

# Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo





# Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo



**WORLD BANK GROUP**

THE WORLD BANK IFC International  
IBRD · IDA Finance Corporation



# Table des matières

Table des matières	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Acronymes	ix
Remerciements	xiii
Synthèse	xv
<b>1. Contexte et méthodologie</b>	<b>1</b>
1.1 CONTEXTE	1
1.2 CONTEXTE RÉGIONAL	2
1.3 OBJET, PORTÉE ET LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE DE L'ÉVALUATION	4
1.3.1 Objet et portée	4
1.3.2 Définitions	4
1.3.3 Méthodologie de l'évaluation	5
1.3.4 Limitations	6
1.4 RÉCAPITULATIF DU RAPPORT	6
<b>2. Présentation générale du secteur privé de la santé en RDC</b>	<b>7</b>
2.1 PRINCIPAUX THÈMES RÉGIONAUX	7
2.2 STRUCTURE DU SYSTÈME DE SANTÉ	8
2.2.1 Le secteur public de la santé	8
2.2.2 Le secteur privé de la santé axé sur la fourniture de services	9
2.2.3 Le secteur pharmaceutique privé	11
2.2.4 Les guérisseurs traditionnels	11
<b>3. Leadership et gouvernance</b>	<b>12</b>
3.1 INTRODUCTION	12
3.1.1 La réglementation du secteur privé de la santé	13
3.2 ENGAGEMENT DU SECTEUR PRIVÉ ET PARTENARIATS	14
3.2.1 Des forums pour le dialogue public–privé dans le secteur de la santé	14
3.2.2 Des PPP pour la santé	15
3.2.3 L'engagement des sociétés	17

3.3 RECOMMANDATIONS	19
3.3.1 Réglementation	19
3.3.2 Dialogue public-privé	19
3.3.3 Stratégie en matière de partenariat	21
<b>4. Prestation de services</b>	<b>24</b>
4.1 INTRODUCTION	24
4.2 PLANIFICATION FAMILIALE	25
4.2.1 Contexte	25
4.2.2 Dynamique de la fourniture de services	25
4.3 SANTÉ MATERNELLE	30
4.3.1 Contexte	30
4.3.2 Dynamique de la fourniture de services	31
4.4 SANTÉ INFANTILE	32
4.4.1 Contexte	32
4.4.2 Dynamique de la fourniture de services	32
4.5 NUTRITION	33
4.5.1 Contexte	33
4.5.2 Plaidoyer et collaboration stratégique	34
4.5.3 Dynamique de la prestation de services en nutrition	35
4.6 AUTRES PROBLÈMES SANITAIRES	36
4.6.1 Le paludisme	36
4.6.2 Les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida	36
4.6.3 La tuberculose	36
4.7 DEMANDE DE SERVICES	37
4.8 RECOMMANDATIONS	38
<b>5. Accès aux médicaments essentiels</b>	<b>42</b>
5.1 APERÇU DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT	42
5.2 CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC/ONG	43
5.3 CHAÎNE LOGISTIQUE DU SECTEUR COMMERCIAL	45
5.3.1 Fabrication locale	45
5.3.2 Importateurs et grossistes	45
5.3.3 Pharmacies et points de vente de médicaments	46
5.4 ACCESSIBILITÉ ET TARIFICATION DES MÉDICAMENTS	47
5.5 ENREGISTREMENT DES MÉDICAMENTS ET PHARMACOVIGILANCE	47
5.6 RECOMMANDATIONS	49
5.6.1 Renforcer le système de la FEDECAME	49
5.6.2 Réformer la distribution des produits pharmaceutiques	50

5.6.3	Encourager la fabrication locale et soutenir le développement de la chaîne logistique	52
<b>6.</b>	<b>Financement</b>	<b>54</b>
6.1	<b>FINANCEMENT DE LA SANTÉ</b>	<b>54</b>
6.1.1	Dépenses de santé : sources, tendances et implications	54
6.1.2	L'approche de la RDC pour atteindre la CSU	55
6.1.3	Programmes de financement de la santé en RDC	56
6.1.4	Leçons pertinentes tirées des autres expériences acquises dans le monde	62
6.1.5	Recommandations	62
6.2	<b>ACCÈS AU FINANCEMENT</b>	<b>65</b>
6.2.1	Aperçu de l'offre de financement - le secteur bancaire et de la microfinance	65
6.2.2	Rôle des institutions financières dans le secteur privé de la santé	68
6.2.3	La demande d'accès au financement	69
6.2.4	Recommandations	70
<b>7.</b>	<b>Le personnel de santé</b>	<b>74</b>
7.1	<b>DÉVELOPPEMENT ET RÉGLEMENTATION DU PERSONNEL DE SANTÉ DU SECTEUR PRIVÉ</b>	<b>74</b>
7.2	<b>ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE FORMATION MÉDICALE</b>	<b>74</b>
7.2.1	Types d'établissements de formation	74
7.2.2	Qualité de la formation	75
7.3	<b>LES RHS DANS LE SECTEUR PRIVÉ</b>	<b>78</b>
7.3.1	Données sur les RHS dans le secteur privé	78
7.3.2	Double pratique	80
7.4	<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>80</b>
<b>8.</b>	<b>Systèmes d'information sanitaire</b>	<b>83</b>
8.1	<b>LE SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE ET LE SECTEUR PRIVÉ</b>	<b>83</b>
8.1.1	DHIS2	83
8.2	<b>AUTRES SYSTÈMES D'INFORMATION</b>	<b>86</b>
8.2.1	Système d'information et de gestion de la logistique	86
8.2.2	Systèmes d'information sur les ressources humaines dans la santé	87
8.2.3	Tableau de bord des données du Projet de santé intégré (IHP)	88
8.3	<b>LE NUMÉRIQUE ET LES TÉLÉCOMMUNICATIONS</b>	<b>88</b>
8.3.1	Les opérateurs de réseaux mobiles	88

8.4 INNOVATIONS NUMÉRIQUES DANS LA SANTÉ	90
8.4.1 WapiMed : une solution numérique pour l'identification des services de santé et l'accès à ceux-ci	90
8.4.2 M-Tiba : un outil numérique pour le financement de la santé	90
8.5 RECOMMANDATIONS	91
<b>9. Feuille de route pour l'action à l'horizon de trois ans</b>	<b>106</b>
<b>10. Conclusion</b>	<b>126</b>
<b>Annexes</b>	<b>127</b>
<b>Références</b>	<b>136</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Principales constatations de l'évaluation et recommandations	xvi
Tableau 2. Facilité de faire des affaires en RDC	2
Tableau 3. Caractéristiques générales et sanitaires pour les provinces ciblées	3
Tableau 4. Structure du système de santé en RDC	8
Tableau 5. Laboratoires pharmaceutiques, grossistes privés autorisés et non autorisés et pharmacies autorisées en RDC*, 2017	42
Tableau 6. Efficience et efficacité du système d'enregistrement des médicaments	50
Tableau 7. Moyenne de paiements à la charge des usagers par type de prestataire*	55
Tableau 8. Population couverte par les mutuelles les plus répandues	58
Tableau 9. Investissements directs étrangers, entrées nettes en pourcentage du PIB	66
Tableau 10. Obstacles à la demande et à l'offre à l'engagement des micro, petites et moyennes entreprises par les institutions financières	68
Tableau 11. Problèmes associés aux prêts au secteur privé de la santé	69
Tableau 12. Établissements de niveau secondaire par secteur et par province	75
Tableau 13. Établissements d'enseignement supérieur des techniques médicales par secteur et par province	76
Tableau 14. Universités dotées de faculté de médecine et de pharmacie par secteur et par province	76
Tableau 15. Ressources humaines pour la santé par catégorie et par secteur en RDC, 2015	78
Tableau 16. Nombre et type d'établissements enregistrés dans le DHIS2 dans des provinces choisies, 2017	84
Tableau 17. Base de données sur les utilisateurs d'opérateurs de réseaux mobiles et part de marché	88



## LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Les piliers du système de santé	4
Figure 2.	Portée géographique de l'évaluation	5
Figure 3.	Répartition des structures hospitalières par type, 2017	9
Figure 4.	Répartition des structures hospitalières par type et par province*, 2017	9
Figure 5.	Répartition des 1 288 structures de soins de santé privées agréées par province*, 2017	10
Figure 6.	Notes du NCIFP par dimension	13
Figure 7.	Zones de santé avec les hôpitaux de référence des organisations confessionnelles, 2016	17
Figure 8.	Rôle de la Cellule de PPP au sein du MSP	22
Figure 9.	Disponibilité des médicaments et des produits dans les établissements de santé par type de service et secteur	25
Figure 10.	Utilisation de moyens de contraception modernes en RDC et dans d'autres pays	25
Figure 11.	Mélange de moyens de contraception modernes par âge	26
Figure 12.	Comparaison régionale des sources de méthodes de FP	27
Figure 13.	Source de planification familiale par quintile de richesse	27
Figure 14.	Moyens de contraception par source	27
Figure 15.	Source de PF par âge	28
Figure 16.	Nouveaux utilisateurs de PF en 2016	28
Figure 17.	Pharmacies et établissements proposant des méthodes de PF à Kinshasa, 2013	29
Figure 18.	Pourcentage des établissements privés à Kinshasa offrant des méthodes de PF et les ayant en stock le jour de l'étude	30
Figure 19.	Pourcentage des établissements privés au Kongo Central offrant des méthodes de PF et les ayant en stock le jour de l'étude	31
Figure 20.	Lieu des naissances vivantes	32
Figure 21.	Source des soins de santé pour les enfants en RDC	34
Figure 22.	Source des soins de santé pour les enfants par quintile de richesse	34
Figure 23.	Source des soins de santé pour les enfants pour le quintile de richesse le plus bas dans certains pays d'Afrique subsaharienne	35
Figure 24.	Nombre de personnes atteintes par la tuberculose, sous traitement, et pour lesquelles le traitement a été efficace, 2010-2016	37
Figure 25.	Principales raisons motivant la non-utilisation des soins de santé en RDC, 2013	38

Figure 26. Pourcentage des personnes qui n'utilisent pas de méthode de PF par type de raison donnée pour justifier une telle non-utilisation	39
Figure 27. Four-pronged approach to improve ORS and zinc use	41
Figure 28. Points de vente stockant des moyens de contraception modernes	48
Figure 29. Dépenses actuelles par source de financement, 2014	54
Figure 30. Pourcentage des paiements à la charge des usagers par rapport aux dépenses totales de santé, 2016	55
Figure 31. Moyenne des dépenses de santé à la charge des usagers par statut d'assurance, 2010	56
Figure 32. Répartition des banques (% du nombre total des succursales et guichets de banque)	66
Figure 33. Répartition des IMF (% du nombre total des succursales et des guichets des IMF)	66
Figure 34. Emprunts par source (âge : + de 15 ans), 2011	67
Figure 35. Utilisation de comptes d'argent mobile en RDC, 2016	71
Figure 36. Disponibilité des RHS formés et des protocoles par type de service et par secteur	79
Figure 37. Emplacement de la pratique privée parmi les agents de santé du secteur public interrogés travaillant également dans le privé, 2015	80
Figure 38. Taux de transmission des rapports en novembre 2017, par type d'établissement	85

# Acronymes

<b>ABEF</b>	Association pour le Bien-être Familial
<b>Abt</b>	Abt Associates
<b>ARCA</b>	Autorité de Régulation et de Contrôle des Assurances
<b>ASF</b>	Association de Santé Familiale
<b>ASPS</b>	Alliance du Secteur Privé de la Santé
<b>ASRAMES</b>	Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
<b>B&amp;MGF</b>	Fondation Bill & Melinda Gates
<b>BDOM</b>	Bureau Diocésain des Œuvres Médicales/catholiques
<b>BM</b>	Banque mondiale
<b>CDR</b>	Centrale de Distribution Régionale des Médicaments
<b>CNMN</b>	Comité National Multisectoriel de Nutrition
<b>CNP-SS</b>	Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé
<b>CODESA</b>	Comité de Développement de l'Aire de Santé
<b>CPN</b>	Commission Pharmaceutique Nationale
<b>CSC</b>	Changement social et comportemental
<b>CSU</b>	Couverture santé universelle
<b>CTA</b>	Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine
<b>CTMP</b>	Comité Technique Multisectoriel Permanent pour le repositionnement de la planification familiale en RDC
<b>CVC</b>	Centre de vie communautaire
<b>DCA</b>	<i>Development credit authority</i>
<b>DHIS 2</b>	Système d'information sur la santé au niveau du district 2
<b>DIU</b>	Dispositif Intra-Utérin
<b>DPM</b>	Direction de la Pharmacie et du Médicament
<b>DPS</b>	Divisions Provinciales de la Santé
<b>EDS</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>FBP</b>	Financement basé sur la performance
<b>FEDECAME</b>	Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
<b>FINCA</b>	<i>Foundation for International Community Assistance</i>

<b>GAHN</b>	<i>Global Access Health Network</i>
<b>GIMNI</b>	Gestion intégrée des maladies néonatales et infantiles
<b>GSK</b>	GlaxoSmithKline
<b>IDE</b>	Investissement direct étranger
<b>IFC</b>	Société financière internationale
<b>IHP</b>	<i>Integrated Health Project (USAID)</i>
<b>IMF</b>	Institutions de microfinance
<b>MEPSP</b>	Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel
<b>MESP</b>	Mutuelle de Santé de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel
<b>MESU</b>	Ministère de l'Enseignement supérieur et universitaire
<b>MM5</b>	Mortalité des enfants de moins de 5 ans
<b>MOCC</b>	Mouvement Ouvrier Chrétien du Congo
<b>MPME</b>	Micro, petites et moyennes entreprises
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>NCIFP</b>	<i>National composite index to rate the enabling environment for family planning</i>
<b>OCC</b>	Office Congolais de Contrôle
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ONG</b>	Organisations non gouvernementales
<b>PEPFAR</b>	Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida
<b>PMA2020</b>	<i>Performance Monitoring and Accountability 2020</i>
<b>PMI</b>	<i>President's Malaria Initiative</i>
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PNAME</b>	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLN</b>	Programme National de Lutte contre le Paludisme
<b>PNPMS</b>	Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé
<b>PNSR</b>	Programme National de Santé de la Reproduction
<b>POMUCO</b>	Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo
<b>PPP</b>	Partenariat public-privé
<b>PRONANUT</b>	Programme National de Nutrition
<b>PSI</b>	<i>Population Services International</i>
<b>SARA</b>	<i>Service Availability and Readiness Assessment</i>
<b>RDC</b>	République démocratique du Congo

<b>RHS</b>	Ressources Humaines pour la Santé
<b>RSE</b>	Responsabilité sociale des entreprises
<b>SIGL</b>	Système d'information sur la gestion logistique
<b>SIGRH</b>	Système intégré de gestion des Ressources Humaines
<b>SMI</b>	Santé maternelle et infantile
<b>SNIS</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SOR</b>	Solution orale de réhydratation
<b>TA</b>	Tiers-administrateurs
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TPC</b>	Taux de prévalence des contraceptifs
<b>UMUSAC</b>	Union des mutuelles de santé du Congo
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations unies pour la population
<b>USAID</b>	Agence Américaine pour le Développement International



# Remerciements

L'équipe chargée de l'évaluation tient à exprimer sa reconnaissance pour le soutien manifesté par Hadia Samaha et Kara Adamon de la Banque mondiale, qui ont guidé l'élaboration, la rédaction et le passage en revue de ce rapport. Nous remercions également la Société financière internationale (IFC) pour avoir cofinancé cette évaluation. Nous tenons aussi à remercier les collaborateurs de la Fondation Bill & Melinda Gates (B&MGF), notamment Tanya Shewchuk et Perri Sutton, ceux de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), notamment Lois Schaefer, Jasmine Baleva, Nefra Faltas, Malia Boggs et Izetta Minko-Moreau, ainsi que le Mécanisme de financement mondial (GFF) en soutien à Chaque Femme Chaque Enfant. Nous remercions le Ministère de la Santé publique, en particulier le ministre de la Santé, le Dr Oly Ilunga Kalenga, et le conseiller du ministre pour le Secteur privé, Jean-Julien Ilunga, pour leur assistance et leur amabilité pendant l'évaluation. Nous apprécions le temps qu'ils nous ont consacré et leurs points de vue sur le secteur privé de la santé, ainsi que ceux des diverses parties prenantes membres d'organisations à but non lucratif, de partenaires au développement, de partenaires pour la mise en œuvre, de cliniques et de pharmacies privées, et d'associations du secteur privé de la santé. Enfin, nous nous tenons aussi à remercier Caroline Quijada d'Abt Associates pour son leadership dans l'évaluation et le passage en revue du document et pour ses recommandations visant à son amélioration.

**Citation recommandée** : Brunner, Bettina, Combet, Virginie, Callahan, Sean, Holtz, Jeanna, Mangone, Emily, Barnes, Jeff, Clarence, Cathy, Assi, Auguste, Gober, Stephanie. 2018. *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*. Bethesda, MD : Abt Associates Inc.





La Banque mondiale, dans le cadre d'un partenariat avec la Société financière internationale (IFC), la Fondation Bill & Melinda Gates (B&MGF) et l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), a engagé Abt Associates (Abt) pour effectuer une étude sur la contribution du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo (RDC). L'évaluation utilise les six piliers d'un système de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme cadre de travail : leadership/gouvernance, prestation des services, accès aux médicaments essentiels, financement, personnel de santé et systèmes d'information sanitaire. L'évaluation a inclus huit régions prioritaires afin de refléter la diversité géographique en taille et la composition du secteur privé de la santé : Kinshasa, Matadi, Lubumbashi, Kolwezi, Bukavu, Goma, Mbuji-Mayi et, dans une moindre mesure, Kisangani.

L'évaluation fournit :

- Une estimation de la taille, de la portée et de l'échelle du secteur privé de la santé, en mettant l'accent sur les principales parties prenantes et leurs rôles ;
- Un aperçu des types de services et de produits de santé offerts par le secteur privé, en mettant l'accent sur la planification familiale (PF) et la santé maternelle et infantile (SMI) ;
- Des comparaisons et des leçons tirées de pays comparables à faible revenu ;
- Un aperçu des politiques, des conditions du marché et des besoins des entreprises qui entravent ou facilitent la participation du secteur privé au système de santé ; et
- Des priorités stratégiques avec une « feuille de route pour l'action » à un horizon de trois ans.

Abt a déterminé l'étendue des travaux en collaboration avec la Banque mondiale, l'IFC, la B&MGF, l'USAID et le Ministère de la Santé Publique (MSP). Abt a ensuite organisé un événement de lancement en octobre 2017. À la suite du lancement, une équipe d'experts du secteur privé a effectué un examen documentaire portant sur plus de 200 documents, puis elle a entrepris un voyage de recueil de données en RDC pour s'entretenir avec 215 parties prenantes dans les sept zones géographiques prioritaires (à l'exclusion de Kisangani). Les conclusions, recommandations et opportunités présentées dans ce rapport sont complétées par une feuille de route classant les priorités avec un horizon de trois ans, un plan mis en place lors d'un travail de validation et de priorisation réalisé en avril 2018.

## PRINCIPALES CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS

Le secteur privé de la santé est un acteur important dans le système de santé de la RDC, mais l'étendue de sa contribution reste très peu connue. Les prestataires privés,

en particulier les organisations confessionnelles, ont connu un grand essor à la fin des années 1990 et au début des années 2000 pour combler les lacunes apparues dans le secteur public de la santé à la suite de la déstabilisation politique et civile. Le gouvernement s'est efforcé de se rétablir et d'améliorer l'état de santé de la population, et ce faisant, il a reconnu l'importance des prestataires privés et a décidé de les intégrer dans l'ensemble du système de santé – le secteur privé est désormais mentionné comme partenaire clé dans plusieurs stratégies, politiques et plans du MSP. Cependant, la coopération public-privé pour la santé n'en est encore qu'à ses débuts, à l'exception notable des organisations confessionnelles. Les efforts fournis au niveau central pour améliorer cette coopération sont encore très lents étant donné que, parallèlement, le gouvernement s'efforce de décentraliser le système de santé au niveau des provinces et au niveau local. Le chevauchement de certaines responsabilités combiné à des déficits de ressources financières et humaines, ainsi que l'insuffisance des données concernant les acteurs du secteur privé et leur emplacement, ont ralenti encore davantage les efforts de renforcement de cette coopération et de réglementation du secteur privé. Le secteur privé de la santé fait lui-même l'objet de nombreuses contraintes associées à la disponibilité des produits de base, aux pénuries de personnel adéquatement qualifié et au prix trop élevé des soins de santé privés pour une grande partie de la population. Par ailleurs, la poursuite de l'incertitude politique a dissuadé de nombreuses sociétés d'investir dans le système de santé. Malgré ces obstacles, il existe de nombreuses opportunités pour que le Gouvernement de la RDC et les bailleurs puissent tirer un meilleur parti du rôle potentiel des acteurs privés afin d'améliorer l'état de santé de la population. Le Tableau 1 résume les principales constatations et les recommandations identifiées dans le cadre du processus d'évaluation.

