans les aires de santé où l'accessibilité géographique au centre de santé constitue un obstacle majeur, les sites de soins seront établis progressivement pour l'identification et la prise en charge précoce des principales maladies tueuses des enfants de moins de 5 ans (paludisme simple, diarrhées et infections respiratoires aiguës). Les cas graves seront référés précocement aux centres de santé. Ces Sites de Soins Communautaires (SSC) seront approvisionnés en médicaments par le centre de santé et supervisés par l'infirmier titulaire de l'aire de santé afin d'assurer la qualité des soins offerts

5.2. Axe stratégique 2 : Appui aux différents piliers du système de santé

Cet axe concerne les interventions à mener dans les différents piliers pour influencer la disponibilité des services et soins de qualité en réponse aux besoins des populations. Les interventions liées à la rationalisation du financement de la santé et le renforcement de la gouvernance sont traités dans les sections qui y sont consacrées.

Ces interventions visent les résultats suivants :

Résultat 2.1 Amélioration de la disponibilité, des compétences et la

motivation des ressources humaines

Résultat 2.2 Amélioration de la disponibilité des médicaments et

intrants spécifiques de qualité

Résultat 2.3 Réhabilitation/construction des infrastructures et dotation

en équipements

Résultat 2.4 Amélioration de la disponibilité et la circulation de l'information sanitaire de qualité.

Résultat 2.5 Amélioration du financement de la santé et réduction des coûts pour l'accès aux soins.

5.2.1. Développement des ressources humaines pour la santé

Trois programmes seront développés, à savoir : i) l'amélioration de la disponibilité et de la fidélisation de ressources humaines en santé (RHS) qui soient qualifiées ; ii) l'amélioration de la formation de base ; et iii) le développement des compétences des prestataires.

En ce qui concerne l'amélioration de la disponibilité et de la fidélisation de ressources humaines en santé (RHS) qualifiées, les actions suivantes peuvent être envisagées :

- La rationalisation du personnel en rapport avec l'élaboration et la vulgarisation des normes de dotation des ressources humaines en santé à tous les niveaux en tenant compte de la charge de travail (approche WISN) ;
- Le redéploiement équilibrable des agents dans les structures et services de santé ;
- L'informatisation de la base de données pour la maîtrise des effectifs des professionnels de la santé à travers le pays ;
- La poursuite du processus de mise à la retraite pour suivre le flux des sorties des personnels ;

- Un plaidoyer auprès de l'autorité budgétaire concernant la mécanisation progressive des agents, leur alignement sur les différentes primes et leur salaire ;
- La mise en place des mécanismes de prise en charge des agents via l'octroi des primes de brousse et d'éloignement en faveur des personnels de santé ;

Pour ce qui est de l'amélioration de la formation de base, l'on envisagera les interventions telles que :

- Le développement et la mise en œuvre d'un plan national concerté d'organisation de filières de formation qui soient en adéquation avec les besoins sur le terrain ;
- Le renforcement du contrôle des écoles de formation de niveau secondaire,
- L'évaluation de la formation à travers un jury national,
- Le développement d'écoles pilotes de niveau secondaire dans les provinces ;
- L'accréditation des écoles de niveau secondaire sera instituée ainsi que des mesures de rationalisation des institutions de formation des professionnels de santé de niveau secondaire.

En rapport avec le développement des compétences des prestataires, il sera question de :

- La mise en place d'un système national de formation qui soit opérationnel ;
- L'appui aux programmes de formation ;
- Et l'appui au programme d'auto-apprentissage via e-learning afin d'atteindre un grand nombre des prestataires.

5.2.2. Approvisionnement des formations sanitaires en médicaments et intrants

Un Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) fort, efficace dans son organisation et son fonctionnement est tributaire d'une disponibilité optimale de médicaments et intrants de qualité.