**Tableau 1. Principales constatations de l'évaluation et recommandations**

Constatations	Recommandations
<b>Intégration du secteur privé dans la prise de décision et la mise en œuvre de la stratégie du secteur de la santé</b>	
<p><i>Leadership et gouvernance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le rôle et la mission de plaider pour le secteur privé de l'Alliance du Secteur Privé de la Santé (ASPS) ne sont pas définis clairement.</li> <li>Il n'existe pas suffisamment de points de rencontre pour permettre aux acteurs du secteur privé à but lucratif de la santé de rencontrer régulièrement des responsables du secteur public afin de résoudre des problèmes ou de collaborer. Par ailleurs, il n'existe pas non plus de processus uniforme pour assurer la poursuite de la collaboration des organisations confessionnelles avec le gouvernement.</li> <li>La restructuration du MSP a créé des barrières institutionnelles qui font obstacle à la prise de décisions et réduisent l'autonomie nécessaire aux partenariats public-privé (PPP). Le MSP ne dispose pas non plus d'une stratégie appropriée pour les PPP dans le secteur de la santé.</li> </ul>	<p><i>Leadership et gouvernance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir une assistance technique ciblée pour renforcer la présence de l'ASPS aux niveaux national et régional, ainsi que son plaidoyer.</li> <li>Renforcer la capacité de l'ASPS à organiser des formations pour les prestataires, à travailler avec les institutions financières pour identifier les établissements ayant des besoins de financement et à établir des liens entre les fournisseurs et les institutions financières.</li> <li>Créer des points de rencontre à l'échelle nationale et à celle des zones de santé pour établir un dialogue public-privé et finaliser la convention avec les organisations confessionnelles en cours d'examen.</li> </ul>

**Tableau 1. Principales constatations de l'évaluation et recommandations (Continued)**

Constatations	Recommandations
<b>Intégration du secteur privé dans la prise de décision et la mise en œuvre de la stratégie du secteur de la santé</b>	
<p><i>Prestation de services</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le Gouvernement de la RDC a élaboré une stratégie intégrée pour la santé des nourrissons, des bébés, des enfants et des mères, mais il ne l'a pas encore totalement mise en place pour améliorer l'état de santé de la population.</li> <li>Les prestataires privés ne reçoivent pas de mises à jour périodiques sur la PF et ne fournissent pas régulièrement de conseils en la matière.</li> </ul> <p><i>Systèmes de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les bailleurs (par exemple, pour le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida [PEPFAR], le Fonds mondial et la <i>President's Malaria Initiative</i>) procurent leurs produits en dehors du réseau de la FEDACAME.</li> </ul> <p><i>Financement de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La RDC a récemment adopté une loi (Loi Organique n° 17/002 du 8 février 2017) permettant la mise à l'échelle de la couverture dans le cadre des mutuelles communautaires, ainsi que d'autres mécanismes de financement tels que l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires.</li> <li>Il existe divers programmes de financement de la santé avec des structures de gestion, des systèmes de paiement et des processus administratifs <i>ad hoc</i>. Les programmes achètent actuellement des services sur la base du principe du paiement à l'acte, et ils éprouvent des difficultés à gérer les risques de fraude et d'abus.</li> <li>La RDC a lancé à titre expérimental des programmes de financement basé sur la performance (FBP) pour améliorer la performance du système de santé, mais jusqu'à présent très peu de prestataires privés sont inclus dans ces programmes.</li> </ul> <p><i>Personnel de santé dans le secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les données sur les ressources humaines pour la santé (RHS) dans le secteur privé sont limitées, car l'intégralité des parties prenantes ne rendent pas toutes des comptes au MSP.</li> <li>Les prestataires privés affirment que les organisations confessionnelles et les ONG sont favorisées par le MSP par rapport aux établissements de santé à but lucratif pour la dotation en personnel de RHS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer la capacité du MSP pour lui permettre de mieux tirer parti des PPP, y compris un soutien pour élaborer une stratégie de PPP dans le secteur de la santé et pour renforcer la capacité de la Direction des Partenariats dans le but d'effectuer une transition vers une cellule de PPP plus visible et servir de point de liaison pour engager le secteur privé.</li> </ul> <p><i>Prestation de services</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tirer parti d'une approche intégrée pour améliorer la gestion des maladies infantiles, notamment en mettant en place une politique et un environnement réglementaire favorable, en assurant une large disponibilité de produits de qualité élevée à un prix abordable, en encourageant la demande et en apprenant aux soignants les comportements appropriés à adopter vis-à-vis des personnes ayant besoin de soins, et en améliorant les connaissances et compétences des prestataires privés.</li> <li>Tirer parti des franchises et des réseaux de prestataires existants et les consolider afin de renforcer la fourniture de conseils et de services en matière de PF.</li> </ul> <p><i>Systèmes de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager la collaboration parmi les bailleurs, les Organisations non gouvernementales (ONG) internationales et la Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (FEDECAME) pour améliorer le système national de planification des besoins de produits de santé et des approvisionnements.</li> </ul> <p><i>Financement de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Établir un forum de plaidoyer pour permettre aux mutuelles d'engager les responsables du gouvernement et d'autres parties prenantes clés afin de mettre en œuvre et de contrôler la conformité à des normes de performance communes axées sur les soins cliniques, un mélange de services, la fixation des prix et les pratiques en matière de facturation, la communication des informations requises et les normes de services aux patients.</li> <li>Soutenir l'expansion des achats stratégiques pour les programmes de financement de la santé, y compris la passation de marchés, qui comprend de nouveaux modèles pour l'assurance qualité des fournisseurs sous contrat.</li> </ul>

(continue en page xviii)

**Tableau 1. Principales constatations de l'évaluation et recommandations (Continued)**

Constatations	Recommandations
<b>Intégration du secteur privé dans la prise de décision et la mise en œuvre de la stratégie du secteur de la santé</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les initiatives visant à accroître la motivation des RHS sont limitées par l'incapacité du MSP à payer les salaires de son personnel dans les établissements publics et privés avec lesquels il passe des contrats.</li> <li>Des plans de formation existent pour tous les niveaux des RHS, mais la qualité et l'accessibilité des formations varient en raison de ressources et de formateurs inadéquats, ainsi que de contraintes géographiques/financières.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confirmer les succès et les défis en matière de PBF, et l'impact de ces programmes sur l'implication des prestataires privés. Tester si et comment le FBP peut promouvoir la qualité et l'efficacité dans le secteur privé.</li> </ul>
<p><i>Initiatives en matière de systèmes d'information et de santé numérique</i></p>	<p><i>Personnel de santé dans le secteur privé</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Des informations limitées sont disponibles sur les médicaments et les produits agréés.</li> <li>Les données du secteur privé sont collectées régulièrement et comprennent des rapports de qualité pour les prestataires enregistrés un succès qui doit être renforcé et encouragé en permanence.</li> <li>Les données sur la PF et sur la santé des enfants du Système d'information sanitaire de district 2 (DHIS2) sont limitées et ne donnent pas une image complète de l'offre ou de la demande de produits de base.</li> <li>Le système d'information sur la gestion logistique (SIGL) est insuffisant pour surveiller et renforcer la chaîne d'approvisionnement.</li> <li>On ignore quel pourcentage d'établissements privés en RDC est enregistré dans DHIS2. Parmi les établissements enregistrés, près de 3 000 ne sont pas classés comme publics, privés ou confessionnels, ce qui rend difficile l'évaluation des différences de participation par secteur ou par indicateur de santé.</li> <li>Aucun rapport interne n'est produit de manière récurrente pour fournir aux décideurs un aperçu des différences dans la prestation de services publics et privés, ou pour faire part de ses idées ou commentaires aux prestataires privés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir le MSP pour collaborer avec les parties prenantes des secteurs public et privé afin de mieux cartographier les RHS disponibles dans le secteur privé dans les domaines clés de la santé pour identifier et combler les lacunes en matière de RHS.</li> <li>Développer et mettre en œuvre avec la Direction des ressources humaines du MSP une approche systématique pour améliorer la motivation des RHS dans les secteurs public et privé en collaboration avec les partenaires.</li> <li>Soutenir le MSP pour travailler avec les partenaires, y compris les Ordres professionnels et les associations de fournisseurs pour améliorer les programmes de formation dans les établissements publics et privés de formation, y compris les programmes pour les formateurs.</li> </ul>
	<p><i>Initiatives en matière de systèmes d'information et de santé numérique</i></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établir sur le Web une base de données complète des médicaments agréés et des lots approuvés pour les médicaments fréquemment utilisés.</li> <li>Continuer à construire une culture de communication et d'utilisation des données en intégrant les priorités du secteur privé, les difficultés que celui-ci rencontre et les mesures incitatives.</li> <li>Revoir et améliorer les indicateurs de PF et de santé infantile dans DHIS2.</li> <li>Soutenir le développement d'une plateforme de SIGL, telle que OpenLMIS, séparée de DHIS2 tout en restant interopérable, pour la gestion des stocks. Même si le secteur public générerait le SIGL, l'engagement du secteur privé serait essentiel à son succès et à son utilité.</li> <li>Mener une enquête du secteur privé pour cartographier les établissements de santé privés en RDC, y compris les pharmacies et les autres points de vente de médicaments, afin d'améliorer la participation au DHIS2 et au SIGL.</li> </ul>

**Tableau 1. Principales constatations de l'évaluation et recommandations (Continued)**

Constatations	Recommandations
<b>Intégration du secteur privé dans la prise de décision et la mise en œuvre de la stratégie du secteur de la santé</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Des progrès réguliers ont été réalisés concernant la mise en œuvre du système d'information relatif aux ressources humaines (iHRIS) pour la collecte et la gestion des données sur les effectifs des RHS, les compétences, les localisations et d'autres domaines importants permettant de soutenir la prise de décisions. Ces données peuvent permettre aux décideurs politiques d'identifier les principales lacunes et priorités en matière de ressources.</li> <li>Le projet de santé intégré (IHP) est en train d'introduire un tableau de bord pour les prises de décisions en matière de programme de santé au niveau des zones de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer et distribuer des tableaux de bord de données exploitables pour la prise de décisions dans le secteur privé.</li> <li>Prolonger le soutien technique, si nécessaire, pour dimensionner le iHRIS à l'échelle nationale dans le but de surmonter les difficultés importantes liées à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Une plus grande implication avec les prestataires à but lucratif et ceux à but non lucratif pourrait aider à équilibrer et distribuer les ressources humaines.</li> <li>Explorer la possibilité d'une plus grande intégration du secteur privé dans le nouveau tableau de bord du projet IHP.</li> </ul>
<b>Réglementation du secteur privé</b>	
<p><i>Leadership et gouvernance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il n'existe aucun Ordre des Sages-Femmes en RDC pour aider à réglementer ce cadre.</li> </ul> <p><i>Systèmes de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les régimes douanier et fiscal actuels augmentent le coût de la production locale des médicaments et le prix payé par les consommateurs pour les produits importés.</li> </ul> <p><i>Personnel de santé dans le secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La qualité des RHS du secteur privé varie considérablement en raison du manque de clarté du processus d'accréditation des établissements de formation, de la disponibilité inadéquate des ressources et de la qualité insuffisante de la formation.</li> <li>Le processus d'agrément des établissements de formation n'est pas clair en raison de l'influence de multiples acteurs.</li> <li>Certains étudiants entrent dans les soins cliniques après l'obtention de leur diplôme sans formation pratique suffisante, ce qui affecte la qualité des soins.</li> </ul>	<p><i>Leadership et gouvernance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager la formation d'un Ordre des Sages-Femmes.</li> </ul> <p><i>Systèmes de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer la faisabilité de réformer les régimes douanier et fiscal actuels pour encourager la fabrication locale de médicaments et autres produits pharmaceutiques.</li> </ul> <p><i>Personnel de santé dans le secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Collaborer avec la nouvelle Direction des ressources humaines du MSP en collaboration avec le Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel (MEPSP), le Ministère de l'Enseignement supérieur et universitaire (MESU) pour instituer un organe de coordination pouvant faciliter la réglementation et la normalisation des programmes de formation, et améliorer la qualité et la normalisation de la formation.</li> <li>Établir et appliquer un système d'agrément uniforme pour les établissements de formation.</li> <li>Clarifier et codifier les procédures opérationnelles standards relatives au placement des étudiants du secteur privé (tous les cadres et toutes les disciplines) dans des établissements publics.</li> </ul>
<b>Environnement favorable amélioré pour les investissements du secteur privé</b>	
<p><i>Leadership et gouvernance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De façon générale, la loi contraint actuellement l'accès aux produits et services du secteur privé.</li> </ul>	<p><i>Leadership et gouvernance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser un examen des lois et règlements en vigueur pour identifier les textes juridiques appropriés en liaison avec le besoin de réforme du secteur de la santé.</li> </ul>

(continue en page xx)

**Tableau 1. Principales constatations de l'évaluation et recommandations (Continued)**

Constatations	Recommandations
<b>Environnement favorable amélioré pour les investissements du secteur privé</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les régimes douaniers et fiscaux actuels augmentent les coûts de la production locale de médicaments et les coûts que les consommateurs paient pour les produits importés.</li> </ul> <p><i>Prestation de services</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le coût est un obstacle important qui limite le recours aux services de PF dans le secteur privé.</li> </ul> <p><i>Systèmes de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le réseau de chaînes régionales logistiques décentralisées, la FEDECAME, a une capacité limitée et requiert de nouvelles stratégies de financement pour gérer le risque de créances irrécouvrables.</li> <li>Les centres régionaux de distribution doivent réduire leur endettement pour pouvoir étendre davantage leurs opérations.</li> <li>La chaîne d'approvisionnement du secteur privé est très fragmentée et nécessite une révision majeure ainsi qu'un renforcement de ses capacités pour gérer et livrer les médicaments conformément aux normes pharmaceutiques.</li> <li>Le principal obstacle pour les fabricants congolais est le fait qu'ils ne parviennent pas à se conformer aux normes de qualité qui leur permettraient de répondre aux appels d'offres de la FEDECAME et des organisations internationales.</li> </ul> <p><i>Financement de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La culture de l'assurance au sein de la population de la RDC est peu développée, ce qui limite la demande d'assurance.</li> <li>La majorité des programmes de financement de la santé sont axés sur des soins thérapeutiques plutôt que sur des services préventifs tels que la PF.</li> <li>Les prestataires privés ont une expérience et des compétences limitées en ce qui concerne la collaboration avec les programmes de financement de la santé, et les normes de leurs services et travaux cliniques varient considérablement.</li> </ul> <p><i>Accès au financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'ASPS pourrait être un partenaire très utile pour accroître le financement du secteur privé de la santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager la fabrication locale de médicaments et autres produits pharmaceutiques par le biais d'une réforme des politiques en place, d'un soutien technique, d'un meilleur accès au financement et d'une révision des régimes douanier et fiscal.</li> </ul> <p><i>Prestation de services</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Explorer les opportunités visant à étendre les efforts actuels des PPP pour inclure des produits de PF.</li> </ul> <p><i>Systèmes de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En s'appuyant sur les programmes actuels de la Banque mondiale et d'autres partenaires, fournir un soutien technique à la FEDECAME, en plus des questions d'approvisionnement, de stockage et de transport afin d'inclure le contrôle des coûts, le marketing et la gestion des risques.</li> <li>Aider l'ensemble du réseau de la FEDECAME (y compris les centres régionaux) à avoir accès à de nouvelles opportunités de financement et à gérer les créances irrécouvrables.</li> <li>Renforcer la chaîne d'approvisionnement du secteur privé en consolidant la capacité des distributeurs régionaux à gérer les médicaments, en développant la capacité du secteur public à superviser et faire appliquer des règlements pharmaceutiques et à inspecter les pharmacies, en élevant les normes de qualité des grossistes en médicaments et en définissant un nouveau champ d'activité pour les points de vente de médicaments de second niveau qui ont la permission de vendre une gamme limitée de médicaments essentiels.</li> <li>Fournir un soutien technique par le biais de l'OMS aux fabricants pour améliorer la qualité.</li> </ul> <p><i>Financement de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Collaborer avec l'Autorité de Régulation et de Contrôle des Assurances (ARCA), les compagnies d'assurances, les mutuelles, les prestataires de soins de santé et d'autres acteurs pour éduquer les consommateurs sur l'assurance et lancer à titre expérimental un programme d'assurance ciblant les groupes informels vulnérables.</li> <li>Collaborer avec les mutuelles et les sociétés jouant le rôle de promoteurs pour couvrir les services et produits de PF et de santé préventive.</li> </ul>

**Tableau 1. Principales constatations de l'évaluation et recommandations (Continued)**

Constatations	Recommandations
<b>Environnement favorable amélioré pour les investissements du secteur privé</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les prestataires de soins de santé ont souvent une faible capacité de gestion des affaires et des finances, et ils sont incapables de fournir des états financiers ou des historiques de comptes pour prouver aux institutions financières leur capacité de remboursement.</li> <li>• De nombreux prestataires de soins privés sont incapables d'accéder au financement auprès des banques et des institutions de microfinance, et ceux qui sont en mesure d'emprunter sont confrontés à d'importantes exigences de garantie, à des conditions de prêt restrictives et à des taux d'intérêt très élevés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la volonté des prestataires privés de participer aux mutuelles et à d'autres initiatives de financement de la santé en développant un réseau de prestataires évolutif avec des normes de qualité, de tarification et de traitement communes.</li> <li>• Renforcer les programmes de financement de la santé en développant la capacité des mutuelles dans la conception des produits, la tarification, la gestion des risques et les processus administratifs par le biais des organisations de soutien des mutuelles. Tester des modèles de mise à l'échelle des mutuelles en partenariat avec des institutions de microfinance, des associations ou des coopératives.</li> <li>• Explorer des façons d'utiliser la technologie pour améliorer l'efficacité des programmes de financement de la santé.</li> </ul> <p><i>Accès au financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des formations et des conseils en gestion commerciale et financière aux prestataires de soins de santé privés.</li> <li>• Évaluer la possibilité d'établir des partenariats et des liens commerciaux au sein de l'écosystème de la santé qui seraient bénéfiques pour toutes les parties.</li> </ul>
<b>Opportunités d'investissement pour le secteur privé</b>	
<p><i>Leadership et gouvernance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fabricants étrangers de médicaments et de dispositifs médicaux ont lancé des programmes de recherche sur les marchés ainsi que différents programmes sociaux en RDC sans même avoir de présence dans le pays.</li> </ul> <p><i>Prestation de services</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La collaboration du secteur privé dans le cadre des programmes de nutrition est toujours relativement limitée.</li> </ul> <p><i>Systèmes de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le droit congolais permet à des personnes autres que des pharmaciens de posséder une officine à condition que le propriétaire emploie un pharmacien pour superviser son exploitation en respectant les normes professionnelles. Cette réglementation donne l'opportunité à des propriétaires de développer des réseaux de pharmacies et d'atteindre des économies d'échelle.</li> </ul>	<p><i>Leadership et gouvernance</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer avec les sociétés fournissant des produits pharmaceutiques, des dispositifs médicaux et des solutions technologiques (par exemple, Phillips et MasterCard) pour importer de nouveaux produits et/ou augmenter la fourniture des produits déjà sur le marché dans le pays afin d'améliorer l'accès aux services de santé et la prestation de tels services.</li> </ul> <p><i>Prestation de services</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir des interventions stratégiques pour engager le secteur privé dans des programmes de nutrition, notamment en faisant la promotion de la fortification des aliments locaux, en utilisant les services de transporteurs privés pour acheminer des produits thérapeutiques dans des zones difficiles d'accès et en augmentant la participation du secteur privé à l'élaboration de stratégies appropriées et à la planification correspondante.</li> </ul>

(continue en page xxii)

**Tableau 1. Principales constatations de l'évaluation et recommandations (Continued)**

Constatactions	Recommandations
<b>Opportunités d'investissement pour le secteur privé</b>	
<p><i>Financement de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les programmes de financement de la santé, gérés par des administrateurs tiers ou des employeurs du secteur privé, sont souvent confrontés à des défis liés, entre autres, aux paiements des fournisseurs, aux coûts ou à la fraude.</li> </ul> <p><i>Accès au financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il est difficile pour les prestataires privés d'obtenir du financement pour construire ou développer leur pratique.</li> <li>Il existe peu d'organisations en RDC qui sont positionnées pour fournir une assistance technique aux entreprises de santé qui leur permettrait d'être prêtes pour les investisseurs.</li> </ul> <p><i>Initiatives en matière de systèmes d'information et de santé numérique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bien que de nombreux partenaires de mise en œuvre fassent de la sensibilisation sur les aires de santé clés, il n'existe aucune approche coordonnée pour établir des partenariats avec des agences de télécommunication telles qu'Orange, Vodacom, Airtel et Africell, qui disposent de vastes réseaux physiques, virtuels et humains en RDC et qui pourraient être mis à profit pour améliorer l'infrastructure de communication nationale</li> </ul>	<p><i>Systèmes de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager la création de réseaux de pharmacies et de points de vente de médicaments.</li> </ul> <p><i>Financement de la santé</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir un administrateur tiers (AT) ou un employeur pour développer et mettre à l'échelle un modèle amélioré d'administration d'un programme d'avantages sociaux pour les employés.</li> </ul> <p><i>Accès au financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les partenariats entre les fournisseurs d'équipements et les banques peuvent développer (pour la banque) une réserve de clients ayant besoin de prêts pour acheter des équipements et (pour le fournisseur) une source de financement. Travailler avec les institutions financières pour développer les prêts au secteur de la santé, potentiellement à travers un mécanisme de partage des risques (comme une garantie de portefeuille de l'Autorité de crédit pour le développement de l'USAID), identifier les financements à moyen ou long terme et fournir une assistance technique aux banques pour réduire le coût des prêts au secteur de la santé.</li> <li>Évaluer la situation pour les entreprises de santé et déterminer les activités les plus prometteuses pour promouvoir le développement des entreprises de santé.</li> </ul> <p><i>Initiatives en matière de systèmes d'information et de santé numérique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluer, harmoniser et agréger les demandes de services de santé numérique dans le secteur de la santé</li> <li>Convoquer les partenaires de mise en œuvre, les agences de télécommunication et le MSP pour mettre en place un organe de coordination du réseau de santé numérique qui harmonise les approches en matière de communication numérique et les stratégies de sensibilisation pour les principales priorités en matière de santé. Cela inclut l'exploration des opportunités de PPP pour la collecte et la transmission de données.</li> </ul>



# 1. Contexte et Méthodologie

## 1.1 CONTEXTE

Avec une population de 78,7 millions d'habitants, la RDC est le quatrième pays d'Afrique en termes de population (Banque mondiale 2016). Le pays connaît une croissance rapide de la population, en particulier parmi les jeunes âgés de 15 à 30 ans (USAID 2014), avec une augmentation prévue de 10 millions d'habitants d'ici 2050. La plupart de la population vit dans la pauvreté et n'est pas engagée dans l'économie formelle. L'Institut national de la statistique a constaté que le secteur informel de la RDC représentait 89 pour cent de l'activité économique totale en 2012 (export.gov 2017b).

En dépit de la richesse en ressources naturelles et de l'ampleur des investissements de la part des bailleurs, la RDC a enregistré des résultats peu satisfaisants en ce qui concerne l'économie et le développement. La baisse des prix du pétrole et autres matières premières dans le monde a entraîné un ralentissement de la croissance économique au cours des dernières années. Le produit intérieur brut (PIB) n'a augmenté que légèrement de 2015 à 2016, passant de 37 milliards USD à 38,5 milliards USD (+2,4 pour cent), et il était même en baisse de 6,9 pour cent en 2015. L'inflation est passée de 1 pour cent à 12 pour cent entre 2015 et 2016. L'instabilité politique quasi-permanente décourage les investisseurs, détourne l'attention des problèmes économiques et augmente le coût de faire des affaires (export.gov 2017b). Il n'existe pas de données statistiques sur les Investissements directs étrangers (Encadré 1). Les Nations unies ont une opération de maintien de la paix permanente à grande échelle à l'Est de la RDC, où la violence persiste en raison de la présence de plusieurs milices et de groupes armés étrangers (Département d'État des États-Unis, 2016).

### Facilité de faire des affaires

Au cours des dernières années, la RDC a facilité les démarches pour la création d'entreprises, y compris dans le domaine de la santé, en combinant des procédures d'ins-

### Encadré 1. Investissements directs étrangers (IDE) en RDC

Il est difficile d'obtenir des données statistiques fiables sur les IDE en RDC. Les principaux investisseurs étrangers en RDC sont Chevron Oil, avec sa filiale Congo Gulf Oil, Citibank, Telecel, Mobil, le conglomérat Groupe Damseaux, la brasserie Bralima, la brasserie UNIBR, Tabacongo/Rothman Corp., Hasson Group et BAT Congo.

Source : Mia n.d.

cription multiples, en réduisant le délai requis pour obtenir une autorisation et en supprimant la nécessité pour une femme d'obtenir la permission de son mari pour créer une entreprise (Banque mondiale, 2017a ; 2017d). La RDC a également établi un guichet polyvalent pour créer une entreprise et obtenir des informations relatives au crédit en établissant un registre de crédit, appelé « centrale des risques » à la Banque Centrale. De plus, le gouvernement a créé l'Agence Nationale pour la Promotion des Investissements, qui utilise des dispositions du nouveau Code des investissements pour simplifier les investissements et rendre les procédures plus transparentes. Les mesures d'incitation favorables aux entreprises vont des exonérations d'impôts et de taxes accordées pendant trois à cinq ans, et elles dépendent de l'emplacement et du type de l'entreprise, du nombre d'emplois créés, de l'importance de la formation et de la promotion de la main-d'œuvre locale, ainsi que du potentiel d'exportation des produits de l'entreprise.

Le Tableau 2 classe les aspects de la « Facilité de faire des affaires » en RDC par sujet. La RDC était classée 182e sur 190 pays en 2017 – bien que certaines réformes aient été réalisées pour faciliter la création d'une entreprise, la situation pourrait être considérablement améliorée (Banque mondiale, 2017d). Sur une échelle de 0 à 100, la Millennium Challenge Corporation (MCC) a affecté des

**Tableau 2. Facilité de faire des affaires en RDC**

Sujet	Classement Faire des affaires en 2018
Tous sujets confondus	182
Création d'une entreprise	62
Obtention de permis de construire	121
Raccordement au réseau électrique	175
Inscription au cadastre	158
Obtention de crédit	142
Paieement des impôts/taxes	181
Respect des contrats	172

Source : Classement de la Banque mondiale 2017d sur 190 pays.

notes élevées à la RDC pour sa politique fiscale (94) et sa facilité de création d'entreprises (76), mais des notes basses pour la qualité de sa réglementation (18), l'accès au crédit (24), le contrôle de la corruption (18) et l'efficacité des mesures gouvernementales (20) (MCC, 2017).