Pour ce faire, quelques actions peuvent être envisagées, telles que :

- La maîtrise des besoins et une meilleure gestion des médicaments, vaccins et intrants spécifiques ;
- L'amélioration de la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels, vaccins et intrants spécifiques grâce à une offre suffisante des médicaments par le SNAME ;
- Le renforcement de la réglementation pharmaceutique, de l'inspection et du contrôle de la qualité des médicaments en circulation ;
- La promotion de la production locale ;
- Le financement adéquat des médicaments, vaccins et intrants spécifiques par rapport aux besoins réels.

5.2.3. Développement des Infrastructures et équipements

Deux programmes sont envisagés pour atteindre le résultat pour ce pilier à savoir : (i) Réhabilitation/construction des infrastructures et

dotation en équipements et (ii) La maintenance des infrastructures et équipements acquis.

En ce qui concerne la modernisation (construction et réhabilitation), des infrastructures et équipements, il sera envisagé les actions suivantes :

- La mise en place d'un programme cohérent de modernisation des infrastructures, à travers un plan décennal d'investissement pour les infrastructures sanitaires prenant en compte les besoins de l'administration centrale, des provinces et du niveau opérationnel ;
- La construction des immeubles pour lesquels les fonds sont disponibles tels que le bâtiment administratif du PNLP et le laboratoire P3 de l'INRB ;
- La construction d'un laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments, d'un centre national d'appareillage orthopédique et de réadaptation, ainsi que d'un bâtiment complémentaire destiné à abriter les nouvelles directions du Secrétariat général ;
- La réhabilitation et l'équipement de 3 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ;
- La construction / réhabilitation des bâtiments des DPS et IPS ;
- La construction et l'équipement des HGR et des CS, ainsi que la réhabilitation de 6 hôpitaux provinciaux généraux de référence (HPGR) et de 3 laboratoires provinciaux de santé publique ;
- La mise en place d'un plan de connectivité à long terme pour garantir une communication efficace ;

Le renforcement de la maintenance des infrastructures et équipements acquis passe par :

- La mise en place des pools de maintenance opérationnels dans les 26 DPS ;
- La passation de contrats avec des centres d'expertise sera envisagée pour couvrir les besoins non couverts par les pools de maintenance du MS.

5.2.4. Renforcement du système d'information sanitaire.

Trois programmes sont envisagés tels que: i) l'amélioration de la complétude, promptitude et exactitude des données collectées ; ii) l'amélioration de l'analyse et de la production de l'information sanitaire ; et iii) l'amélioration de la diffusion de l'information au sein du secteur.

En ce qui concerne l'amélioration de la complétude, promptitude et exactitude des données collectées, les interventions suivantes sont planifiées ;

- La révision et l'harmonisation des outils de collecte de l'information sanitaire ;
- Le déploiement des ressources et le renforcement des capacités nécessaires à un usage correct de ces outils ;
- La définition du circuit et du calendrier de transmission de l'information sanitaire ;

- L'intégration des structures privées dans le SNIS et la prise en compte de ces structures dans le paramétrage du DHIS2 ;
- L'extension de la digitalisation et de l'utilisation des logiciels appropriés permettant de capter et de faire remonter les informations concernant l'ensemble d'interventions et des informations des dossiers médicaux ;
- Le développement des logiciels de gestion des malades, de comptabilité, de gestion programmatique et budgétaire, et de gestion des stocks ;
- L'appui au réseau intranet de communication à tous les niveaux du système, via la dotation en équipements modernes (informatique, énergie, VSAT, et fourniture de connexion), et renforcement des capacités des acteurs en maintenance ;

Pour améliorer l'analyse et la production de l'information sanitaire, les actions suivantes sont possibles :

- La vulgarisation des directives concernant l'organisation des monitorages, des examens, et des audits cliniques et de décès maternels ;
- La production de cartes de score / tableaux synoptiques à différents niveaux ;
- La formalisation de la rétro-information pour appuyer le renforcement des capacités des acteurs.