#### Effets sur la santé de la population

En dépit d'améliorations progressives de certains indicateurs de santé clés, deux décennies de conflits et l'insécurité permanente ont entraîné une détérioration substantielle de l'infrastructure de santé. La faiblesse du financement de la santé et de la supervision de l'État exacerbe le caractère inadéquat des services avec un déploiement insuffisant des ressources limitées à sa disposition. Les obstacles structureaux à l'accès aux services (par exemple, éloignement, manque de moyens de transport, prix prohibitifs), combinés à des normes inéquitables concernant les genres (Encadré 2) et des croyances culturelles néfastes, entravent l'utilisation des services, favorisent des comportements malsains et contribuent à la mauvaise santé de la population.

#### Encadré 2. Les Congolaises : un groupe vulnérable

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des femmes congolaises sont confrontées à au moins une contrainte – à savoir, la violence domestique ou des opportunités économiques limitées – qui limite leur capacité à accéder aux soins de santé et affecte leur santé.

Source : Banque mondiale 2017a.




L'accès limité aux services de santé est la cause de certains des pires taux de mortalité maternelle et infantile au monde. La dernière Enquête démographique et de santé (EDS) de 2013-14, a révélé que le taux de mortalité maternelle s'élève à 846 décès pour 100 000 naissances. Malgré une couverture de soins prénatals relativement satisfaisante, les soins obstétricaux d'urgence sont insuffisants. La RDC a également l'un des taux de prévalence de contraceptifs modernes (TPCM) les plus faibles en Afrique, avec seulement 8 pour cent des femmes mariées utilisant une méthode moderne (Barroy et al. 2014).

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (MM5) a été réduit de façon constante, passant de 148 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2007 à 104 en 2013-2014 (Barroy et al. 2014). Cependant, la RDC est l'un des cinq pays qui contribuent collectivement à la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans (OMS, 2012). Soixante pour cent des enfants de moins de cinq ans dans le pays ne sont pas couverts par des services de traitement de base pour la diarrhée, la fièvre et les infections respiratoires (Barroy et al. 2014). L'utilisation de solutions orales de réhydratation (SOR) et de zinc reste faible, même dans les provinces comportant de grandes agglomérations urbaines comme le Katanga, où l'utilisation de SOR et de zinc est de 38,3 pour cent et 0,9 pour cent respectivement (MPSMRM, MSP, and ICF International. 2014). La RDC souffre également de taux élevés de malnutrition, ce qui a des conséquences économiques significatives, représentant 4,5 pour cent du PIB chaque année (Programme d'aide alimentaire 2017).

## 1.2 CONTEXTE RÉGIONAL

La RDC est un grand pays ayant des variations régionales considérables en termes de cultures, d'économies, de langues et d'indicateurs de santé. De nombreuses régions du pays ne sont accessibles que par avion ou par bateau, ce qui accroît les différences entre les régions. La province de Kinshasa, qui accueille la capitale, a généralement de meilleures performances que le reste du pays pour la plupart des indicateurs de santé. Le Nord-Kivu et le Sud-Kivu, où l'instabilité a été concentrée au cours des dernières années, ont les taux de mortalité infantile les plus élevés. L'ancienne province du Katanga a le taux de fécondité le plus élevé, avec 7,8 enfants par femme, et le taux d'utilisation de contraceptifs le plus bas, à 3,9 pour cent. Le Tableau 3 résume les caractéristiques générales de santé pour les principales régions couvertes par ce rapport.

**Tableau 3. Caractéristiques générales et sanitaires pour les provinces ciblées**

Province	Ville	Caractéristiques générales	Indicateurs de santé*
 <b>Kinshasa</b>	Kinshasa	Capitale avec une population estimée à 11 millions d'habitants ; troisième plus grande agglomération urbaine au monde ; meilleures routes ; pôle économique et diplomatique, et siège du MSP	Indice synthétique de fécondité : 4.2 TPCM : 19% SMI : 98% MM5 : 83 Paludisme : 18%
 <b>Kongo Central</b>	Matadi	Ville portuaire avec un niveau élevé de mouvements de produits de contrebande	Indice synthétique de fécondité : 6.0 TPCM : 17% SMI : 94% MM5 : 124 Paludisme : 24%
 <b>Kasai-Oriental</b>	Mbuji-Mayi	Population essentiellement rurale à faible densité, des régions importantes de cette province ne sont pas accessibles par la route ; conflits substantiels	Indice synthétique de fécondité : 7.3 TPCM : 4% SMI : 72% MM5 : 122 Paludisme : 29%
 <b>Haut-Katanga</b>	Lubumbashi	Capitale provinciale et siège des sociétés minières industrielles	Indice synthétique de fécondité : 7.8 TPCM : 4% SMI : 63% MM5 : 121 Paludisme : 32%
 <b>Lualaba</b>	Kolwezi	Nombreuses grandes mines, avec petits centres urbains	Indice synthétique de fécondité : 7.8 TPCM : 4% SMI : 63% MM5 : 121 Paludisme : 32%
 <b>Sud-Kivu</b>	Bukavu	Ville caractérisée par une présence importante de bailleurs et d'organisations humanitaires ; troubles sociaux fréquents et nombre élevé de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays	Indice synthétique de fécondité : 7.7 TPCM : 8% SMI : 93% MM5 : 139 Paludisme : 10%
 <b>Nord-Kivu</b>	Goma	Ville caractérisée par une présence importante de bailleurs et d'organisations humanitaires ; troubles sociaux fréquents et violences sporadiques	Indice synthétique de fécondité : 6.5 TPCM : 12% SMI : 92% MM5 : 65 Paludisme : 5%
 <b>Tshopo</b>	Kisangani	L'un des trois « centres de commande » de l'économie congolaise, avec Kinshasa et Lubumbashi ; centre important du commerce, de la finance et de l'industrie	Indice synthétique de fécondité : 5.9 TPCM : 5% SMI : 83% MM5 : 112 Paludisme : 38%

Sources : données de l'EDS de 2013-2014 basées sur la division administrative antérieure avec 11 provinces ; Discoverworld.com, 2017.

Indice synthétique de fécondité : nombre de naissances vivantes par femme ; PF ; TPCM : taux de prévalence de contraceptifs modernes (%) ; SMI : accouchements effectués dans un établissement de santé (%) ; MM5 : décès pour 1 000 naissances vivantes ; paludisme : enfants âgés entre 6 et 59 mois dont le test de paludisme a été positif sur la base d'un examen microscopique (%)

## 1.3 OBJET, PORTÉE ET LOCALISATION GÉOGRAPHIQUE DE L'ÉVALUATION

### 1.3.1 Objet et portée

Pour guider le MSP et les partenaires au développement dans leurs stratégies et leurs investissements de santé, la Banque mondiale et l'IFC, en partenariat avec la B&MGF et l'USAID, ont commandité une évaluation sur la contribution du secteur privé dans le système de santé en RDC. Cette évaluation soutient les efforts actuels et futurs des gouvernements et des bailleurs en fournissant :

- Une estimation de la taille, de la portée et de l'étendue du secteur privé de la santé mettant l'accent sur les principales parties prenantes et leur rôle ;
- Un aperçu des types de services et produits de santé proposés par le secteur privé axé tout particulièrement sur la PF et la SMI ;
- Des données de référence et leçons tirées des expériences de pays à faible revenu comparables ;
- Un aperçu des politiques, des conditions du marché et des besoins commerciaux qui entravent ou favorisent la participation du secteur privé au système de santé ; et
- Des priorités stratégiques et une « feuille de route pour l'action » à horizon de trois ans.

L'évaluation utilise les six piliers du système de santé de l'OMS : leadership/gouvernance, prestation de services, accès aux médicaments essentiels, financement, professionnels de santé, systèmes d'information sanitaire.

personnel de santé et systèmes d'information sanitaire (Figure 1).

L'évaluation examine également les variations régionales, en particulier Kinshasa, Matadi, Lubumbashi, Kolwezi, Bukavu, Goma, Mbuji-Mayi et, dans une moindre mesure, Kisangani (Figure 2). L'évaluation s'est concentrée sur les zones urbaines en général, car elles ont la plus forte densité d'établissements de santé privés du pays. Ces villes ont été choisies pour leur diversité géographique afin de mieux identifier les défis généraux auxquels le secteur privé est confronté en RDC, ainsi que les variations régionales spécifiques.

### 1.3.2 Définitions

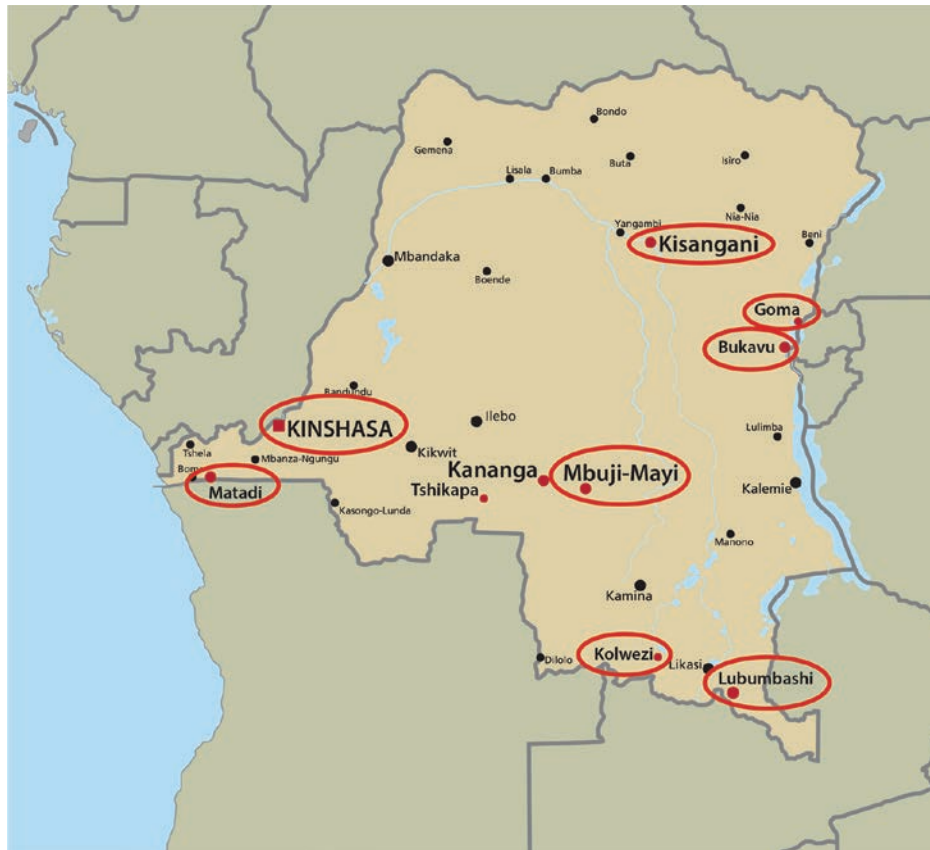
Les définitions suivantes sont utilisées dans l'ensemble du rapport :

- **Secteur privé de la santé** : Composé des entités commerciales à but lucratif et des organisations à but non lucratif telles que les ONG et les organisations professionnelles qui fournissent des services et produits de santé, ainsi que des informations sur la santé. Elles sont soutenues par des laboratoires, des services de diagnostic et des chaînes logistiques pharmaceutiques du secteur privé.
- **PPP** : Toute collaboration formelle entre le secteur public, à quelque niveau que ce soit, et le secteur non public (à but lucratif, à but non lucratif, guérisseurs traditionnels, sages-femmes ou herboristes)

Figure 1. Les piliers du système de santé



Figure 2. Portée géographique de l'évaluation



dans le but de réglementer, de financer ou de fournir conjointement des services, produits et équipements de santé, de faire des recherches, de communiquer ou de dispenser une formation (Barnes, 2011).

- **Parties prenantes clés dans le secteur de la santé :** Toute personne physique ou tout groupe pouvant affecter ou pouvant être affecté par une organisation, une stratégie ou une politique sanitaire.

### 1.3.3 Méthodologie de l'évaluation

L'approche d'Abt Associates en ce qui concerne les évaluations du secteur privé s'appuie sur une expérience collective de conduite de plus de 30 évaluations en Afrique subsaharienne, en Amérique latine et aux Caraïbes, en Europe et en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Asie. L'évaluation en RDC a compris cinq étapes :

- **Planifier :** Abt a collaboré avec la Banque mondiale, l'IFC, la B&MGF, l'USAID et le MSP pour finaliser

la portée de l'évaluation, les questions clés et le calendrier.

- **Apprendre :** Afin de se préparer pour le travail sur le terrain, l'équipe chargée de l'évaluation (composée de 10 spécialistes internationaux et basés en RDC) a conduit un examen documentaire approfondi pour comprendre l'état actuel du secteur privé de la santé en RDC en utilisant le cadre de travail représenté par les piliers de la santé de l'OMS. L'équipe a partagé des constatations de haut niveau avec les parties prenantes lors d'un événement de lancement qui s'est tenu à Kinshasa le 24 octobre 2017, auquel ont assisté des parties prenantes du secteur public et du secteur privé, et qui a été présidé par le ministre de la Santé, le Dr Oly Ilunga Kalenga. En novembre et décembre 2017, l'équipe chargée de l'évaluation a conduit des entretiens avec des informateurs clés représentant le secteur public et le secteur privé de la santé, des partenaires au développement et d'autres parties

prenantes clés dans les sept villes ciblées. Kisangani, qui a été ajoutée plus tard à la liste des villes, a été incluse aux recherches documentaires mais pas aux visites sur le terrain en raison de problèmes de sécurité. Ce rapport récapitule les conclusions de l'examen documentaire et des entretiens avec les parties prenantes, et il présente les principales constatations et recommandations.

- **Analyser** : L'analyse a commencé pendant les entretiens avec les parties prenantes et elle s'est poursuivie lors de la rédaction du rapport de l'évaluation par l'équipe. L'équipe a compilé des comptes rendus de réunions ainsi que d'autres données quantitatives et qualitatives, et elle les a passés en revue, puis elle a posé certaines questions non résolues par téléphone et par e-mail. L'équipe a préparé un rapport préliminaire et une feuille de route pour l'action sur la base de l'analyse.
- **Partager et agir** : L'équipe chargée de l'évaluation a validé et classé par ordre de priorité les constatations et recommandations à l'occasion d'un atelier à l'intention des parties prenantes en avril 2018. Environ 46 intervenants des secteurs public et privé se sont réunis pour discuter des conclusions, établir l'ordre de priorité des recommandations et valider une feuille de route stratégique triennale. Après l'atelier, les intervenants publics et privés ont eu l'occasion de fournir des commentaires supplémentaires par écrit. L'équipe a ensuite produit un rapport final incluant une évaluation de la situation actuelle et des opportunités, ainsi que la feuille de route de trois ans pour l'action. Le MSP et ses partenaires au développement seront alors en mesure d'utiliser les constatations et

les recommandations de ce rapport pour construire des partenariats stratégiques avec le secteur privé pour améliorer l'état de santé de la population.

### 1.3.4 Limitations

En général, la RDC dispose de peu de données de haute qualité sur le secteur privé de la santé. Le pays ne dispose pas d'un système solide de collecte systématique de données sur le nombre de prestataires privés, leur rôle dans la fourniture de produits et de services de santé et la qualité de ces services. Ces lacunes dans les données signifient que l'équipe d'évaluation s'est appuyée sur des données générées par des études périodiques financées par les bailleurs, comme les enquêtes démographiques et de santé, et les évaluations de la disponibilité et de l'état de préparation des services. Ceci signifie qu'une partie de cette analyse peut être incomplète ou manquer de données avec des développements plus récents, étant donné le décalage dans la collecte des données pour ces études.

## 1.4 RÉCAPITULATIF DU RAPPORT

Ce rapport donne un aperçu détaillé de la participation du secteur privé au système de santé de la RDC, sur la base de la documentation et des sources de données existantes. Il s'appuie sur les six piliers de santé de l'OMS comme cadre de travail. L'évaluation fournit un bref aperçu du système de santé et de ses principaux acteurs, y compris la taille, la portée et l'échelle des prestataires du secteur privé ; il évalue l'environnement afin de déterminer s'il est favorable pour le secteur privé ; et il fournit des données de référence et présente les leçons tirées de pays à faible revenu comparables.

## 2. Présentation Générale du Secteur Privé de la Santé en RDC

### 2.1 PRINCIPAUX THÈMES RÉGIONAUX

Bien que chaque province ait sa propre identité, l'évaluation a identifié quelques similarités clés entre les régions qui affectent le secteur privé de la santé tel que cela est décrit ci-dessous.

**La décentralisation en cours fait obstacle à l'intégration du secteur privé de la santé.** Comme on pouvait s'y attendre, le passage de 11 à 26 provinces et la réorganisation du MSP de 13 à 7 directions a causé certaines perturbations. Pendant la période de transition, le personnel national et provincial ainsi que le personnel des zones de santé ne comprennent pas clairement leurs nouveaux rôles, procédures et obligations de transmission d'informations, tout particulièrement en ce qui concerne le secteur privé de la santé. Les inspecteurs travaillent toujours sur leurs anciens territoires géographiques, bien que de nouveaux inspecteurs soient nécessaires dans les nouvelles provinces. L'adaptation des Ordres professionnels de 11 à 26 provinces prend du temps, et les nouveaux rôles dans chaque province ne sont pas encore définis. Ce manque de clarté exacerbe la marginalisation du secteur privé à tous les niveaux - national, provincial et zone de santé.

**La volonté du MSP d'accroître l'engagement du secteur privé de la santé n'est pas encore traduite dans la réalité.** Le MSP, tout particulièrement sous la direction du nouveau ministre, souhaite réellement accroître l'engagement du secteur privé de la santé, qui est mentionné dans de nombreuses stratégies et politiques comme étant une partie prenante importante. Cependant, bien que les organisations confessionnelles et les ONG soient incluses à divers degrés dans le processus de planification stratégique, les sociétés privées à but lucratif ne sont généralement pas incluses dans les discussions relatives à la planification ou aux politiques. Aux niveaux provincial et du district, il n'existe pas de forum permettant au

secteur privé de discuter des problèmes ou des partenariats possibles avec le secteur public.

**L'incertitude politique dissuade les sociétés d'investir, ce qui produit une attitude passive.** Il existe des opportunités en RDC permettant aux sociétés multinationales d'augmenter leurs investissements sociaux et de répondre aux besoins du système de santé. Cependant, les sociétés et les investisseurs recherchent un environnement stable comme condition préalable au lancement de leurs opérations ou à leurs investissements dans un pays. En raison des conflits quasi-permanents et de l'incertitude politique, l'environnement en RDC n'est pas propice à des investissements de sociétés. Toutefois, il peut exister des opportunités de développement des investissements sociaux actuels par les multinationales afin de répondre aux besoins du système de santé.

**Le manque de financement et de transparence entrave la capacité du MSP à régler le secteur privé de la santé.** Le déficit budgétaire persistant entraîne un financement insuffisant pour la supervision des entreprises de santé ou l'application des normes de santé. La rémunération insuffisante du personnel du secteur public cause un phénomène de double pratique. À tous les niveaux de l'État, une rémunération inadéquate peut également contribuer à un détournement des ressources ou à l'imposition d'honoraires informels de facilitation.

**Des goulots d'étranglement critiques du système nuisent à la fonctionnalité du secteur privé de la santé.** Le secteur privé de la santé est confronté à des défis tels que l'accès à des produits de qualité, étant donné que les marques sur le marché changent rapidement en fonction de la disponibilité des produits importés. Comme la supervision des établissements de formation pour la santé est insuffisante, les diplômés de ces établissements ont des niveaux de compétence variables. En raison du taux de pauvreté élevé dans le pays, le secteur privé de la santé

**Tableau 4. Structure du système de santé en RDC**

Secteur médical public	Secteur médical privé		Secteur pharmaceutique privé	Médecine traditionnelle
	À but lucratif	À but non lucratif		
Centres de santé, hôpitaux généraux de référence, hôpitaux provinciaux et nationaux, et autres structures étatiques et paraétatiques participant à la prestation des services	Cabinets médicaux et paramédicaux libéraux, cliniques, polycliniques et centres de diagnostic privés	Centres de santé et hôpitaux gérés par des ONG (y compris des organisations confessionnelles)	Laboratoires pharmaceutiques, grossistes et détaillants agréés (logistique et distribution)	Guérisseurs traditionnels utilisant des plantes et des pratiques traditionnelles pour diagnostiquer et traiter des patients

dans toutes les provinces éprouve beaucoup de difficultés à développer ses affaires.

## 2.2 STRUCTURE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le Plan National de Développement Sanitaire 2016–2020 (PNDS) identifie quatre secteurs essentiels de la santé : médical public, médical privé, pharmaceutique privé et traditionnel (voir Tableau 4).

Le PNDS s'appuie sur la décentralisation du secteur de la santé qui a commencé en 2006 avec la Stratégie de renforcement du système de santé ayant imposé la division des 11 provinces existantes du pays en 26 provinces (Wright, 2015). Le MSP délègue des pouvoirs aux 26 nouvelles Divisions Provinciales de la Santé (DPS), mais le processus de délégation n'est pas encore terminé.

### 2.2.1 Le secteur public de la santé

Le MSP assume la responsabilité de l'ensemble du système de santé. Il élabore des stratégies nationales, définit des politiques et priorités, fixe des normes et établit des directives pour la prestation des services. Au sein du MSP, les 13 directions centrales existantes ont été restructurées pour former 7 directions ayant les fonctions suivantes : supervision des RHS, planification stratégique, prestation de services, pharmacie et médicaments, contrôle des maladies, formation du personnel de santé et santé familiale. De plus, le gouvernement est en train de mettre en place deux nouvelles directions pluridisciplinaires axées sur les affaires financières et la technologie. Le MSP met aussi actuellement en place plusieurs programmes natio-

naux de santé spécifiques aux domaines de la santé.<sup>1</sup> Le MSP fournit directement des services par le biais d'hôpitaux tertiaires au niveau national, et il conseille et soutient les organisations provinciales et opérationnelles (zone de santé et aire de santé) pour faciliter la prestation de soins de santé dans les établissements publics de niveau inférieur.

Les DPS organisent et gèrent les soins de santé primaires par le biais des hôpitaux provinciaux et des cliniques de niveau inférieur. Les Inspections Provinciales de Santé contrôlent et supervisent ces cliniques en partenariat avec les gouverneurs et les directeurs de la santé des provinces. Les DPS facilitent également la mise en œuvre des directives et des politiques établies au niveau central. À ce titre, ils ont des interactions régulières avec les prestataires privés dans leurs régions respectives.

Les zones de santé sont les unités qui constituent la base de la pyramide du secteur public de la santé. Il existe 516 zones de santé dans le pays. Elles sont animées par une équipe de direction sous le contrôle d'un responsable médical de zone, et elles couvrent de 100 000 à 150 000 habitants avec un hôpital général de référence.

<sup>1</sup> Ils incluent les programmes suivants : le Programme National de Lutte contre le Paludisme, le Programme National de lutte contre les Infections Respiratoires Aigües, le Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques, le Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA et le Programme National de lutte contre le VIH/SIDA, le Programme National de Santé de la Reproduction et le Programme National de Santé de l'Adolescent.

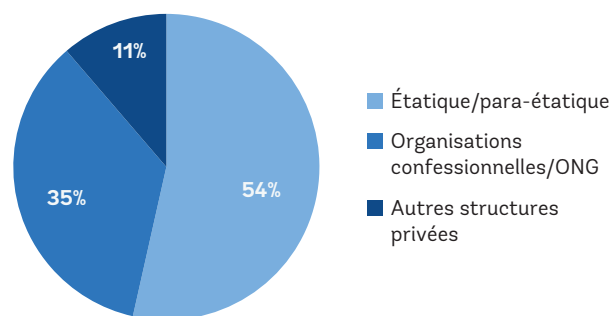


393 zones de santé disposent d'hôpitaux généraux de référence gérés par le secteur public, et les 123 autres zones ont soit un hôpital confessionnel, soit un hôpital de santé privé qui sert d'hôpital de référence pour la zone (PMI, 2017). Les zones de santé sont subdivisées en 8 504 aires de santé exploitant chacune un centre de santé couvrant entre 5 000 et 10 000 habitants. Les aires de santé sont gérées par un Comité de Développement de l'Aire de Santé (CODESA) au niveau local qui comprend 10 responsables locaux – y compris le responsable médical de la zone – et qui a pour objet d'identifier les besoins de santé, de gérer les centres de santé et d'organiser les activités communautaires (MSP, 2016 ; Barroy et al. 2014 ; Secrétariat Général du MSP, 2006).

### 2.2.2 Le secteur privé de la santé axé sur la fourniture de services

Le PNDS met en lumière le rôle important du secteur privé de la santé en matière de prestation de services. Les données disponibles indiquent que le secteur privé représentait 46 pour cent des 469 structures hospitalières de la RDC en 2017 (Figure 3). Les organisations confessionnelles gèrent (seules ou conjointement avec le MSP) environ 40 pour cent des zones de santé et 50 pour cent de tous les établissements du pays. Ces chiffres ne sont que des estimations en raison de la difficulté de la collecte d'informations exactes sur le secteur privé (Barroy et al. 2014).

**Figure 3. Répartition des structures hospitalières par type, 2017**

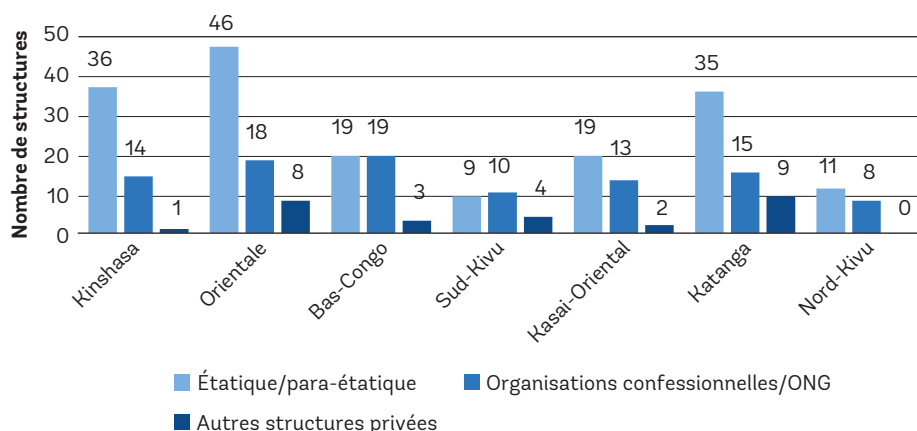


Source : MSP 2017a.

L'importance du secteur privé varie d'une province à l'autre. Dans la plupart des provinces couvertes par cette évaluation, le secteur public a le plus grand nombre de structures hospitalières, à l'exception du Bas-Congo et du Sud-Kivu, où les ONG, y compris des organisations confessionnelles, et les autres hôpitaux privés combinés sont plus nombreuses que les structures hospitalières publiques (Figure 4).

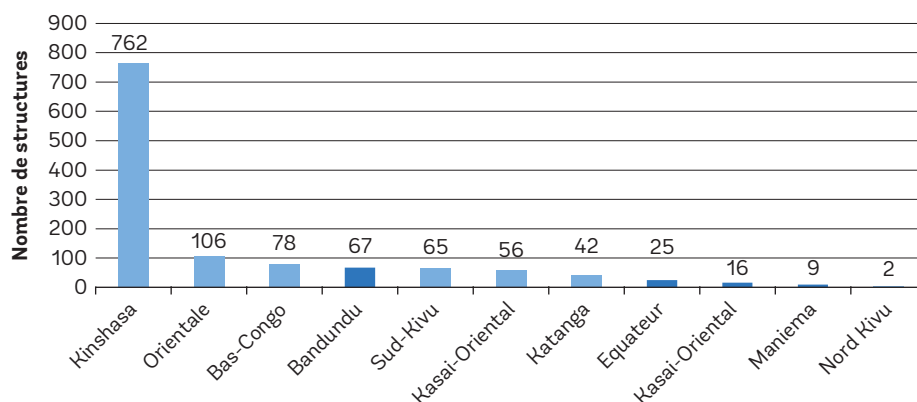
Outre les hôpitaux, il existe à travers le pays 1 288 établissements de santé privés agréés (sous licence) qui sont à un niveau inférieur. Ces établissements sont concentrés dans les provinces urbaines, avec près de 60 pour cent

**Figure 4. Répartition des structures hospitalières par type et par province\*, 2017**



\*Données disponibles sur la base de la division administrative antérieure avec 11 provinces  
Source : MSP 2017a.

**Figure 5. Répartition des 1 288 structures de soins de santé privées agréées par province\*, 2017**



\*Données disponibles sur la base de la division administrative antérieure avec 11 provinces  
Source : MSP 2017g.

à Kinshasa (Figure 5). (Les provinces en bleu foncé dans la figure 5 sont celles qui sont traitées dans ce rapport.)

#### Associations de prestataires privés et organisations du secteur privé

L'ASPS, l'alliance du secteur privé de la santé, est la principale organisation pour les prestataires privés. Elle a pour objet d'améliorer la gouvernance et la performance du secteur privé en renforçant sa visibilité et en fédérant toutes les parties prenantes du secteur privé (ASPS-RDC 2017). L'ASPS a obtenu l'autorisation légale de conduire ses activités en 2017. Elle comprend actuellement 30 membres, elle se réunit une fois par mois et sa direction est en cours de transition. L'ASPS a encore beaucoup à apprendre d'autres fédérations du secteur privé telles que la *Kenya Healthcare Federation* (Encadré 3). D'autres détails sur l'ASPS sont donnés sous la rubrique consacrée aux recommandations.

Les prestataires privés sont également membres de l'Ordre des Médecins, l'Ordre des Pharmaciens et l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, qui encadrent des catégories particulières de professionnels de santé, et qui ont été créés et sont réglementés par la loi ; les prestataires publics comme privés peuvent en devenir membres. Ils doivent veiller à ce que leurs membres respectent les règles éthiques, et ils représentent les professions de santé en les mettant en valeur aux yeux de la population. Les prestataires doivent être membres de leurs Ordres respectifs afin d'exercer leur profession. Il n'existe pas

encore d'Ordre des Sages-Femmes, bien que la Société Congolaise de la Pratique de Sages-Femmes le demande depuis plusieurs années. Un projet de loi visant à créer un tel Ordre a été soumis au MSP, mais il n'a pas encore été soumis au Parlement. Diverses associations, fédérations et unions (par exemple, l'Association nationale des infirmiers du Congo), dont le rôle principal est de représenter et de protéger les intérêts de leurs membres, viennent s'ajouter aux Ordres existants.

#### Encadré 3. Kenya Healthcare Federation

La Kenya Healthcare Federation est un exemple d'alliance du secteur privé plus expérimentée. Fondée en 2004, elle collabore avec les prestataires privés, les hôpitaux, les laboratoires pharmaceutiques et les assureurs pour promouvoir des partenariats stratégiques public-privé en maximisant la contribution du secteur privé. L'organisation conduit des activités de plaidoyer, de renforcement des PPP, de réseautage et d'intégration régionale pour ses membres. Citons parmi ses accomplissements la révision des règlements fiscaux concernant les produits pharmaceutiques importés, la participation aux forums ministériels et présidentiels, et la collaboration avec des bailleurs, notamment l'USAID, le FNUAP et la BM sur des projets de santé.

Source : Kenya Healthcare Federation, 2016.

### 2.2.3 Le secteur pharmaceutique privé

Les chiffres exacts dans le secteur pharmaceutique privé sont inconnus en raison de la prévalence des établissements non agréés ou travaillant sans licence. Le MSP a identifié 30 laboratoires de fabrication, 91 grossistes agréés et 171 grossistes non agréés, ainsi que 109 pharmacies agréées en 2017 (MSP 2017b ; 2017c ; 2017d ; 2017e ; 2017f). La plupart des 109 pharmacies agréées sont à Kinshasa, et toutes les pharmacies sont situées dans de grandes agglomérations urbaines où résident les consommateurs ayant le plus grand pouvoir d'achat. Le nombre de points de vente de médicaments non agréés est inconnu, mais on peut estimer qu'à l'échelle nationale, il en existe plusieurs dizaines de milliers. Dans la province Kinshasa seule, l'Ordre des Pharmaciens estime ce chiffre à environ 5 000.

À ces distributeurs s'ajoutent 19 Centrales de Distribution Régionale de Médicaments (CDR) dans toute la RDC. Ces centrales sont regroupées au sein d'une fédération (FEDECAME). Les CDR fournissent des produits pharmaceutiques aux établissements de santé publics et privés à but non lucratif dans le cadre du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) (ASRAMES, 2016). La Section 5.1 pré-

sente d'autres informations sur la taille et l'étendue du secteur pharmaceutique privé.

### 2.2.4 Les guérisseurs traditionnels

Les informations sur les praticiens traditionnels en RDC sont limitées. En 2013, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle et des Plantes Médicinales du MSP a réalisé un recensement des praticiens traditionnels, mais il n'a pas communiqué les résultats au public (Le Phare, 2013). L'utilisation de médicaments traditionnels est vraisemblablement très importante, étant donné qu'il s'agit souvent d'un premier recours en raison de l'absence d'établissements de santé modernes et du coût élevé des services (MSP, 2016). À Lubumbashi, on estime que le nombre de praticiens traditionnels a doublé au cours des cinq dernières années. À Kolwezi, plus de 400 praticiens traditionnels utilisent la radio, la télévision et des panneaux d'affichage afin de faire de la publicité pour des traitements, des remèdes contre la stérilité, les maux de tête et les maux d'estomac, et contre l'impuissance, entre autres (Mayanga 2013). En 2015, les praticiens et guérisseurs traditionnels ont créé l'Union des Tradipraticiens du Congo pour encourager la conformité aux normes sanitaires du MSP et de l'OMS (Radio Okapi 2015).

## 3. Leadership et Gouvernance

### 3.1 INTRODUCTION

Le MSP a l'intention de collaborer davantage avec le secteur privé de la santé, ce que révèlent beaucoup de ses stratégies et politiques (Encadré 4). La priorité accordée actuellement par les politiques à une amélioration de l'intégration du secteur privé au système de santé ne s'est pas encore concrétisée à grande échelle, en particulier en ce qui concerne le secteur à but lucratif. Les principaux obstacles à surmonter en ce qui concerne le secteur privé de la santé qui sont mentionnés dans les stratégies du MSP incluent :

- La méconnaissance et l'insuffisance de la réglementation du secteur privé à but lucratif (PNDS 2016–2020)
- L'absence d'optimisation de la collaboration au sein du secteur de la santé et avec d'autres secteurs, à la fois privés et communautaires, pour soutenir l'offre

et la demande de services ou la qualité des soins (PNDS 2016–2020)

- Le danger représenté par la croissance incontrôlée du secteur privé pour la santé de la population en raison de l'absence de mécanismes efficaces de l'assurance qualité (PNDS 2016–2020)
- L'intégration inadéquate des structures privées aux systèmes d'information sanitaires en raison d'un nombre insuffisant de contrats en ce sens (PNDS 2016–2020)
- L'existence de tensions entre les secteurs public et privé de la santé (Katanga, Plan provincial de développement des ressources humaines de la santé 2015–2016)
- Des négociations sont nécessaires avec le secteur privé pour améliorer l'affectation des ressources et

#### Encadré 4. Stratégies clés pour la santé

- Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), 2016–2020
- Plan Stratégique National Multisectoriel en Nutrition, 2017–2021
- Plan Stratégique National de Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE), 2017–2021
- Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH et le sida, 2014–2017
- Plan Stratégique National de la Santé et du bien-être des Adolescents et des Jeunes, 2016–2020
- Plan Stratégique de la Réforme Hospitalière, 2010
- Plan Pluriannuel Complet du PEV de la République Démocratique du Congo, 2015–2019
- Plan National de Développement de l'Informatique de la Santé, 2014
- Planification Familiale – Plan Stratégique National à Vision Multisectorielle, 2014–2020
- Cadre de Planification en Faveur des Populations Autochtones
- Plan National de Développement des Ressources Humaines Pour la Santé, 2011–2015
- Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines de la Santé, 2014–2016 Kasai Occidental
- Plan Provincial de Développement des Ressources Humaines de la Santé, 2015–2016 Katanga

éviter le cumul des emplois dans le secteur privé et dans le secteur public (Plan Stratégique de la Réforme Hospitalière 2010)

- L'expansion des PPP nécessiterait des mesures réglementaires plus rigoureuses pour accorder des contrats à des structures privées agréées ou certifiées par l'État (Cadre de Planification en faveur des Populations Autochtones).

L'Encadré 5 illustre les progrès réalisés dans la politique de PF en RDC.

### 3.1.1 La réglementation du secteur privé de la santé

Sur le papier, le secteur de la santé en RDC est étroitement réglementé. La législation pertinente couvre l'ouverture d'établissements de santé, la fixation du prix des produits

et services, l'importation de produits et l'établissement de mutuelles. Cependant, certains règlements n'ont pas été mis à jour depuis de nombreuses années et ne sont pas toujours respectés. De plus, certaines parties prenantes ont indiqué dans le cadre de l'évaluation un manque de connaissance des règlements du MSP, et elles ne semblent pas toujours savoir quelle direction ou division consulter, ce qui met en évidence le caractère inadéquat de l'intégration du secteur privé de la santé dans le processus de décentralisation.

Le secteur privé de la santé en RDC a des contacts avec plusieurs des directions existantes du MSP aux niveaux central et périphérique, en fonction du type d'établissement et de son emplacement. La nouvelle structure décrite dans le Cadre et Structures Organiques à partir d'avril 2017 met en évidence les divisions du MSP

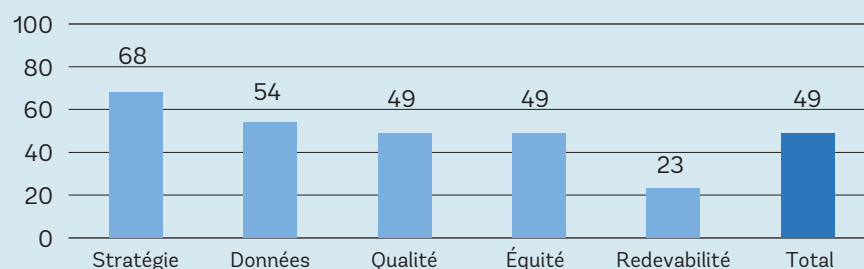
## Encadré 5. La politique de PF en RDC

Le Code pénal de la RDC (qui remonte à 1933) stipule que toute action susceptible d'empêcher la conception doit être pénalisée, y compris la vente, la distribution, l'exposition et la dissémination de moyens de contraception. Cette loi, qui est toujours en vigueur, mais qui est très largement ignorée, pose des problèmes pour la prestation de services de PF.

Le gouvernement a créé le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) en 2001 pour traiter les problèmes de la mortalité maternelle et de la PF, ainsi que d'autres problèmes associés. Jusqu'au début des années 2000, il accordait la priorité à la mortalité maternelle plutôt qu'à la PF. En raison de pressions politiques accrues, l'environnement politique pour la PF est devenu plus favorable, et en 2013, le Gouvernement de la RDC a présenté la Déclaration d'engagement envers la PF lors de la Troisième conférence internationale sur la PF à Addis-Abeba. En 2014, le gouvernement a adopté le Plan Stratégique National de Planification Familiale 2014–2020, qui est le résultat d'un processus de collaboration ayant duré toute une année incluant le gouvernement, des ONG locales et internationales, des institutions religieuses, des bailleurs internationaux et le secteur privé.

Track20, l'initiative mondiale visant à mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs FP2020, a créé un indice composite national de la PF (NCIFP) afin de déterminer quels sont les environnements propices à la PF. La Figure 6 montre les classements les plus récents pour la RDC dans les différents domaines, y compris la stratégie de PF du pays et le besoin d'une amélioration substantielle en matière de redevabilité.

Figure 6. Notes du NCIFP par dimension



Sources : Planification familiale en RDC 2017 ; Track20 2017.

ayant un rôle dans la gouvernance du secteur privé, y compris :

- Services rattachés auprès du Secrétaire Général : ces services aident, entre autres, à formaliser les conditions de collaboration entre le ministère et les organisations de la société civile, les ONG et le secteur privé
- Direction des Soins de Santé Primaires : supervise les soins de santé primaires en termes de systèmes d'information et de diffusion des politiques, directives, outils et normes
- Direction des Établissements de Soins et des Partenariats : encourage la participation des établissements du secteur privé de la santé, élabore des politiques et règlements régissant tous les établissements de santé (publics ou privés), passe en revue et approuve les appels d'offres s'adressant aux acteurs privés, et inspecte et accrédite tous les établissements de santé. Plusieurs parties prenantes interrogées dans le cadre de ce rapport ont indiqué que les établissements privés à l'extérieur de Kinshasa sont en contact direct avec les responsables provinciaux et des responsables au niveau des zones de santé, et beaucoup d'entre eux n'ont aucun contact avec le niveau central du MSP.
- Direction de la Pharmacie et des Médicaments (DPM) : supervise la qualité et la disponibilité des médicaments modernes et traditionnels, affectant les pharmacies privées et les points de vente de médicaments; un grand nombre de produits pharmaceutiques informels contournent les directives de la direction.
- Direction de l'Enseignement des Sciences de la Santé : supervise les programmes de formation de tous les établissements de formation publics et privés.
- Direction Laboratoire de Santé : supervise l'ouverture et les processus de contrôle qualité des laboratoires, et encadre l'élaboration des protocoles et politiques.
- Direction des Ressources Humaines : est responsable de la formation continue de tous les professionnels de santé, mais elle se concentre surtout sur les prestataires du secteur public. Cette direction gère également l'Observatoire National des Ressources Humaines en Santé.

## 3.2 ENGAGEMENT DU SECTEUR PRIVÉ ET PARTENARIATS

Cette section indique des forums pour le dialogue entre le secteur public et le secteur privé, les PPP et l'engagement des sociétés.

### 3.2.1 Des forums pour le dialogue public-privé dans le secteur de la santé

Il existe un intérêt croissant pour la création de forums multisectoriels visant à impliquer davantage le secteur privé dans la planification (Encadré 6) et à créer des opportunités de dialogue public-privé, comme indiqué ici:

- Le MSP a commencé à réunir le Comité National de Pilotage du Secteur de la Santé (CNP-SS) en 2017 dans l'optique de la mise en œuvre du PNDS et des efforts de décentralisation. Les participants comprennent des représentants du MSP et d'autres ministères connexes aux niveaux régional et national, des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé, ainsi que des représentants de la société civile. Le secteur privé à but lucratif n'est pas représenté actuellement. Cette plateforme a la possibilité de devenir une plateforme de collaboration intersectorielle, comme cela est évoqué dans la section sur les recommandations ci-dessous.
- Dans de nombreuses provinces, le Comité Provincial de Pilotage inclut des bailleurs, des partenaires de

#### Encadré 6. Avantage de l'expansion d'une collaboration public-privé

Lors de l'événement de lancement de l'étude en octobre 2017, les participants du secteur public et du secteur privé ont manifesté de l'intérêt pour l'amélioration de la collaboration en intégrant le point de vue du secteur privé dans le dialogue public, en faisant en sorte que le secteur public fournisse plus de soutien au secteur privé et en améliorant les orientations entre les secteurs. Les problèmes mentionnés incluaient le manque de confiance des deux côtés, l'application considérée inadéquate des normes et politiques du MSP par le secteur privé, les perceptions selon lesquelles le MSP pourrait améliorer la collaboration avec le secteur privé et la gouvernance inadéquate du secteur privé.

mise en œuvre, des ONG et organisations confessionnelles, mais pas de prestataires privés à but lucratif.

- La Commission Pharmaceutique Nationale (CPN), créée par le MSP en 2000, étudie les problèmes auxquels est confronté le secteur pharmaceutique et para-pharmaceutique. La CPN inclut des membres du MSP, de la DPM, des Ordres nationaux des Médecins et des Pharmaciens, de l'Union nationale des Pharmaciens, des universités et des associations professionnelles (OMS 2015). Bien que la CPN ne se soit pas réunie régulièrement, elle pourrait être réactivée.
- « L'Investissement durable au Katanga » est une plateforme de dialogue établie en 2011 pour rassembler les compagnies minières, la société civile, des bailleurs et des ONG internationales pour discuter du développement durable et de l'industrie minière au Katanga.
- Le Comité National Multisectoriel de Nutrition (CNMN) a été établi en 2015 et inclut une plateforme inter-départementale et un comité technique d'experts. Bien que le CNMN ne soit pas encore fonctionnel au niveau national, le Sud-Kivu et le Kasai ont établi des comités provinciaux multisectoriels de nutrition (SUN 2016).
- Il existe plusieurs plateformes de dialogue pour la couverture sanitaire universelle (CSU), ainsi que des coopératives et des mutuelles, notamment la Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo (POMUCO) et l'Union des Mutuelles de Santé du Congo.

Bien que l'ASPS puisse jouer le rôle d'interlocuteur pour le secteur privé, il n'existe pas encore de plateforme solide au niveau national pour un dialogue public-privé. La collaboration entre les secteurs public et privé de la santé au niveau central reste faible, ce qui crée un environnement isolant, et entraîne la duplication de certaines activités et structures. Bien que la collaboration intersectorielle s'améliore, le contrôle et la mise en œuvre des contrats reste insuffisants (MSP 2016). Le dialogue public-privé au niveau du district est également inadéquat.

### 3.2.2 Des PPP pour la santé

Les PPP peuvent être un outil pour accélérer les progrès en matière de développement en partageant les risques et responsabilités parmi les secteurs. Les PPP en RDC n'en sont qu'à leurs débuts, bien que les compagnies

minières aient eu des concessions du gouvernement depuis plusieurs dizaines d'années. Le cadre juridique des PPP est hétéroclite, comptant des lois réglementant les partenariats, des conditions d'approbation par le Ministère de la Justice, des arrêtés ministériels pour l'accès aux établissements et des conventions avec certains partenaires pour formaliser leur relation. Le projet de Loi sur le Partenariat Public-Privé définit le cadre juridique des contrats de PPP en RDC (JuriAfrique 2016). Le 9 janvier 2018, le ministre du Plan a soumis au Sénat la loi sur les PPP qui avait été adoptée précédemment par l'Assemblée nationale. Le Sénat devrait effectuer un examen approfondi des 110 articles avant de voter. Les secteurs prioritaires pour les PPP incluent l'agriculture, l'industrie, les télécommunications et l'énergie, mais pas la santé.