Quant à l'amélioration de la diffusion de l'information sanitaire, les interventions envisagées sont les suivantes :

- La production et diffusion des rapports d'activités à différents niveaux ainsi que des bulletins d'information sanitaire ;
- La diffusion des informations stratégiques sectorielles à travers les revues semestrielles et annuelles ainsi que le site web du MSP ;
- La mise à jour et l'alimentation du site web du MSP par la mise en ligne des documents et informations stratégiques (rapports, annuaires statistique, rapports d'enquête, et recherches) ;
- La mise en place d'un entrepôt qui permettra une interconnexion de toutes les bases de données du secteur sur un seul serveur central en vue de les rendre disponibles au public ;
- L'appui au fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé et développement progressif du plan cyber santé.

5.2.5. Amélioration du financement et réduction des barrières d'accès aux soins

Le résultat du PNDS lié au financement de la santé est possible en implémentant 3 programmes clés en lien avec la stratégie de financement de la santé (SFS) à savoir : (i) l'accroissement des ressources financières disponibles pour le secteur de la santé, (ii) l'optimisation de l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé, (iii) l'amélioration de l'efficience des ressources au niveau national

Concernant l'accroissement des ressources financières disponibles pour le secteur de la santé, les actions à envisager sont :

- L'amélioration du système de collecte et d'administration des recettes existantes ;

- La révision de l'exercice d'établissement des priorités dans le budget du gouvernement de manière à augmenter l'enveloppe de la santé ;
 - L'étude de la faisabilité de « taxes sur les produits nuisibles à la santé » (alcool, boissons sucrées, tabac, etc.) aux niveaux national et régional
- L'optimisation de l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé passe par les interventions suivantes :

- L'amélioration dans l'exécution budgétaire, et plus de constance en particulier au niveau des provinces ;
- L'accès à une information claire en ce qui concerne les ressources affectées aux structures ;
- Le renforcement des capacités en matière des procédures de décaissement des fonds alloués aux structures de santé.

L'amélioration de l'efficience des ressources au niveau national se matérialisera à travers les interventions suivantes :

- L'amélioration de la gestion des finances publiques et de l'aide extérieure au niveau des provinces ;
- La réduction de la fragmentation des systèmes de mutualisation des risques et la réduction des barrières financières à l'accès à des services de santé de qualité.

5.3. Axe stratégique 3 : Renforcement de la gouvernance et du système de santé

Les actions envisagées dans cet axe stratégique sont regroupées dans deux résultats suivants :

R.3.1. Le pilotage du secteur de la santé est assuré dans le contexte de la décentralisation pour garantir l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité ;

R.3.2. Le MSP joue pleinement son rôle dans la mise en œuvre des politiques et stratégies des autres secteurs ciblés en vue de l'atteinte des objectifs globaux de développement.

5.3.1. Le pilotage du secteur de la santé est assuré dans le contexte de la décentralisation pour garantir l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité

Les actions liées à l'atteinte de ce résultat seront mises en œuvre à travers les programmes suivants : (i) le renforcement des capacités institutionnelles du MSP, (ii) le renforcement des mécanismes de suivi de l'application des normes et directives du secteur, (iii) le renforcement de la coordination du secteur de la santé et (iv) le renforcement de la collaboration intersectorielle.

Le renforcement des capacités institutionnelles du Ministère de la Santé Publique :

Le renforcement des capacités du MSP passe par la mise en application du nouveau cadre organique et l'accélération des réformes structurelles afin de permettre aux structures à différents niveaux de remplir correctement les missions qui leur sont dévolues. Il s'agit notamment de l'élaboration des stratégies sectorielles, des normes, directives et standards requis pour le secteur.

Le renforcement des mécanismes d'inspection-contrôle pour un meilleur suivi de l'application des normes et directives du secteur.

Les actions suivantes seront menées durant les 4 prochaines années pour le renforcement des mécanismes de suivi de l'application des normes et directives via des structures d'inspection :

- La finalisation des textes légaux institués par la Constitution telles que la loi fixant les principes fondamentaux et les règles d'organisation de la santé publique et de la sécurité alimentaire,

loi sur le commerce pharmaceutique, et leurs mesures d'application, etc. ;

- L'actualisation et/ou l'élaboration des stratégies sous-sectorielles, des plans stratégiques et des plans opérationnels à tous les niveaux du système ;
- L'élaboration d'une politique nationale de recherche sur le système de santé avec l'identification de thèmes prioritaires.