Le concept des PPP pour la santé n'est pas nouveau en RDC (Encadré 7). Au début des années 2000, les agences d'aide italienne et belge, ainsi que la Banque mondiale, avaient fourni un financement pour explorer le développement des PPP et définir un cadre juridique. Ceci a conduit à la création du Vadé Mécum du Partenariat en 2002, qui a fourni un cadre de travail et défini les principes de la passation des contrats dans le secteur de la santé. Même si le Vadé Mécum n'a pas été mis en œuvre, il esquisse les objectifs suivants pour les partenariats (MSP 2002) :

- Intégrer les établissements de santé privés à la Stratégie nationale de santé ;
- Intégrer les activités de soins de santé primaires aux établissements de santé privés ;

#### Encadré 7. Hôpital Jason Sendwe – un exemple de PPP à Lubumbashi

En 2004, avec l'aide de l'Agence d'aide belge, la direction de l'hôpital Jason Sendwe à Lubumbashi (dirigé par Gecamines depuis 1974) a été transférée à l'Université de Lubumbashi. Une convention de gestion hospitalière a été signée entre le MSP et l'Université en vertu de laquelle le gouvernement conserve le contrôle de l'établissement tandis que l'Université gère cet hôpital de 1 200 lits conjointement avec le Gouvernement congolais et la province. En 2015, la Gertler Family Foundation a fourni à l'établissement des équipements pour le bloc opératoire.

Source : Gertler Foundation, 2014; Dikembe Mutombo Foundation 2017.

- Transférer la gestion d'établissements médicaux publics à des sociétés privées ;
- Soutenir les structures publiques par le biais du financement d'activités spécifiques et/ou par un parrainage, ou soutien partiel ou global ;
- Soutenir les écoles et établissements d'enseignement des sciences de la santé ; et
- Intégrer des pharmacies privées et soutenir les CDR ainsi que les partenariats avec les grossistes.

Le MSP s'efforce actuellement de mettre en œuvre le Vadé Mécum pour accélérer le développement des PPP dans le secteur de la santé. Au fur et à mesure du déroulement du processus de décentralisation, des PPP devraient être mis en place au niveau des provinces et des zones de santé, principalement sous la forme d'accords de service, tel que cela a été fait en Tanzanie. Bien que la Charte de Mbanza-Ngungu, un document élaboré en 1984 pour servir de fondement des partenariats intra-sectoriels et intersectoriels, elle n'a pas joué un grand rôle jusqu'à présent au niveau périphérique, et elle devrait être mise à jour dans le contexte des PPP (MSP [n.d.]b]). Le Comité Technique Multisectoriel Permanent pour le Repositionnement de la Planification Familiale en RDC (CTMP) est un forum prometteur à la fois au niveau central et au niveau provincial (Encadré 8).

### **Encadré 8. Comité Technique Multisectoriel Permanent pour le Repositionnement de la Planification Familiale en RDC**

Le CTMP est une initiative dirigée par le gouvernement et fonctionnant aux niveaux central et provincial. En mars 2015, le Premier ministre a approuvé le CTMP, ce qui a accru sa visibilité. Le CTMP est aujourd'hui actif dans 12 des 26 provinces, et il existe des plans visant à le mettre en place dans toutes les provinces. Le CTMP a collaboré avec succès avec le secteur privé en levant des fonds de sociétés privées pour des services de PF et en formant des partenariats avec Vodacom et Orange pour communiquer des messages de santé pouvant inclure la PF. Les personnes qui téléphonent reçoivent 10 messages de santé gratuits puis doivent payer un certain montant à l'opérateur pour recevoir d'autres messages.

### **La structure organisationnelle actuelle pour les PPP dans le secteur de la santé**

La Direction des Partenariats a été établie en 2003 pour assurer une gestion appropriée des données associées aux partenariats à tous les niveaux du système de santé, fournir un soutien technique et assurer la coordination avec les partenaires internes et externes (voir Encadré 9 pour un exemple de PPP) (MSP, 2013). Une réorganisation du MSP est en cours, dans laquelle la Direction des Établissements de Soins et des Partenariats gèrera les activités de partenariat.

Cette Direction gère actuellement des projets et des contrats avec des bailleurs pour la gestion des zones de santé et des établissements avec chacun des principaux groupements religieux – catholiques, protestants, kimbanguistes et musulmans (voir Figure 7 pour le statut des zones de santé relatif aux hôpitaux de référence des organisations confessionnelles) (Département d'État des États-Unis, 2011b). La Direction gère le passage en revue des contrats et la période de mise en œuvre, qui dure généralement de trois à cinq ans (mais parfois jusqu'à 25 ans). Le MSP conserve le contrôle des structures, tandis que les organisations confessionnelles gèrent le personnel,

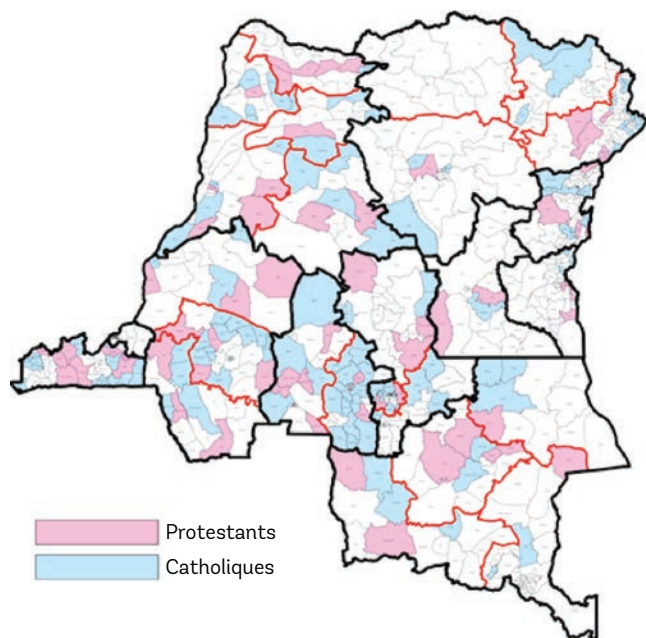
### **Encadré 9. Les PPP en action au Sud-Kivu**

L'Église catholique a créé le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) au Sud-Kivu pour faciliter la collaboration avec le MSP et pour gérer les structures de santé de l'Église ainsi que son dépôt pharmaceutique. En 2012, le MSP avait conclu un contrat avec le BDOM à Bukavu pour gérer 12 districts de santé. Le BDOM assumait la responsabilité de l'amélioration de la gestion administrative des établissements, de l'accroissement de l'accès aux services et de leur qualité, du renforcement de la capacité de l'Équipe Cadre de District et de la mobilisation des ressources pour soutenir les districts. Le partenariat a entraîné une amélioration de l'état de santé de la population et de la collaboration public-privé tout en renforçant également la crédibilité et la capacité de l'État à atteindre la population locale. Les points faibles ont inclus le manque de conformité gouvernementale en ce qui concerne les engagements pris pour les exonérations et les salaires du personnel.

Source : Mushagalusa 2014.



**Figure 7. Zones de santé avec les hôpitaux de référence des organisations confessionnelles, 2016**



Source: Baer and Sambu, 2016.

achètent les équipements et effectuent les investissements nécessaires dans les établissements.

Les défis à relever suivants concernant les PPP ont été identifiés lors d'un atelier soutenu par l'Agence d'aide italienne en 2011, et persistent toujours :

- Supervision, évaluation et coordination inadéquates des projets à financement externe ;
- Déficits d'informations et de communications au sein du MSP, en particulier au niveau central ;
- Alignement inadéquat des projets des bailleurs sur les priorités du gouvernement, les projets étant mis en œuvre sans que les dirigeants provinciaux ni les responsables du MSP au niveau central n'en soient informés ;
- Contrôle insuffisant du gouvernement sur les flux financiers ou la gestion de l'aide extérieure ;
- Confusion quant à la gestion et à la promotion des partenariats ayant conduit à un chevauchement des responsabilités plutôt qu'à une collaboration intra-sectorielle et intersectorielle ; et

- Développement insuffisant des approches « public-privé » ayant le potentiel de contribuer à une couverture accrue des services (Direction de Gestion des Partenariats pour la Santé n.d.).

### 3.2.3 L'engagement des sociétés

L'engagement des sociétés, qui permet d'utiliser les ressources et l'expertise du secteur privé pour contribuer à atteindre des objectifs sociaux, peut être mutuellement bénéfique pour les entreprises et les gouvernements. Le secteur des sociétés, les bailleurs et les gouvernements en bénéficient grâce à l'accès à des compétences techniques complémentaires dans des domaines tels que la chaîne d'approvisionnement, l'accès à de nouvelles technologies et la capacité de mettre des solutions à l'échelle. Pour les sociétés, il est crucial que les partenariats servent non seulement à promouvoir le bien public, mais également à leur permettre de faire des bénéfices et à faire profiter leur marque en tant que société.

Les règlements actuels en RDC exigent que les sociétés fassent des investissements sociaux en liaison avec leur secteur d'activité (Jansson 2010). Par ailleurs, les sociétés sont de plus en plus motivées par la demande des consommateurs, tandis que les sociétés internationales sont confrontées à une pression accrue pour qu'elles fassent preuve de responsabilité sociale (Cone Communications 2017). Par exemple, les tendances récentes démontrent une demande accrue des consommateurs pour plus de transparence en ce qui concerne la chaîne d'approvisionnement, en particulier pour les matières premières provenant de RDC. Bien que des sociétés telles que Microsoft et Apple n'aient pas de présence commerciale en RDC, elles achètent du cobalt congolais pour la production de circuits électroniques, et la pression publique a influencé leur mise en œuvre de programmes ayant des buts sociaux. De même, des sociétés telles que GlaxoSmithKline (GSK) subissent une pression accrue des consommateurs qui veulent être assurés du fait que leurs produits contribuent à l'amélioration de la santé et à l'accroissement de l'accès aux services.

#### Le secteur minier

Le secteur minier représente près d'un tiers du PIB de la RDC et inclut des compagnies minières, des sociétés spécialisées dans la logistique et la sécurité, ainsi que des sociétés qui achètent des produits miniers (par exemple, cuivre, cobalt et lithium) (CIA n.d.). Des sociétés comme

## Encadré 10. Programme « De la mine au marché »

Microsoft, General Electric et Boeing soutiennent des programmes visant à empêcher le travail des enfants, notamment le programme « De la mine au marché » de Pact, dont elles utilisent certaines dispositions pour s'efforcer de dissuader les familles de faire travailler leurs enfants. Ensemble, elles soutiennent des programmes visant à sensibiliser la population en ce qui concerne les droits des enfants, en améliorant les capacités des orphelinats locaux et en mettant des crèches à la disposition des familles pour les enfants en bas-âge. Bien que ces programmes ne ciblent pas la santé dans l'état actuel des choses, ils représentent des opportunités d'inclure des informations pour les soignants au sujet du paludisme, de la nutrition, de la pneumonie et de la diarrhée, ce qui permet de tirer parti au maximum des investissements des sociétés pour améliorer la santé des enfants.

Source : Pact n.d.

Microsoft et Apple financent une grande partie des programmes pour la protection de l'environnement ou la prévention du trafic d'êtres humains et du travail des enfants, comme le programme « De la mine au marché » soutenu par Microsoft, General Electric et Boeing par le biais de Pact (Encadré 10). Certaines sociétés soutiennent également les efforts pour la santé communautaire. Par exemple, Qualcomm achète de nombreux composants congolais pour ses produits électroniques et soutient le développement et la fourniture de supports éducatifs pour les mineurs au sujet des risques pour la santé et des signes indicateurs de maladies respiratoires, y compris la tuberculose. Les compagnies minières ayant une présence locale soutiennent également des programmes de santé pour leur personnel et les communautés locales. Par exemple, la compagnie minière Banro soutient les établissements de soin de santé pour ses employés et apporte de l'assistance à la communauté environnante, notamment par des améliorations de l'infrastructure telles que les routes et l'adduction d'eau (Encadré 11).

### Entreprises de santé

Les fabricants internationaux de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux soutiennent les programmes

## Encadré 11. Les contributions de Banro à la RDC

Banro a investi 492 millions USD dans les provinces du Sud-Kivu et de Maniema. Cette société emploie plus de 1 000 personnes à des postes techniques, professionnels, d'encadrement ou de supervision, et elle a des sous-traitants ayant des effectifs de 3 000 personnes. Indirectement, elle a permis de créer 20 000 emplois supplémentaires, ce qui permet de soutenir au total plus de 200 000 Congolais. La Banro Foundation rénove des routes, des logements, des établissements de santé et des systèmes d'approvisionnement en eau potable, et elle en construit de nouveaux. La Foundation a construit 10 nouvelles écoles, rénové deux écoles existantes et fourni un soutien à la formation professionnelle et au développement des compétences pour ses employés.

Source : ResolutionPossible 2013.

sociaux et les études de marché en RDC, même sans présence locale. Leur motivation est de soutenir une association de marque positive avec le bien social à l'échelle mondiale, ainsi que le développement de produits et la croissance du nouveau marché. Par exemple, GSK conduit actuellement sa propre évaluation du marché pharmaceutique lié aux infections respiratoires (vaccins pneumococciques et antibiotiques), ce qui est essentiel pour l'expansion du produit par GSK en RDC. Ces efforts sont essentiels pour améliorer l'accessibilité à des soins de qualité dans les milieux à faibles ressources, et pour comprendre comment les programmes peuvent être mis en œuvre efficacement avec les partenaires du secteur privé.

Les fabricants de dispositifs médicaux investissent également dans la conception de produits dans des environnements à faibles ressources, à la fois pour créer de nouveaux marchés et faire progresser les objectifs en matière de santé. Dans le cadre de sa vision de « soins de santé sans limites », Phillips, par exemple, a développé un nouveau produit conçu pour améliorer l'accès à la santé dans les zones rurales de la RDC. Ce produit est appelé Centres de vie communautaire (CVC), et il vient d'être lancé à Tadu, dans le nord-est de la RDC. Les CVC offre des services essentiels de soins de santé primaires en utilisant des produits Phillips, y compris un Doppler fœtal qui peut être utilisé pour détecter les battements cardiaques du nourrisson lors des consultations prénatales

## Encadré 12. Les Centres de vie communautaires Philips au Kenya

Les résultats au Kenya sont fabuleux. Dix-huit mois seulement après l'ouverture des centres de vie communautaire, le nombre total des visites mensuelles de patients ambulatoires est passé de 900 à 4 080. Pour les enfants, ce chiffre a quadruplé, passant de 533 à 2 370. Pour les soins prénatals, le chiffre a été multiplié par 15, passant de 13 à 188 patients par mois, le nombre des quatrièmes visites mensuelles de soins prénatals augmentant 16 fois, passant de six à 94.

Source : Philips n.d.



Doppler fœtal de Phillips

de routine et des accouchements. Les CVC sont conçus pour être un pôle communautaire dans lequel les technologies sont associées pour fournir un accès aux services de santé et aux services sociaux (Encadré 12). La disponibilité des produits conçus spécifiquement pour des contextes tels que la RDC peut présenter de nouvelles opportunités pour les PPP.

### 3.3 RECOMMANDATIONS

Cette section met en valeur des recommandations pour le MSP et les bailleurs concernant la réglementation du secteur privé, l'engagement privé ainsi que celui des partenariats et des sociétés.

#### 3.3.1 Réglementation

**Effectuer un examen juridique et réglementaire pour identifier les articles réglementaires nécessitant une réforme en lien avec le secteur privé de la santé**

**Constatation :** Il existe une confusion quant à la façon dont la législation actuelle affecte l'accès aux services de santé privés et aux produits pharmaceutiques. La Banque mondiale au Sénégal et l'USAID en Côte d'Ivoire ont aidé à identifier les goulots d'étranglement législatifs et réglementaires liés à la prestation de services de santé

privés et de produits pour préparer la voie à une prestation de soins de santé privée plus efficace.

**Recommandation :** Entreprendre un examen légal et réglementaire pour aider à identifier les goulots d'étranglement législatifs et réglementaires liés à la prestation de services de santé privés et de produits en utilisant un processus participatif pour assurer l'acceptation et la priorisation des changements nécessaires les plus urgents.

#### 3.3.2 Dialogue public-privé

**Soutenir l'ASPS pour l'aider à affirmer et à assumer son rôle de leadership au sein du secteur privé et au sein du gouvernement**

**Constatation :** L'ASPS est une organisation parapluie du secteur privé naissante, dont le rôle n'est pas clairement défini et qui n'a pas de plateforme formelle pour interagir avec le secteur public. Les rôles potentiels comprennent la surveillance de la conformité aux normes de qualité pour les organisations membres, la connexion des prestataires privés aux initiatives de CSU, le rôle de centre d'échange sur les stratégies de financement pour les prestataires privés et l'augmentation des opportunités de contrats avec le MSP. Un élément important de la capacité de l'ASPS à représenter le secteur privé de la santé est que sa clientèle représente un échantillon représentatif d'intervenants du secteur privé. En tant qu'entité organisatrice du secteur privé de la santé, elle peut offrir aux groupes industriels et aux organismes professionnels une tribune indispensable pour débattre de questions importantes et permettre au gouvernement et aux bailleurs de s'engager dans le secteur privé de la santé. Au niveau des provinces et des districts, l'ASPS peut défendre les intérêts du secteur privé et collaborer sur des initiatives de santé.

**Recommandations :**

- Renforcer la capacité de l'ASPS à remplir son rôle d'interlocuteur efficace pour le secteur privé de la santé en : effectuant une analyse institutionnelle et une analyse comparative pour évaluer sa performance et ses besoins financiers, programmatiques et organisationnels ; et en utilisant les résultats pour élaborer un plan de renforcement des capacités sur mesure.
- Élaborer un plan de plaidoyer dynamique et un programme pour l'ASPS en cohérence avec sa mission

de base et soutenu par la consultation des membres et un processus de consensus.

- Entreprendre un examen des membres de l'ASPS afin d'identifier les circonscriptions qui manquent de représentation, telles que les entreprises avec des cliniques sur le lieu de travail et établir un plan de croissance afin de veiller à ce que les membres de l'ASPS représentent l'intégralité du secteur privé de la santé et non pas simplement les prestataires de santé privés.
- Élaborer un plan de mobilisation des ressources pour accroître la viabilité financière à long terme de l'ASPS, en identifiant les sources de financement publiques et privées potentielles des institutions financières, du gouvernement, des bailleurs, des organismes professionnels et des groupes industriels, ainsi que par le biais de droits d'adhésion, de contributions en nature, de collectes de fonds, de recettes issues des formations et services, et des droits relatifs aux conférences.
- Établir des branches régionales de l'ASPS afin de gérer les priorités de santé dans chaque région.
- S'assurer que l'ASPS s'aligne sur la Fédération des soins de santé en Afrique de l'Ouest et la Fédération des soins de santé en Afrique pour accélérer l'apprentissage et participe à la Fédération d'Afrique centrale envisagée pour tirer parti des initiatives du secteur privé dans la région.

### Renforcer et exploiter les capacités de l'ASPS pour apporter de la valeur ajoutée au secteur privé de la santé

**Constatation :** L'ASPS pourrait constituer un partenaire précieux pour le développement du financement destiné au secteur privé de la santé.

**Recommandation :** Travailler avec l'ASPS et renforcer ses capacités pour piloter les activités suivantes :

- Prise en charge des aspects logistiques pour les sessions de formation commerciale des prestataires ;
- Organisation de formations de formateurs pour améliorer la disponibilité de formation et leur pérennité ;
- Définition des directives et des listes de contrôle destinées aux prestataires afin qu'ils comprennent les exigences réglementaires liées au maintien de leur agrément professionnel et veillent à ce que leur

activité dans le secteur de la santé soit correctement enregistrée, facilitant ainsi l'accès de ces prestataires au financement formel ;

- Gestion d'une base de données des membres que les institutions financières pourraient consulter afin de contrôler les licences/agréments des fournisseurs du secteur de la santé souhaitant emprunter auprès de leur établissement ;
- Mise à disposition d'informations générales sur le secteur privé de la santé et facilitation de la formation pour les institutions financières ;
- Organisation d'un forum pour que les institutions financières et les prestataires privés puissent évoquer leurs préoccupations ;
- Organisation des foires commerciales pour rapprocher les prestataires de soins de santé des institutions financières et des autres fournisseurs d'intrants commerciaux ;
- Soutien aux études sectorielles concernant notamment les moyens d'améliorer la fourniture et la maintenance des équipements médicaux en RDC, ou l'identification des besoins spécifiques de financement des organisations confessionnelles ou des femmes exerçant une activité dans le secteur de la santé ; et
- Évaluation de la possibilité de structurer un instrument d'atténuation des risques, tel qu'un fonds de garantie, qui serait disponible pour les membres de l'ASPS respectant un niveau minimal d'exigence.

### Lancement de forums de dialogue public-privé aux niveaux national et du district

**Constatation :** Comme le ministre de la Santé l'a souligné lors du lancement de l'évaluation en RDC en octobre 2017, un cadre de concertation est nécessaire pour que le secteur privé de la santé à but lucratif rencontre régulièrement le secteur public pour résoudre les problèmes et collaborer. Sur la base des enseignements du travail d'Abt en Côte d'Ivoire, au Bénin et au Sénégal, le secteur privé est motivé par la perspective d'un rôle accru dans la prise de décisions et les partenariats. Un forum solide pour le dialogue public-privé permet au secteur privé de plaider d'une voix unifiée, de renforcer les PPP et d'aboutir à un secteur de la santé plus fort, mieux organisé et mieux coordonné.

## Recommandations :

- Mettre en place ou redéfinir un comité technique réduit au niveau national pour se réunir tous les mois ou tous les trimestres (en fonction des intérêts des parties prenantes), l'ASPS représentant le secteur privé à but lucratif et incluant d'autres représentants, tels que les organisations professionnelles. Les sujets potentiels pour le forum national comprennent la rationalisation du processus d'inscription actuel, les rapports du secteur privé, les normes de qualité et les opportunités de collaboration pour la formation en prestation de services, en affaires et en gestion financière. Les deux plateformes actuelles du CTMP et du CNP-SS pourraient être redéfinies. Le CTMP, qui réunit le personnel du secteur public et les sociétés privées pour étudier les questions liées au financement des activités de planification familiale, pourrait couvrir davantage de domaines de santé et inclure les prestataires privés. Le CNP-SS, qui travaille actuellement sur la décentralisation du secteur public, pourrait intégrer un porte-parole du secteur privé et éventuellement jouer le rôle de plateforme entre le secteur public et le secteur privé aux niveaux national et provincial. Des examens supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer si le CMPT ou le CNP-SS sont susceptibles de véhiculer le dialogue entre les deux secteurs.
- Établir ou recycler des forums de dialogue public-privé au niveau de la zone de santé pour renforcer la représentation et les rapports du secteur privé, résoudre les problèmes et partager les ressources, tirant des leçons des efforts réalisés par les autres pays. À Yamoussoukro, en Côte d'Ivoire, les responsables de la santé au niveau du district ont créé un forum public-privé pour mieux intégrer les prestataires du secteur privé au système d'information sanitaire et impliquer le secteur privé afin d'atteindre les objectifs en matière de santé publique. Le projet SHOPS (*Strengthening Health Outcomes through the Private Sector*), financé par l'USAID, a documenté l'expérience d'une étude de cas et a formé tous les agents de santé régionaux et de district du pays en se basant sur le modèle de Yamoussoukro. Avec l'aide du projet SHOPS, les districts ont lancé des plateformes de dialogue public-privé avec des feuilles de route pour les activités visant à orienter la future collaboration public-privé (Projet SHOPS, 2016).

## Soutenir l'établissement d'un Ordre des Sages-Femmes.

**Constatation :** Actuellement, il n'existe pas d'Ordre des Sages-Femmes en RDC, ce qui signifie qu'il n'existe aucun organe de coordination pour s'assurer que les sages-femmes reçoivent une formation adéquate, ont accès à la formation continue ou répondent aux normes de qualité. La Société Congolaise de la Pratique de Sages-Femmes plaide depuis plusieurs années en faveur de la création d'un Ordre des Sages-Femmes, similaire à ceux existant dans d'autres professions. Fin 2017, l'arrêté visant à faire de l'Association un Ordre était en attente de signature au MSP.

**Recommandation :** Identifier un champion au sein du MSP pour soutenir l'établissement d'un Ordre des Sages-Femmes. En ce qui concerne spécifiquement la PF, l'Ordre pourrait accroître la sensibilisation et promouvoir la PF, distribuer des méthodes contraceptives à court et à long terme en partenariat avec le FNUAP et diffuser les bonnes pratiques.

### 3.3.3 Stratégie en matière de partenariat

#### Élaborer une stratégie de PPP en matière de santé pour guider les activités de partenariat du MSP

**Constatation :** Actuellement, il n'existe pas de stratégie de PPP en matière de santé, bien qu'il y ait le Vadé Mécum du Partenariat, qui se concentre sur les modalités de financement des PPP.

#### Recommandations :

- Élaborer une stratégie de PPP pour la santé alignée sur le Vadé Mécum du Partenariat, et avec les éléments suivants : cadre général du PPP, définition du PPP, coordination et responsabilités institutionnelles, identification de projets potentiels et de procédures d'attribution, et modèle d'accord. La stratégie de PPP devra également décrire le schéma de décentralisation prévu pour les PPP au niveau des zones de santé, ainsi que les rôles/responsabilités et les capacités nécessaires aux niveaux central et périphérique.
- Préparer une liste préliminaire des PPP à envisager : les opportunités de PPP incluent la Clinique Kinoise de Gombé, à Kinshasa, les hôpitaux miniers et ferroviaires dans la région du Katanga, l'hôpital Katana au Sud-Kivu et au Bas-Congo, les établissements de santé affiliés à Perenco, la Société congolaise des industries de raffinage et de production de ciment.

Le MSP pourrait travailler avec des partenaires comme la IFC, qui a une vaste expérience en matière d'assistance technique aux gouvernements pour soutenir la formation de PPP dans le domaine de la santé. Par exemple, au Lesotho, l'IFC a aidé le gouvernement à élaborer un accord de PPP d'une durée de 18 ans avec Tsepong, société locale de soins de santé exploitant un hôpital et des cliniques privées, afin de développer un réseau de cliniques PPP dotées de technologies médicales plus avancées, favorisant de meilleurs résultats en matière de santé pour un plus grand nombre de clients du secteur public.

### Renforcer la capacité du MSP à mieux tirer parti des PPP et des investissements du secteur privé.

**Constatation :** Pendant la restructuration en cours du MSP, le rôle de la Direction des Établissements des Soins et des Partenariats n'est pas clair, en particulier le rôle de la Division de Partenariat et Contractualisation. Compte tenu de l'importance croissante des PPP, il est nécessaire de créer une cellule (unité) de haut niveau pour le secteur privé au niveau du Secrétaire Général et de clarifier les responsabilités de la Division de Partenariat et Contractualisation.

#### Recommandations :

- Créer une cellule secteur privé comme premier contact au sein du MSP pour accompagner le développement et l'intégration du secteur privé, et promouvoir le secteur de la santé congolais afin d'attirer de nouveaux investisseurs. Cette cellule pourrait rendre compte directement au Secrétaire Général et également avoir une relation directe avec le ministre de la Santé et une relation indirecte avec le Cabinet pour avoir accès aux décideurs et à l'autonomie nécessaire.
- La nouvelle Division de Partenariat et Contractualisation pourrait superviser les contrats avec le secteur

privé de la santé, la coordination des bailleurs et les PPP (Figure 8). Elle pourrait aussi servir d'intermédiaire avec l'Agence nationale pour la promotion de l'investissement dans le cadre des grands projets PPP et avec les régions et les zones sanitaires pour les petits PPP, ainsi que servir d'interlocuteur au sein du MSP pour fournir des informations actualisées et précises sur le secteur privé de la santé.

### Finaliser la convention avec les organisations confessionnelles

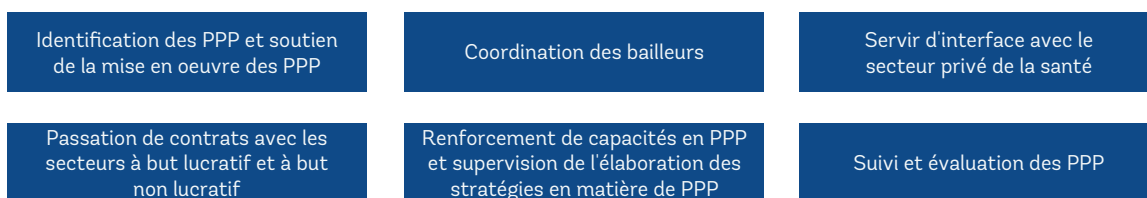
**Constatation :** Les conventions avec les organisations confessionnelles sont fragmentaires, chaque communauté confessionnelle négociant les contrats séparément et pour des périodes de temps différentes. Cela peut mener au favoritisme, au manque de transparence et à l'injustice. De nombreuses discussions ont été entamées sur la nécessité d'une convention uniforme afin que toutes les organisations confessionnelles reçoivent le même traitement et bénéficient des mêmes conditions avec le MSP.

**Recommandation :** Faciliter le dialogue pour clore les négociations et obtenir l'approbation d'une convention standardisée pour toutes les organisations confessionnelles qui passent des contrats avec le MSP.

### Collaborer avec les laboratoires pharmaceutiques et les sociétés spécialisées dans le matériel médical afin d'améliorer l'accès aux services de santé et la qualité de leur approvisionnement

**Constatation :** Les fabricants internationaux de produits pharmaceutiques et de dispositifs médicaux soutiennent des études de marché et divers programmes sociaux en RDC, même sans une présence locale. Le gouvernement et les bailleurs pourraient envisager de travailler avec des sociétés pour s'assurer que leurs produits deviennent disponibles en RDC. En travaillant avec de telles sociétés,

**Figure 8. Rôle de la Cellule de PPP au sein du MSP**



la RDC est plus susceptible de devenir un pays où ces entreprises choisissent de concevoir et/ou de tester de nouveaux produits.

**Recommandation :** Collaborer avec des laboratoires pharmaceutiques et des sociétés spécialisées dans le matériel médical pour apporter et/ou développer de nouveaux produits qui améliorent l'accès aux services de santé et la prestation de services de santé.

#### Travailler en partenariat avec des entreprises qui développent et lancent à titre expérimental des technologies pouvant être appliquées au système de santé

**Constatation :** Les entreprises développent de plus en plus de produits en utilisant de nouvelles technologies, telles que « block chain », qui peuvent renforcer les programmes dans l'ensemble du système de santé. Par

exemple, MasterCard travaille dans de nombreux pays, y compris ceux avec des infrastructures médiocres comme le Yémen ou le Nigeria rural, pour améliorer la prestation des services sociaux. Ses produits, tels que MasterCard Aid Network, utilisent « block chain » pour mobiliser plus efficacement les ressources financières destinées aux réfugiés, tout en réduisant les risques et en permettant aux réfugiés de prendre leurs propres décisions. Les entreprises technologiques peuvent aider à déterminer la dernière application et l'utilisation des produits pour capter l'efficacité, réduire les risques et améliorer l'accès.

**Recommandation :** Consulter des entreprises technologiques lors de l'examen de la mise en œuvre de nouveaux programmes et/ou de réformes dans le système de santé, en particulier lors de la conception de solutions pour améliorer le suivi des produits, la pharmacovigilance et/ou les coupons.

## 4. Prestation de Services

### 4.1 INTRODUCTION

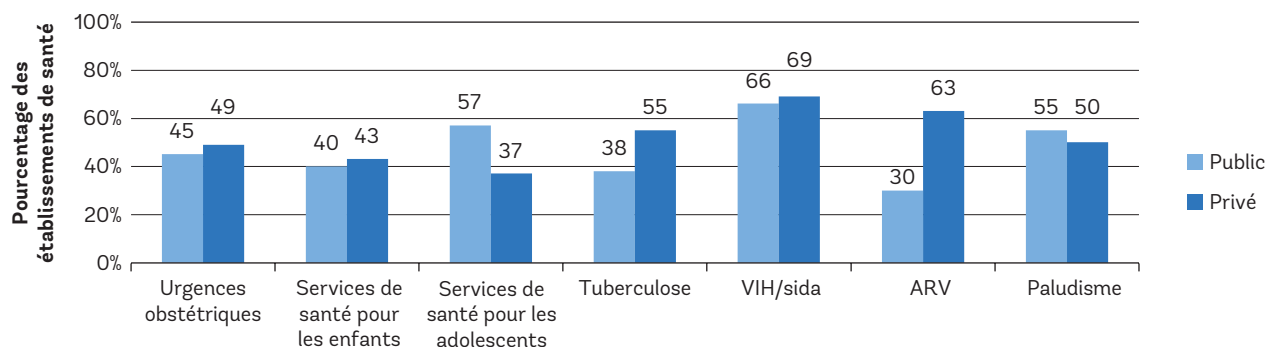
Le secteur privé de la santé est une source importante de soins de santé à travers la RDC. Les prestataires à but lucratif sont concentrés dans les zones urbaines, mais les organisations confessionnelles et les ONG, souvent soutenues par des bailleurs, opèrent généralement dans des zones mal desservies. Ensemble, ces établissements fonctionnent à tous les niveaux du système de santé et offrent une vaste gamme de services. Le secteur privé représente 44 pour cent des soins ambulatoires et 25 pour cent des soins hospitaliers en RDC (Wang, et al. 2016). Quarante pour cent des structures proposant des interventions chirurgicales de base sont privées (MSP 2014b). Les établissements privés obtiennent un score supérieur à celui des établissements publics en termes de capacité opérationnelle (41 pour cent et 18 pour cent respectivement) (MSP 2014a). En moyenne, les établissements privés, y compris les organisations à but lucratif, les organisations confessionnelles et les ONG, sont plus susceptibles d'avoir des infrastructures de base (par exemple, accès à l'électricité, à l'eau potable et à l'assainissement, matériel de communication) et des médicaments essentiels (Figure 9) par rapport aux établissements publics.

#### Encadré 13. Le rôle des franchises de marketing social en RDC

Le réseau des franchises Confiance de l'Association de Santé Familiale (ASF) a été créé pour fournir des services de PF. Il a été le premier de ce type en RDC. Son offre de services s'est étendue depuis lors pour inclure la prévention et le traitement approprié de la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans ainsi que les interventions relatives au paludisme lorsque les produits nécessaires sont disponibles. Le réseau de l'ASF comprend 116 cliniques et centres de santé. En 2015, ces établissements ont reçu 74 821 visites, évité 31 724 années de vie ajustée pour incapacité et fourni 17 619 années-couple de protection. La plupart des clients de la franchise est membre des quintiles les plus riches.

Source : Viswanathan et al. 2016; Chakraborty 2013.

**Figure 9. Disponibilité des médicaments et des produits dans les établissements de santé par type de service et secteur**



Source : MSP 2014a.



Cependant, la majorité des établissements dans les deux secteurs sont toujours susceptibles de ne pas avoir accès à ces intrants.

Les établissements privés fonctionnent en grande partie sur une base indépendante et manquent souvent de formation, de personnel qualifié, d'équipements, de fournitures, de salaires ou d'incitations pour fournir des services de haute qualité. Les efforts du gouvernement pour mieux intégrer les établissements privés dans le système de santé élargi ont été limités. La verticalisation croissante des programmes de santé, exacerbée par les flux de financement des bailleurs, rend difficile l'élaboration et la mise en œuvre d'activités à plusieurs volets impliquant le secteur privé. Les bailleurs s'associent actuellement à des acteurs privés – principalement dans le secteur des organisations confessionnelles et des ONG – pour distribuer des produits et des formations de PF gratuits ou à faible coût. Cependant, ces programmes ne sont pas coordonnés avec des efforts plus importants ; une récente évaluation du marché de la PF a révélé que plusieurs donateurs et partenaires internationaux distribuent des produits PF gratuits ou peu coûteux et fournissent une formation, que les fournitures sont insuffisantes et sporadiques et qu'il n'y a pas d'organisation ou d'organisme de coordination pour ces efforts (UNFPA 2017a). Ce manque d'intégration éloigne souvent les acteurs privés à but lucratif qui ne participent pas à ces efforts. Certains intervenants privés à but lucratif interrogés ont déclaré qu'ils n'offrent pas certains produits et services

parce qu'ils ne veulent pas concurrencer les options gratuites offertes par les bailleurs et leurs partenaires.

## 4.2 PLANIFICATION FAMILIALE

### 4.2.1 Contexte

Le Plan stratégique multisectoriel national de planification familiale 2014-2020 de la RDC a officialisé l'objectif d'augmenter le TPCM pour toutes les femmes en âge de procréer à 19 pour cent d'ici 2020 (MSPDRC, 2014). Accroître l'accès aux produits et services de PF est important car la RDC cherche à faire face à ses taux élevés de mortalité maternelle et infantile, mais le TPCM actuel en RDC est parmi les plus bas de la région (Figure 10).

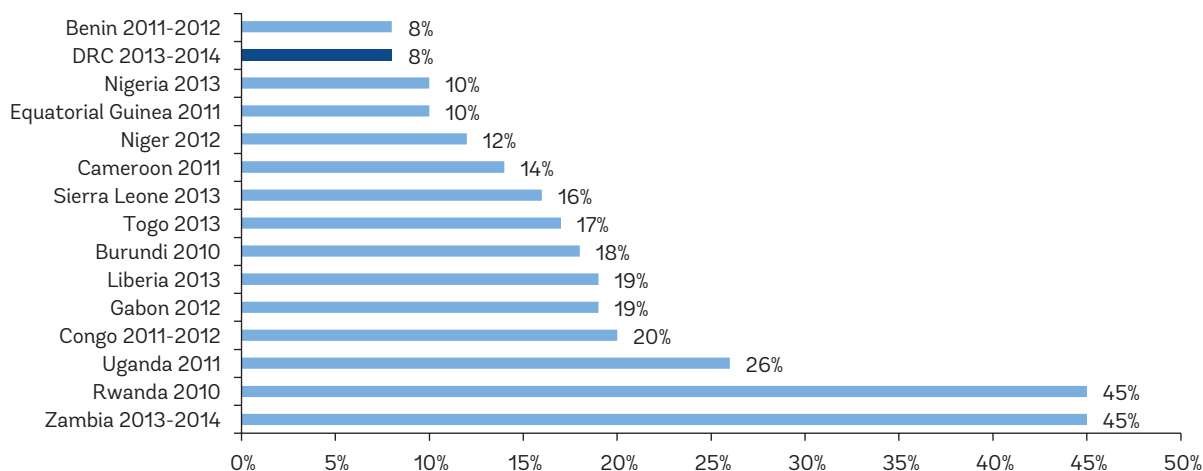
Le taux de prévalence des contraceptifs global stagne, se situant à environ 20 pour cent des femmes mariées entre les EDS de 2007 et de 2013-14. Parmi les utilisateurs de moyens de contraception modernes, les moyens à court terme (principalement les préservatifs) dominent. Le mélange de méthodes varie avec l'âge, car les utilisateurs plus âgés ont tendance à utiliser des méthodes permanentes à longue durée d'action, en particulier la stérilisation (Figure 11).

### 4.2.2 Dynamique de la fourniture de services

#### Disponibilité

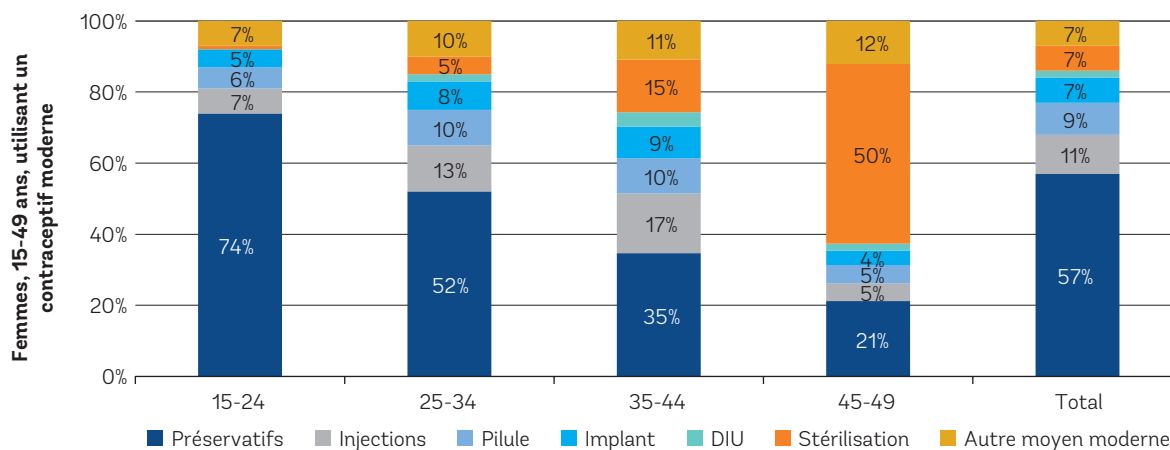
Seulement 32 pour cent des établissements privés disposent de services de PF, y compris une salle pour la

**Figure 10. Utilisation de moyens de contraception modernes en RDC et dans d'autres pays**



Source : EDS, date variant en fonction de la disponibilité des données au niveau national (Barroy et al. 2014).

**Figure 11. Mélange de moyens de contraception modernes par âge**



Source : EDS 2013-14; Avenir Health 2017.

fourniture de services de PF, et du personnel formé à la PF (MSP 2014a). Même si la disponibilité des services est faible, la qualité est jugée élevée par rapport au secteur public, les clients mentionnant des délais d'attente plus courts et des ruptures de stock moins fréquentes (Mpuunga, et al. 2017). Les cliniques privées associées à des partenaires de mise en œuvre tels que l'Association du Bien-Être Familial (ABEF) ou Population Services International (PSI) sont plus susceptibles d'offrir la gamme complète des services et produits de PF. Bien que l'ABEF ne gère que cinq cliniques, elle compte 146 cliniques partenaires (publiques et privées) auxquelles elle offre des produits et une formation gratuite en matière de PF. L'Association de Santé Familiale, une filiale de PSI, gère une franchise sociale appelée « Confiance », qui fournit principalement des services de PF à travers ses 133 cliniques. En outre, l'ASF commercialise une variété de contraceptifs sous la marque Confiance (Planification familiale en RDC 2017). Les établissements privés qui ne sont pas affiliés à un bailleur ou à un partenaire de mise en œuvre sont moins susceptibles d'offrir des produits et services de PF, en partie parce qu'ils considèrent que la PF n'est pas commercialement viable. Certaines organisations confessionnelles, en particulier les établissements catholiques, n'offrent pas officiellement de services de PF, mais les cliniciens qui y travaillent peuvent apporter et vendre des produits et services de PF ou diriger leurs clients vers des établissements proches proposant des services de PF.

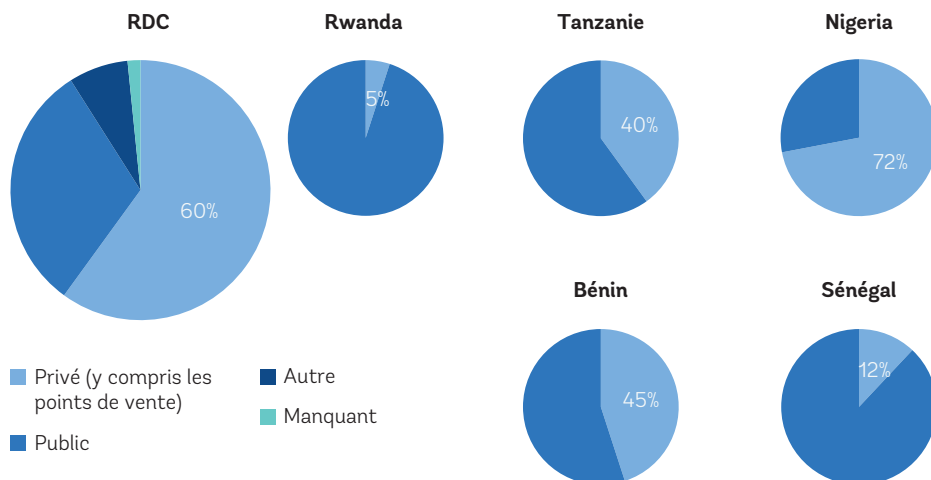
### Source des moyens utilisés

Conformément aux perceptions de la qualité des services de PF, les points de vente privés sont la principale source des méthodes modernes de PF. Les établissements privés, pharmacies et points de vente desservent 60 pour cent des utilisateurs de méthodes modernes (EDS 2013-14). Comparé à d'autres pays de la région, tels que le Rwanda ou le Sénégal, en République démocratique du Congo, le rôle du secteur privé est particulièrement important (Figure 12).

Le secteur privé est une source importante de contraceptifs dans tous les quintiles de richesse, bien que la répartition entre les secteurs public et privé soit moins prononcée parmi les populations les plus pauvres (Figure 13).

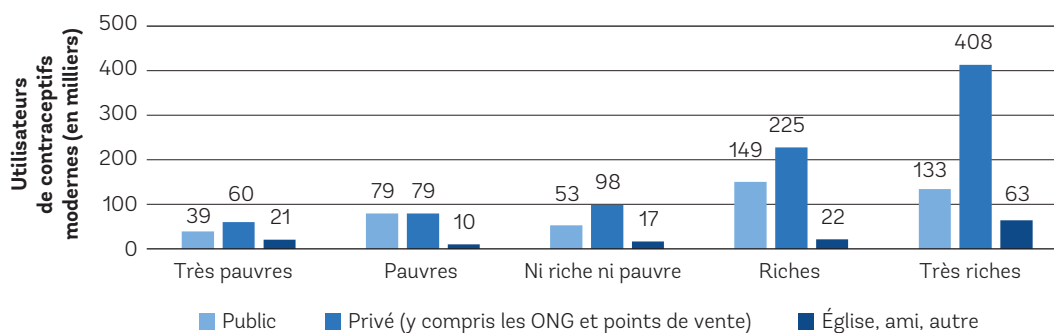
Les pharmacies et points de vente de médicaments représentent plus de 70 pour cent de tous les contraceptifs modernes d'origine privée. Toutes les formations sanitaires combinées (hôpitaux, cliniques et centres de santé) représentent environ 15 pour cent de la part de marché du secteur privé. Le reste est un mélange d'ONG, de services mobiles et de magasins (EDS 2013-14). Comme ils dépendent des pharmacies et des points de vente, les utilisateurs des services du secteur privé sont plus susceptibles d'avoir recours à des méthodes à court terme ne nécessitant pas de service clinique (par exemple, préservatifs, pilules contraceptives orales), tandis que les utilisateurs du secteur public sont répartis de manière plus égale entre les méthodes à court terme et à long terme ou les méthodes permanentes (Figure 14).