Le renforcement des mécanismes d'inspection-contrôle pour un meilleur suivi de l'application des normes et directives du secteur se fera à travers les actions suivantes :

- Le renforcement des compétences du personnel de l'IGS et des IPS dans l'inspection-contrôle
- L'actualisation des directives, procédures et outils d'inspection-contrôle ;
- L'appui au fonctionnement coordonné de l'inspection-contrôle ;
- La structuration de la rétroaction concernant les missions d'inspection-contrôle en vue de l'élaboration ou de l'actualisation des politiques, directives et normes.

Le renforcement de la coordination du secteur de la santé est possible par des interventions suivantes :

- Redynamisation de la fonctionnalité des organes de coordination à différents niveaux (CNP-SS, CPP-SS, CA) ;
- Renforcement des mécanismes de suivi-évaluation et de recevabilité ;

5.3.2. Le MSP joue pleinement son rôle dans la mise en œuvre des politiques et stratégies des autres secteurs ciblés en vue de l'atteinte des objectifs globaux de Développement

Deux programmes sont possibles pour l'atteinte de ce résultat à savoir :

La Mise en place / renforcement des cadres de concertation intersectorielle

Il sera question de :

- La mise en place et/ou la redynamisation des cadres de concertation intersectorielle existants (cadres de concertation sur les RHS, les médicaments, le financement et les déterminants sociaux de la santé, etc.) ;
- L'amélioration des mécanismes de fonctionnalité et de recevabilité, pour trouver des solutions aux problèmes qui détruisent le système de santé ;

La mise en œuvre des actions conjointes pour agir sur les déterminants sociaux de la santé

Il va être envisagé la possibilité de :

- L'actualisation et la mise en œuvre des plans d'actions conjoints entre le secteur de la santé et les autres secteurs (la promotion de la sécurité alimentaire, la lutte contre la malnutrition, l'amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'hygiène et de l'assainissement, ainsi que l'amélioration de l'accès des populations marginalisées aux services et soins de santé).

6. Mise en œuvre

6.1. Principes directeurs

Le PNDS 2019-2022, de la République Démocratique du Congo s'inscrit dans la vision du Plan National Stratégique pour le Développement. Sa mise en œuvre efficace sera guidée par les principes directeurs ci-après :

- **L'unicité du PNDS** : la notion d'unicité renvoie au leadership que le MSP doit garder pour la coordination des interventions au sein du système de santé. Ainsi ce PNDS constitue l'unique cadre fédérateur de la mise en œuvre de la politique nationale sanitaire.
- **L'appropriation** : Ce principe sous-entend que tout l'Etat considère ce plan comme un outil pour la mise en œuvre de sa politique et apporte des ressources nécessaires pour son opérationnalisation à tous les niveaux
- **L'implication des communautés et partenariat dans l'identification des problèmes et la mise en œuvre** pour s'assurer de la prise en compte de leur point de vue dans l'organisation de la prestation des services pour plus d'efficacité dans l'atteinte des objectifs.
- **La décentralisation** : la mise en œuvre du PNDS concerne tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le respect de leurs attributions et compétences. Cette décentralisation concerne aussi bien des

services de production des soins que les centres de prise de décisions ;

- **La redevabilité** : l'obligation de rendre compte doit animer tous les acteurs dans la mise en œuvre du PNDS afin d'instaurer la confiance entre l'Etat et les partenaires au développement d'une part, et d'autre part entre les acteurs et les populations bénéficiaires

- **La primauté de la satisfaction et la sécurité du client**. Ce principe met en exergue l'attention à porter à la satisfaction des populations par rapport aux besoins des populations tout au long de la mise en œuvre du PNDS.