**Figure 12. Comparaison régionale des sources de méthodes de FP**



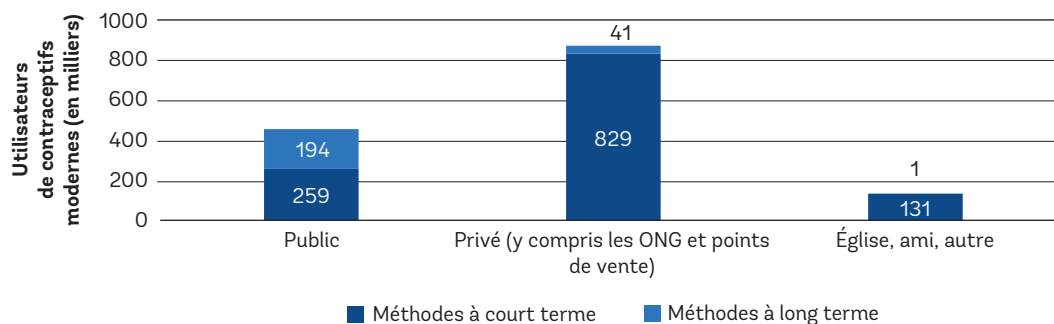
Source : EDS 2013-14, SHOPS Plus 2017.

**Figure 13. Source de planification familiale par quintile de richesse**



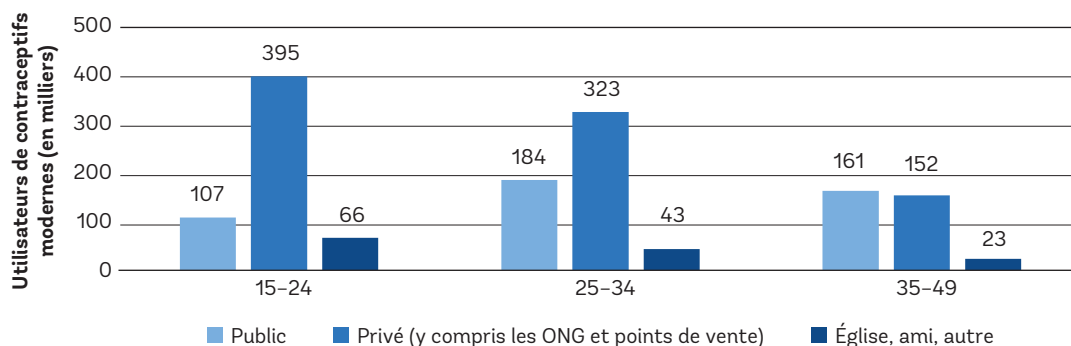
Source : EDS 2013-14; Avenir Health 2017.

**Figure 14. Moyens de contraception par source**



Source : EDS 2013-14 ; Avenir Health 2017.

**Figure 15. Source de PF par âge**



Source : EDS 2013-14 ; Avenir Health 2017.

### Jeunes

Les jeunes et les adolescents (15-24 ans) sont plus susceptibles d'obtenir une méthode de PF à partir d'une source privée, tandis que les groupes plus âgés (35-49 ans) sont plus également répartis entre les secteurs public et privé (Figure 15). Cette tendance reflète les types de méthodes utilisées - les jeunes sont plus susceptibles d'utiliser des méthodes à courte durée d'action, qu'ils peuvent acheter dans un point de vente quelconque (par exemple, préservatifs), tandis que les femmes plus âgées sont plus susceptibles d'utiliser un service de PF qui inclut un composant clinique et doit être administré dans un établissement de santé.

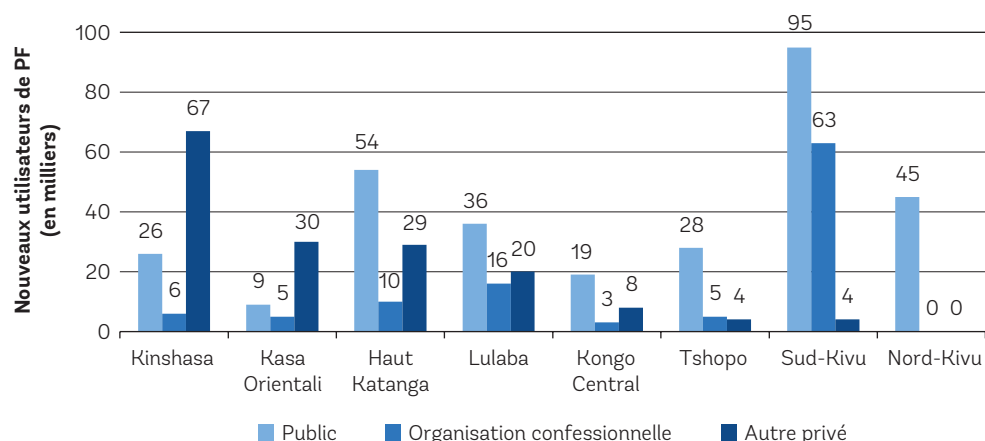
Environ la moitié des prestataires privés interrogés à Kinshasa et Kongo Central (Matadi) (52 pour cent et

51 pour cent respectivement) ont offert des conseils de PF aux adolescents (*Performance Monitoring and Accountability 2020 [PMA2020] 2017 ; 2017a*).

### Dynamique régionale de PF

Selon les données du DHIS2, les hôpitaux privés, les centres de santé et les postes de santé en 2016 ont servi les trois quarts des nouveaux utilisateurs de PF dans les provinces de Kinshasa et du Kasai Oriental, la moitié des nouveaux utilisateurs à Lualaba et moins de 50 pour cent des nouveaux utilisateurs dans les autres provinces interrogées dans cette évaluation (Figure 16). Les organisations confessionnelles sont des contributeurs importants au Sud-Kivu. Dans l'ensemble, le secteur privé dessert un peu moins de la moitié (46 pour cent) des nouveaux

**Figure 16. Nouveaux utilisateurs de PF en 2016**



Source : MSP 2018.

utilisateurs de PF dans ces huit provinces. La prestation de services pour les utilisateurs renouvelant leur méthode de PF suit une tendance similaire, le secteur privé desservant un peu plus de la moitié (52 pour cent) de tels utilisateurs.

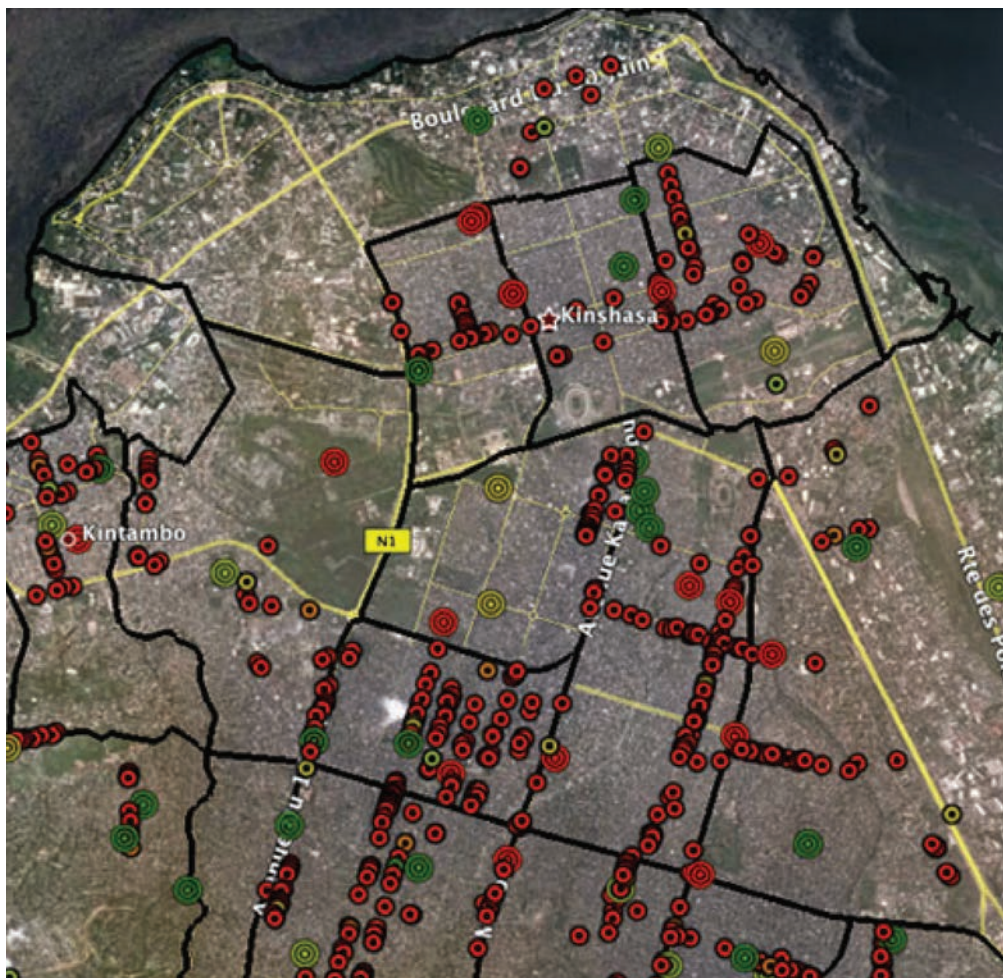
#### *Pleins feux sur la prestation de services de PF à Kinshasa et au Kongo Central (Matadi)*

L'utilisation de contraceptifs à Kinshasa était faible en 2017 - seulement 22 pour cent des femmes ont déclaré utiliser un moyen contraceptif moderne (PMA2020 2017). L'utilisation de contraceptifs au Kongo Central est encore plus faible et en baisse ; l'utilisation de méthodes modernes est passée de 20 pour cent en 2015 à 17 pour cent en 2017 (PMA2020 2017).

Selon une cartographie de tous les sites de fourniture de services de PF menée par l'Université de Tulane en 2013, peu d'établissements à Kinshasa étaient adéquatement préparés pour fournir des services de PF. Comme le montre la Figure 17, les produits PF sont plus couramment disponibles dans les pharmacies (petit point avec œil de taureau) que dans les formations sanitaires (gros point). L'abondance de points rouges par rapport aux points verts reflète le fait que la plupart des structures supposées offrir des services de PF n'ont pas de personnel qualifié ou de méthodes disponibles (en plus des préservatifs).

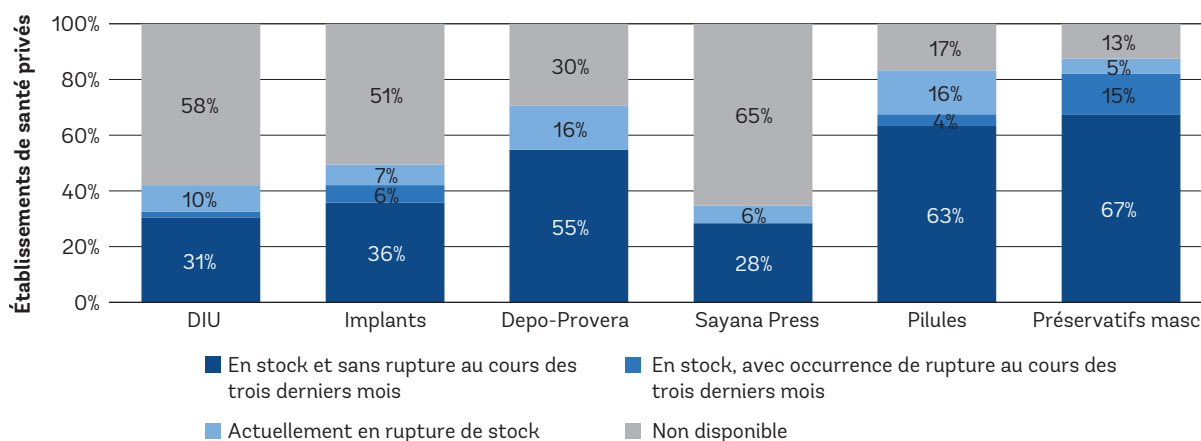
Selon les données de 2017, 68 pour cent des établissements privés à Kinshasa et 62 pour cent des établissements privés au Kongo Central offraient des services

**Figure 17. Pharmacies et établissements proposant des méthodes de PF à Kinshasa, 2013**



Source : Bertrand 2014 ; Planification familiale en RDC.

**Figure 18. Pourcentage des établissements privés à Kinshasa offrant des méthodes de PF et les ayant en stock le jour de l'étude**



Source : PMA2020 2017.

de PF. Les deux villes sont comparables quant au nombre de jours d'ouverture des établissements (5,7 à Kinshasa et 5,4 à Kongo Central) et dans certains des services qu'elles offrent. Les frais d'utilisation sont facturés par plus d'établissements privés au Kongo Central (31,7 pour cent) qu'à Kinshasa (11,6 pour cent) (PMA2020 2017). Les données de 2017 ne sont pas disponibles pour les autres villes dans ce rapport.

Tandis que les établissements privés à Kinshasa ont signalé des difficultés liées à des ruptures de stock fréquentes, celles-ci étaient plus aiguës pour les méthodes à courte durée d'action, telles que les préservatifs masculins, les pilules et les injectables Depo-Provera. Un moins grand nombre d'établissements ont signalé des ruptures de stock pour des méthodes à longue durée d'action, peut-être parce qu'ils étaient moins susceptibles d'offrir ces services (Figure 18).

Le pourcentage des établissements privés disposant de Sayana Press (5 pour cent), de dispositifs intra-utérins (22 pour cent), d'implants (22 pour cent) et de Depo-Provera (49 pour cent) était faible (voir Figure 19) (voir Encadré 14 pour plus d'information sur un programme pilote de travail partagé pour Sayana Press). Les établissements privés étaient plus susceptibles de stocker des méthodes à courte durée d'action comme les pilules et les préservatifs masculins (54 pour cent et 59 pour cent respectivement).

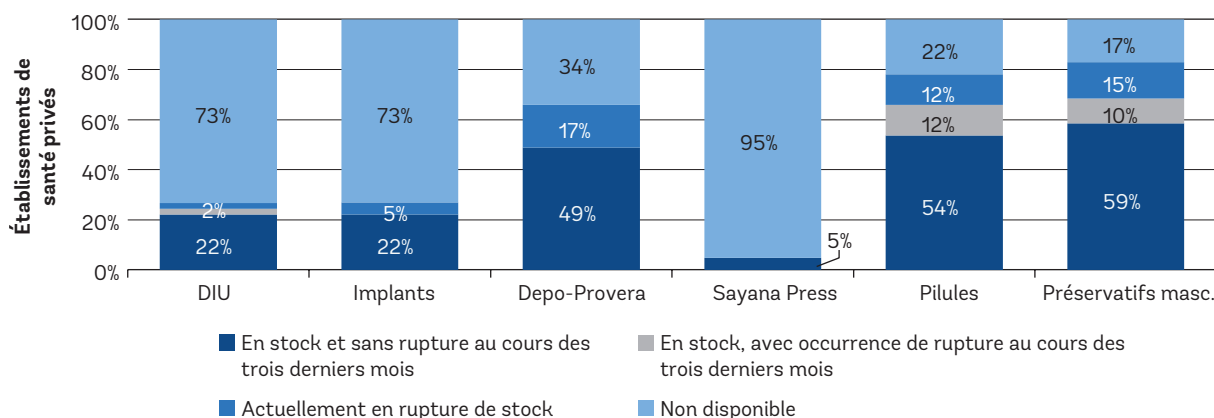
## 4.3 SANTÉ MATERNELLE

### 4.3.1 Contexte

La mortalité maternelle a augmenté en RDC, passant de 549 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2007 à 846 en 2014 (EDS). En outre, 35 pour cent des décès de femmes ont été attribués à des causes maternelles (contre 19 pour cent en 2007). Ces statistiques reflètent



**Figure 19. Pourcentage des établissements privés au Kongo Central offrant des méthodes de PF et les ayant en stock le jour de l'étude**



Source : PMA2020 2017a.

l'impact de la guerre et de la violence continue, lesquelles ont ralenti la reconstruction du système de santé après les conflits et exacerbé les inégalités fondées sur le sexe. En réponse, le MSP souligne la santé maternelle en tant qu'élément important du PNDS et dans la nouvelle Stratégie Intégrée pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et des Adolescents 2017-2020, qui est encore en cours de développement.

### 4.3.2 Dynamique de la fourniture de services

La plupart des naissances vivantes ont lieu dans un établissement public, tandis que 16 pour cent se produisent dans un établissement privé (EDS 2013-14.). Malgré cette variation, l'utilisation du secteur privé par la RDC pour

les naissances est plus élevée que celle des autres pays d'Afrique centrale et occidentale (Figure 20).

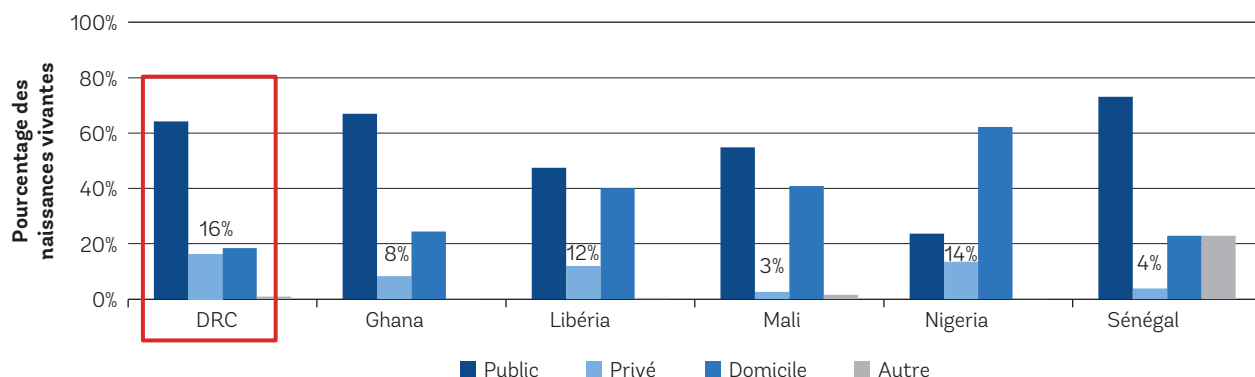
Le secteur privé pourrait contribuer davantage aux soins maternels, en particulier les soins prénataux et les services obstétriques d'urgence, afin de réduire la mortalité maternelle réduite (Ntambue et al. 2016). Le rapport 2014 de l'OMS sur l'indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services (SARA) a constaté que, par rapport aux établissements publics, les établissements privés étaient plus susceptibles d'avoir des intrants clés pour les services de santé maternelle, tels que : lignes directrices sur les soins prénataux, cliniciens formés aux soins prénatals et à la fourniture de services y afférente, équipements, tests et produits appropriés,

### Encadré 14. Tirer parti du partage des tâches afin d'améliorer l'accès à Sayana® Press

Un projet pilote mené en 2015 à Kinshasa a évalué les attitudes des accepteurs vis-à-vis de Sayana® Press en tant que méthode contraceptive et de la Distribution à Base Communautaire (connue localement sous le nom de «DBC») par des étudiants en médecine et en soins infirmiers. Les accepteurs de Sayana® Press ont déclaré être extrêmement satisfaits de cette méthode. Bien que la plupart d'entre eux soient satisfaits des conseils et des services reçus, moins d'un tiers ont réalisé que les distributeurs à base communautaire étaient des étudiants. Les distributeurs ont exprimé leur satisfaction dans leur rôle, avec plus de 95 pour cent déclarant qu'ils le recommanderaient à d'autres. Leurs principales plaintes étaient le manque de rémunération, les ruptures de stock et le besoin d'une supervision accrue. Le projet pilote a validé l'utilisation des étudiants pour la distribution à base communautaire, ouvrant la voie à d'autres projets de transfert de tâches à Kinshasa.

Source : Bertrand et al. 2017.

**Figure 20. Lieu des naissances vivantes**



Source : Le programme EDS. n.d.

comme les antibiotiques et les comprimés riches en fer et acide folique.

## 4.4 SANTÉ INFANTILE

### 4.4.1 Contexte

La RDC a adopté la stratégie de gestion intégrée des maladies néonatales et infantiles (GIMNI) en 1990. Cette approche est axée sur le bien-être général de l'enfant afin d'accélérer la réduction de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. La GIMNI intègre la prévention et la gestion des principales causes de décès, y compris la pneumonie, le paludisme, la diarrhée, la malnutrition, l'anémie, le VIH/sida et les troubles néonataux. Une revue de la mise en œuvre de la GIMNI dans le cadre du Plan stratégique national de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant 2017-2021 met en évidence les disparités de couverture entre les différentes composantes des services de santé infantile et les zones géographiques. Pour y remédier, les objectifs de la stratégie comprennent : le renforcement de la capacité du prestataire ; l'augmentation du pourcentage de formation en santé en matière de GIMNI ; l'intensification des pratiques de GIMNI axées sur la famille et la communauté dans les 26 provinces ; l'amélioration de la disponibilité des médicaments de la GIMNI ; le renforcement de la gestion des données de la GIMNI ; et la coordination de la GIMNI à tous les niveaux du système de santé.

### 4.4.2 Dynamique de la fourniture de services

Le secteur privé est une source importante de soins pour les enfants malades (voir Encadré 15). Parmi les soi-

gnants qui recherchent des services de garde en dehors de la maison pour cause de fièvre, d'infection respiratoire aiguë ou de diarrhée, 44 pour cent ont demandé un traitement ou des conseils auprès du secteur privé (Figure 21). La plupart ont recours à des sources non cliniques, comme les pharmacies, les points de vente ou les marchés (81 pour cent), tandis que moins d'un quart se rendent à un établissement clinique privé, comme un hôpital, un cabinet médical ou une clinique (Bradley et al. 2017).

Le rôle du secteur privé dans la prestation des services de santé aux enfants est significatif dans tous les quintiles de richesse, passant de 40 pour cent dans le quintile de richesse le plus bas à plus de 60 pour cent dans le plus riche (Figure 22).

Cette importance pour les ménages à faible revenu est plus prononcée en RDC que dans les autres pays de la région, juste derrière le Nigéria (Figure 23).

La plupart des prestataires privés offrent des services de santé infantile préventifs et curatifs (84 pour cent) (MSP 2014a). Tandis que les prestataires privés sont moins susceptibles de fournir des services de vaccination que les prestataires publics (63 pour cent contre 83 pour cent), les établissements privés sont légèrement plus susceptibles d'avoir des données clés sur la santé des enfants, notamment : directives en matière de GIMNI et suivi de la croissance ; personnel formé à la GIMNI au cours des deux dernières années ; équipements et outils clés, tels que des balances, thermomètres et dispositifs de microscopie générale pour examiner les parasites dans les selles ; médicaments et produits pertinents (par



## Encadré 15. Renforcement des capacités du secteur privé pour la santé des enfants

La majorité des soignants recherchant des traitements pour les maladies d'enfance ont accès à des points de vente de médicaments du secteur privé. Cependant, la connaissance des traitements des maladies d'enfance par le personnel de ces points de vente est extrêmement limitée. Un programme pilote de deux ans (2009–2011) à Kinshasa a évalué les connaissances et les pratiques des employés des pharmacies privées en contact avec les patients en ce qui concerne les traitements des maladies d'enfance (infections respiratoires, paludisme et diarrhée). Les employés des pharmacies privées ont reçu une formation et bénéficient d'une supervision d'appui conforme aux politiques et directives nationales en ce qui concerne les conseils aux patients, la distribution des médicaments et les orientations. Dans le cadre de cet effort, les responsables de la mise en œuvre du programme ont examiné des pratiques de distribution de médicaments et des comportements associés à la GIMNI, ainsi que les facteurs systémiques qui pérennisent ces pratiques (par exemple, capacité de la chaîne d'approvisionnement, disponibilité des médicaments essentiels pour les maladies d'enfance et capacité des principaux acteurs à identifier les problèmes à surmonter et les facteurs de succès dans le cadre des processus de renforcement des systèmes de santé). Les résultats du programme pilote ont indiqué une amélioration des connaissances des signes de danger dans l'ensemble. Entre 2009 et 2011, les agents interrogés ont constaté les améliorations suivantes :

- Au départ : méconnaissance totale des signes d'infections respiratoires graves à 36 pour cent des participants et connaissance de seulement un signe d'infection à 49 pour cent – après le programme : réduction du pourcentage de méconnaissance totale à 16 pour cent et du pourcentage de connaissance de seulement un signe d'infection à 33 pour cent ;
- Au départ : connaissance du fait que le miel peut être utilisé pour les rhumes/la toux à 0 pour cent des participants – après le programme : augmentation de ce pourcentage à 72 pour cent ;
- Au départ : capacité de recommander le traitement approprié pour la pneumonie à 27 pour cent des participants – après le programme : augmentation de ce pourcentage à 61 pour cent ;
- Au départ : capacité de conseiller l'utilisation de SRO+ZINC pour traiter la diarrhée à 4 pour cent des participants – après le programme : augmentation de ce pourcentage à 75 pour cent ;
- Au départ : capacité d'identification de la fièvre comme symptôme du paludisme à 83 pour cent des participants – après le programme : augmentation de ce pourcentage à 97 pour cent ; et
- Au départ : connaissance de l'utilité de l'association artésunate-amodiaquine à 22 pour cent des participants – après le programme : augmentation de ce pourcentage à 72 pour cent.