6.2. Décentralisation dans la mise en œuvre et déclinaison du PNDS en PAO

Le PNDS 2019-2022 sera mis en œuvre par les trois niveaux du système national de santé selon les attributions de chacun, de manière à faire participer l'ensemble des parties prenantes sous la coordination du Gouvernement dans un esprit de redevabilité mutuelle. Les actions envisagées dans les différents piliers feront l'objet de plans sous sectoriels adaptés. Il s'agit notamment du plan de développement des ressources humaines, du plan d'approvisionnement en médicaments, vaccins et intrants de santé, du plan de réhabilitation et équipement des infrastructures sanitaires, du plan de renforcement de l'information sanitaire du SNIS, etc.

La mise en œuvre coordonnée du PNDS 2019-2022 passe par sa déclinaison en plans d'actions opérationnels (PAO) à différents niveaux reprenant les activités clés liées à ses attributions. Chaque niveau du

système sanitaire national élaborera, chaque année, un plan de mise en œuvre du PNDS pour une programmation annuelle des actions prioritaires et qui servira de cadre pour l'alignement des interventions et ressources. Les PAO des ZS seront axés sur la mise en œuvre des interventions du PMA et du PCA. Les actions des Provinces se focaliseront sur la coordination et encadrement des ZS. Le niveau central s'occupera de normalisation, la régulation et l'encadrement des Provinces.

7.3. Responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020

Les responsabilités dans la mise en œuvre du PNDS 2016-2020 sont réparties entre les différentes parties prenantes, notamment les structures gouvernementales, les PTF et la Société Civile.

7.5. Plan de Communication

La mise en œuvre du PNDS 2016-2020 réservera une place de choix à la communication entre les différents niveaux. La communication dont il est question se fera dans un but triple : (i) vulgariser le PNDS, les résultats attendus, les programmes et interventions prioritaires pour leur appropriation par les différentes parties prenantes, (ii) soutenir les prestations dans le sens de la promotion des modes de vie saines et changement des comportements et (iii) assurer la visibilité des actions menées dans le secteur.

8. Cadre de Suivi-Evaluation et de Redevabilité

8.1. Considérations générales

Ce cadre de suivi-évaluation et de redevabilité est basé sur la logique de la gestion axée sur les résultats qui oblige le Ministère de la Santé et ses partenaires à mettre en place un dispositif permettant de générer les informations relatives aux progrès réalisés dans la mise en œuvre du PNDS, de procéder à l'analyse des performances et d'orienter la prise de décision.

8.2. Les Indicateurs du CSE du PNDS

Le cadre de suivi et évaluation permettra de faire le point de l'évolution du secteur de santé par rapport au PNDS 2016-2020 sur base de plusieurs types d'informations. Il est assorti d'une liste d'indicateurs qui mesurent les changements souhaités dans PNDS 2019-2022.

8.3. Rôles et responsabilités dans le Suivi et évaluation du PNDS

Le Suivi et évaluation du PNDS se fera de manière participative aux trois niveaux de la pyramide sanitaire (opérationnel, provincial et central) selon trois modalités : le suivi de routine, les revues sectorielles et les évaluations indépendantes. Rôles et responsabilités des acteurs tierces.

8.3.1. La société civile

La société civile, constituée notamment des ONG de développement, des OAC, des réseaux des Associations de professionnels et des syndicats œuvrant dans le secteur contribuent tant dans les prestations des services et soins que dans l'évaluation des performances du secteur. Ils ont l'obligation de garantir la dynamique communautaire, la bonne gouvernance et la redevabilité. Ils ont l'obligation de fournir toutes les informations utiles pour capter ses interventions et en apprécier les performances.

Le secteur privé

Le secteur privé englobe les petits exploitants ou producteurs indépendants jusqu'aux entreprises d'envergure nationale, régionale ou mondiale, en passant par les fondations et les organisations privées représentant le monde des affaires, des formations sanitaires et des regroupements des entrepreneurs œuvrant dans le secteur de la santé. Ils ont l'obligation de fournir toutes les informations utiles pour capter leurs interventions et apprécier leurs performances.