Les leçons tirées de ce programme reflètent la capacité du personnel des pharmacies privées de distribuer des médicaments pour le traitement des infections respiratoires, du paludisme et de la diarrhée, en tirant parti de ses connaissances et des références aux politiques nationales. Pendant la durée du programme pilote, près de 5 000 enfants de moins de cinq ans ont été traités en un an et demi, ce qui suggère que l'intervention pourrait être utile pour réduire la mortalité infantile et changer les comportements des parents. Toutefois, certaines lacunes dans les connaissances subsistent. L'équipe d'évaluation a constaté que lorsqu'on demandait au personnel des points de vente de médicaments s'il savait comment administrer conjointement du zinc et du SRO, il donnait fréquemment des indications incorrectes, même quand il disposait d'une fiche d'instructions concise qui accompagnait le produit.

Source : SPS 2011.

exemple, SOR, comprimés de zinc, gélule de vitamine A, sirop d'amoxicilline/suspension et sirop de paracétamol/suspension) (MSP 2014a).

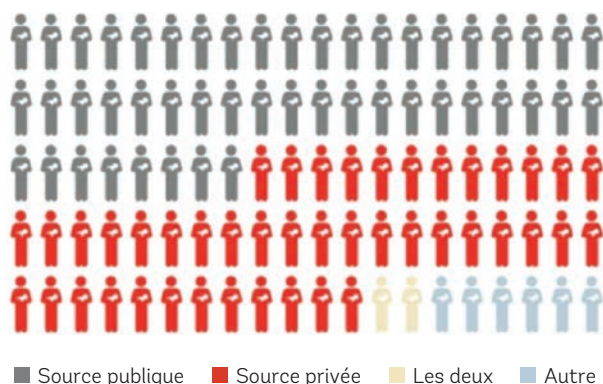
## 4.5 NUTRITION

### 4.5.1 Contexte

La malnutrition chronique affecte également les ménages en RDC, à l'exception des 20 pour cent les plus riches de

la population. L'EDS 2013 a estimé que 6,3 millions de jeunes enfants connaissent un retard de croissance. Les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants demeurent sous-optimales – seulement 48 pour cent des enfants âgés de moins de six mois sont exclusivement nourris au sein et 52 pour cent des nouveau-nés sont allaités dans l'heure qui suit l'accouchement (EDS 2013-14.). Bien que jusqu'à 79 pour cent des enfants reçoivent des aliments de complément en

**Figure 21. Source des soins de santé pour les enfants en RDC**



Source : Bradley et al., 2017.

temps opportun, seulement environ 8 pour cent bénéficient d'une alimentation complémentaire répondant aux critères d'un régime minimum acceptable. Les femmes et les enfants présentent également des carences en micronutriments avec 47 pour cent des enfants âgés de moins de cinq ans et 38 pour cent des femmes en âge de procréer souffrant d'anémie. Le taux de retard de croissance infantile est de 43 pour cent (EDS 2013-14.).

#### 4.5.2 Plaidoyer et collaboration stratégique

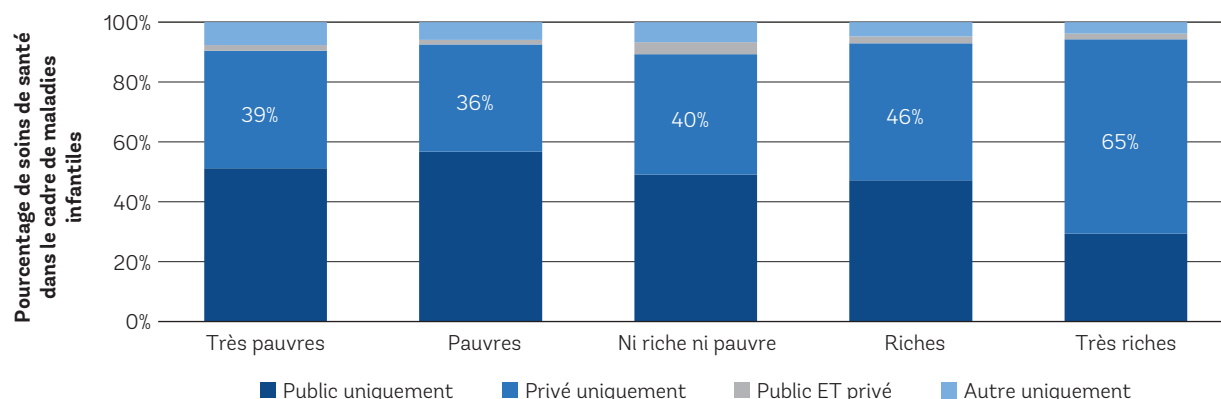
La RDC a rejoint le mouvement *Scaling Up Nutrition* en 2013 et a travaillé avec les principales parties prenantes pour rédiger la Politique nationale multisectorielle de nutri-

tion, ainsi que son plan opérationnel chiffré (SUN, 2017). Le Programme national de nutrition élabore des protocoles et des directives, notamment le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, des directives sur l'approche nutritionnelle communautaire et des directives sur la surveillance de la croissance par le biais de consultations préscolaires dans les établissements de santé. Le Plan Stratégique National Multisectoriel de Nutrition 2017-2021 répond à la nécessité d'une approche multisectorielle. La priorité est donnée aux interventions ciblant les 1 000 premiers jours de la vie d'un enfant.

Comme mentionné à la Section 3.2, le Gouvernement de la RDC a créé le CNMN en 2015. Il comprend une plateforme interministérielle et un comité technique d'experts. Bien que le CNMN ne soit pas encore fonctionnel au niveau national, des comités nutritionnels multisectoriels sont établis au Sud-Kivu et au Kasai, et la plateforme technique du programme national de nutrition, menée par le MSP, s'est réunie huit fois entre 2016 et 2017 sans avoir toutefois alloué de budget spécifique. Cette plateforme multipartite comprend des membres de divers « groupes » de nutrition et de sécurité alimentaire, des acteurs du développement, des ministères liés à la nutrition, des partenaires techniques et financiers, et des agences des Nations unies.

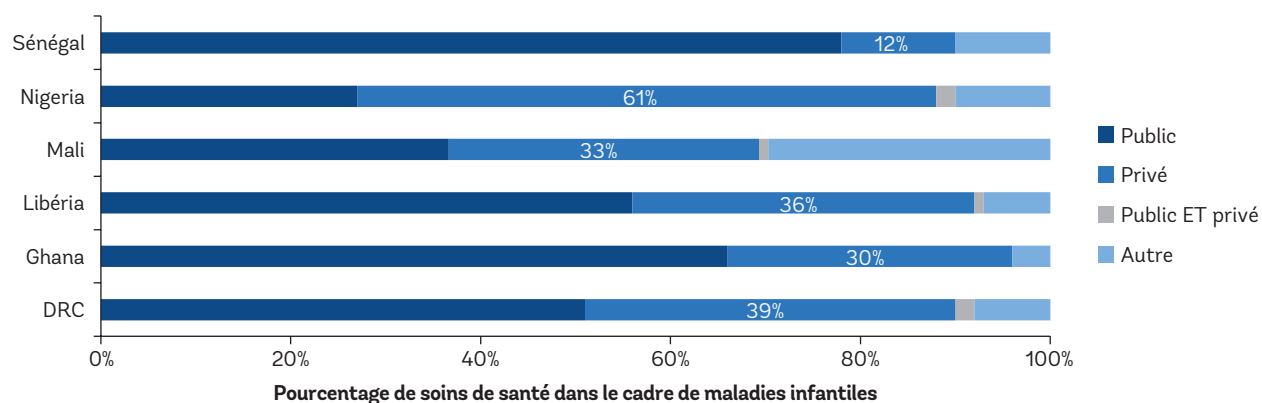
En 2016, le MSP a lancé un « récit commun » avec les principales parties prenantes qui a conduit à des efforts de plaidoyer forts dans le domaine de la nutrition (MSP [n.d.]a). Le texte réclame une coordination et un engagement de haut niveau entre les parties prenantes via

**Figure 22. Source des soins de santé pour les enfants par quintile de richesse**



Source : Bradley et al., 2017.

**Figure 23. Source des soins de santé pour les enfants pour le quintile de richesse le plus bas dans certains pays d'Afrique subsaharienne**



Source : Bradley, Rosapep and Shiras 2017

un cadre institutionnel solide, ainsi que des interventions centrées sur les 1 000 premiers jours de vie, à compléter par l'accès aux soins pour les femmes et les enfants, et aux interventions sensibles à la nutrition. Cependant, les engagements financiers n'ont pas été respectés, les ressources humaines pour la santé restent sous-financées et la plupart des interventions spécifiques à la nutrition sont soutenues par des partenaires extérieurs et des bailleurs.

#### 4.5.3 Dynamique de la prestation de services en nutrition

En 2015, la Banque mondiale a publié un document d'orientation comparant le rapport coût-efficacité de la mise en œuvre et de l'intensification des interventions nutritionnelles clés en RDC. L'objectif était d'aider le gouvernement à établir des priorités en identifiant les formules les plus rentables et en tirant parti des ressources supplémentaires provenant des budgets nationaux et des partenaires de développement. Dix interventions ont été identifiées : programmes nutritionnels communautaires pour la promotion de la croissance, suppléments de vitamine A, suppléments de zinc thérapeutiques avec SRO, poudres de micronutriments, vermifuges, suppléments de fer et d'acide folique pour les femmes enceintes, enrichissement en fer des aliments de base, aliments pour la prévention de la malnutrition aiguë modérée et la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants (Shekar et al. 2015). Les entretiens avec les parties prenantes et les visites dans les

#### Encadré 16. Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi en RDC

À ce jour, il n'existe aucune initiative de production locale réussie pour les aliments thérapeutiques. Nutriset, le créateur et fournisseur français de Plumpy'Nut®, a reçu une licence pour la production locale en RDC. Le réseau PlumpyField a tenté de soutenir deux fois la production locale, d'une part en apportant de l'aide à la société alimentaire Jongea à Lubumbashi, et d'autre part, en créant Amwili, une société spécialisée dans la production de produits nutritionnels spécifiques pour les agences humanitaires telles que l'ONU, Médecins Sans Frontières et Vision du Monde. L'usine d'Amwili en RDC a fermé en 2012. Le directeur général d'Amwili, Nataly K. Besnier, a expliqué que malgré leurs efforts et la bonne volonté de l'État congolais, la compagnie ne pouvait pas poursuivre ses activités car l'environnement économique et les coûts logistiques liés à la production et à la distribution étaient prohibitifs. Actuellement, l'UNICEF fournit la plupart des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi en RDC, tandis que le Programme alimentaire mondial fournit des aliments supplémentaires. Plutôt que de passer par la FEDECAME, ces ressources sont distribuées directement au niveau provincial (Programme National de Nutrition [PRONANUT] ou DPS) et dans certains cas, directement aux zones de santé.

Sources : UNICEF 2017 ; Nutriset n.d.

cliniques privées ont révélé que les services et produits disponibles sont limités pour les enfants souffrant de malnutrition. Ces visites n'ont trouvé aucun produit lié à la nutrition dans les cliniques privées, les pharmacies ou les points de vente de médicaments. Les produits thérapeutiques sont généralement offerts gratuitement dans le cadre des initiatives humanitaires, et ils constituent ainsi un marché moins rentable pour les acteurs privés.

## 4.6 AUTRES PROBLÈMES SANITAIRES

### 4.6.1 Le paludisme

Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité en RDC, représentant 39 pour cent des consultations externes et 39 pour cent des décès en 2014 (PMI 2017). Le paludisme est également la principale cause de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Des services de diagnostic et de traitement sont disponibles dans presque tous les établissements, et les secteurs public et privé ont des scores opérationnels similaires pour les services de diagnostic et de traitement – 54 pour cent et 53 pour cent respectivement (MSP, 2014). L'un des objectifs du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est d'améliorer la collaboration avec le secteur privé. Le Plan stratégique 2016–2020 du PNL P souligne l'importance d'impliquer le secteur privé dans la planification, avec des représentants du secteur privé inclus dans le groupe de travail technique sur le paludisme, et dans la mise en œuvre d'activités telles que la vente de moustiquaires imprégnées d'insecticide au tarif normal ou subventionnés et de traitements contre le paludisme (PMI 2017).

Beaucoup de personnes en quête de soins et de traitement utilisent le secteur privé, 47 pour cent des enfants avec de la fièvre étant pris en charge par des prestataires privés (EDS 2013-2014). Le secteur privé représente plus de 80 pour cent des ventes d'agents antipaludiques à Kinshasa et plus de 70 pour cent au Katanga (ACTWatch 2017). La plupart des points de vente du secteur privé ayant des antipaludiques sont des pharmacies. Les établissements de santé privés à but lucratif et les pharmacies stockent également des antipaludiques. Parmi les points de vente ayant au moins un antipaludique en stock, plus de 80 pour cent des points de vente du secteur privé à Kinshasa, et 50 pour cent au Katanga stockaient des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) non assurés alors qu'environ 20 pour cent stockaient des

CTA de qualité garantie à Kinshasa et 50 % au Katanga (ACTWatch 2017). Les questions liées au contrôle qualité sont évoquées plus en détails dans la section sur l'accès aux médicaments.

Plusieurs projets visent à améliorer la qualité des services antipaludiques dans le secteur privé. Le Fonds mondial et le Département pour le développement international du Royaume-Uni cofinancent un projet pilote à Kinshasa pour introduire les CTA subventionnées dans le secteur privé (PMI 2017). Le projet Defeat Malaria a pour mission d'améliorer le traitement du paludisme, ainsi que la disponibilité de kits de tests de diagnostic rapide de qualité et de médicaments antipaludiques à un prix abordable dans le secteur privé en subventionnant les intrants d'importation. En 2016, le projet a aidé à importer 921 360 CTA « Feuille verte », formé 1 771 prestataires et aidé 4 025 organisations privées à distribuer des CTA « Feuille verte », et distribué 498 075 kits de tests de diagnostic rapide (MSP 2017k).

### 4.6.2 Les infections sexuellement transmissibles et le VIH/sida

Le Plan stratégique national de lutte contre le VIH et le sida 2014-2017 souligne la nécessité de faire participer le secteur privé aux initiatives de lutte concernant le VIH/sida et d'autres infections sexuellement transmissibles, y compris la planification de plans sectoriels spécifiques en coordination avec les acteurs publics et privés.

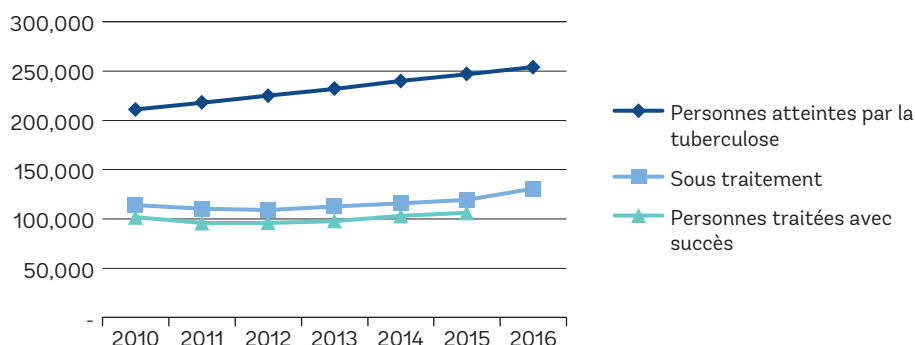
Le dépistage et le traitement du VIH sont disponibles dans 72 pour cent des établissements privés. La capacité opérationnelle de conseil et de dépistage du VIH, ainsi que de traitement et de soutien, est élevée dans les établissements privés (84 pour cent et 74 pour cent respectivement) (MSP, 2014).

La prévalence du VIH parmi les patients tuberculeux enregistrés en RDC est environ 11 fois supérieure à la prévalence au sein de la population générale à environ 12 pour cent (OMS 2016), faisant de la tuberculose un point d'entrée extrêmement important pour trouver de nouveaux patients VIH.

### 4.6.3 La tuberculose

L'incidence de la tuberculose (y compris la co-infection tuberculose/VIH) est élevée en RDC, à 324 pour 100 000 personnes. Malheureusement, le nombre de personnes atteintes par la tuberculose n'a pas diminué au cours des dernières années (Figure 24).

**Figure 24. Nombre de personnes atteintes par la tuberculose, sous traitement, et pour lesquelles le traitement a été efficace, 2010-2016**



Source : Stop TB 2017.

Malgré le caractère généralisé de la tuberculose, seulement 30 pour cent des établissements de santé fournissent des services de lutte antituberculeuse. Ceux-ci sont offerts plus largement dans le public (38 pour cent) que dans le secteur privé (17 pour cent) (MSP 2014a). Seulement 51 pour cent des personnes atteintes de la tuberculose ont été traitées en 2016 (Stop TB 2017).

D'autres pays ont élaboré des initiatives multisectorielles en collaboration avec des sociétés minières pour lutter contre la tuberculose, et la RDC pourrait en tirer des leçons.

L'initiative de lutte contre la tuberculose dans le secteur minier en Afrique du Sud est pilotée par la Banque mondiale et a permis de faciliter la collaboration parmi les gouvernements, la société civile, les partenaires de développement et les partenaires du secteur privé participant à la lutte contre la tuberculose dans le secteur minier de l'Afrique du Sud. Cette initiative a permis de franchir plusieurs étapes, y compris l'élaboration d'un cadre régional harmonisé pour la prise en charge de la tuberculose étayée de modules de formation mis en œuvre pour les prestataires et les travailleurs de santé, ou la cartographie géospatiale des mineurs, des anciens mineurs, des membres de leur famille et des services de santé en Afrique du Sud (Banque mondiale 2018).

### Encadré 17. L'Initiative sur la tuberculose dans le secteur minier en Afrique australe

L'Initiative sur la tuberculose dans le secteur minier en Afrique australe, dirigée par la Banque mondiale, a facilité la collaboration parmi les gouvernements, la société civile, les partenaires au développement et le secteur privé qui luttent contre la tuberculose dans le secteur minier dans la région de l'Afrique australe. Cette initiative a franchi avec succès de multiples étapes, y compris l'élaboration d'un cadre régional harmonisé pour la prise en charge de la tuberculose, avec l'appui du déploiement de modules de formation pour les prestataires de services et les travailleurs de santé ou la cartographie géospatiale de tous les travailleurs des mines, les anciens travailleurs des mines, leurs familles et les services de santé en Afrique du Sud.

Source : Banque mondiale 2018.

### 4.7 DEMANDE DE SERVICES

La demande de services de santé est limitée par plusieurs facteurs. Des normes sociales et culturelles profondément ancrées empêchent l'utilisation des services de santé en RDC - par exemple, des idées fausses sur la PF et le désir de familles nombreuses empêchent l'adoption de moyens de PF. Les activités de mobilisation sont souvent mises en œuvre indépendamment par les parties prenantes avec une coordination limitée entre les bailleurs (par exemple, les campagnes de vaccination pour la santé des enfants) (voir Encadré 18). Pour certains domaines de la santé, tels que la nutrition, le financement des bailleurs donne la priorité aux interventions du côté de l'offre telles que les suppléments, tandis que les efforts visant à accroître la demande ciblant les décisions du chef de famille sont limités. Le manque de volonté et l'incapacité de payer

### Encadré 18. Changer les comportements par le biais de campagnes pour le CSC

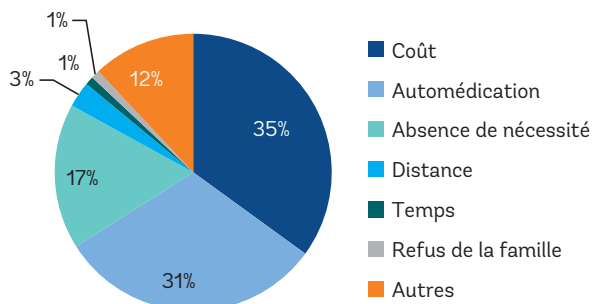
Les campagnes pour le Changement Social et Comportemental (CSC) peuvent contribuer à l'évolution des niveaux de connaissances et des comportements au sein de la population, mais elles exigent un certain niveau de coordination et d'investissement. Une étude d'essai randomisé contrôlé (ERC) menée par DMI au Burkina Faso a montré que les partenaires doivent diffuser leurs messages pendant environ 10 semaines (10 fois par jour, tous les jours, répartis sur un plus grand nombre de semaines) pour modifier un comportement particulier d'environ 9 %.

Source : DMI 2016.

sont également des obstacles importants à l'utilisation des services. Plus d'un tiers de la population choisit de ne pas utiliser les services de santé en raison de leur coût (Figure 25).

L'examen de la demande de services de santé, y compris des facteurs qui conditionnent la demande, est susceptible d'apporter des informations aux campagnes de changements sociaux et de comportements (SBC) visant à augmenter l'utilisation des produits et services de santé prioritaires. L'EDS fournit de nombreuses informations spécifiques à la demande de produits de planification familiale. Bien qu'il puisse exister des différences

**Figure 25. Principales raisons motivant la non-utilisation des soins de santé en RDC, 2013**



Source : Barroy et al. 2014.

entre les différents domaines de santé, ces informations peuvent permettre d'identifier les groupes de population qui pourraient avoir accès à des services de santé par le biais du secteur privé ainsi que des initiatives susceptibles de faciliter cet accès. Par exemple, l'analyse des données de l'EDS la plus récente conduite par l'équipe de l'étude révèle que presque 15 millions de femmes en RDC souhaitent retarder ou limiter leur grossesse, mais qu'elles n'utilisent pas de méthode contraceptive moderne. Les femmes qui n'utilisent pas actuellement de méthode de planification familiale moderne, bien qu'elles l'envisagent, indiquent que le coût et l'accès insuffisant constituent les principaux obstacles (Figure 26).

Tandis que les données disponibles limitent actuellement ce type d'analyse à la PF, les bailleurs de fonds et le Gouvernement de la RDC pourraient soutenir certaines initiatives de recherche similaires afin de mieux comprendre pourquoi les personnes qui n'utilisent pas de produits de santé, et notamment les produits pour la santé des enfants, le VIH et le paludisme, n'accèdent pas aux soins. Cette information pourrait bénéficier à des initiatives plus ciblées pour stimuler la demande. Elle pourrait également bénéficier aux initiatives visant à faire en sorte que les fournisseurs privés soient plus en mesure de répondre à la demande actuelle non satisfaite, y compris les initiatives de formation clinique visant à étendre les offres de services des prestataires privés, les initiatives en matière de chaîne d'approvisionnement visant à améliorer l'accès des prestataires privés et des points de vente de détail aux produits pharmaceutiques et les stratégies de financement de la santé pour résoudre le problème des coûts élevés au niveau des établissements de santé.

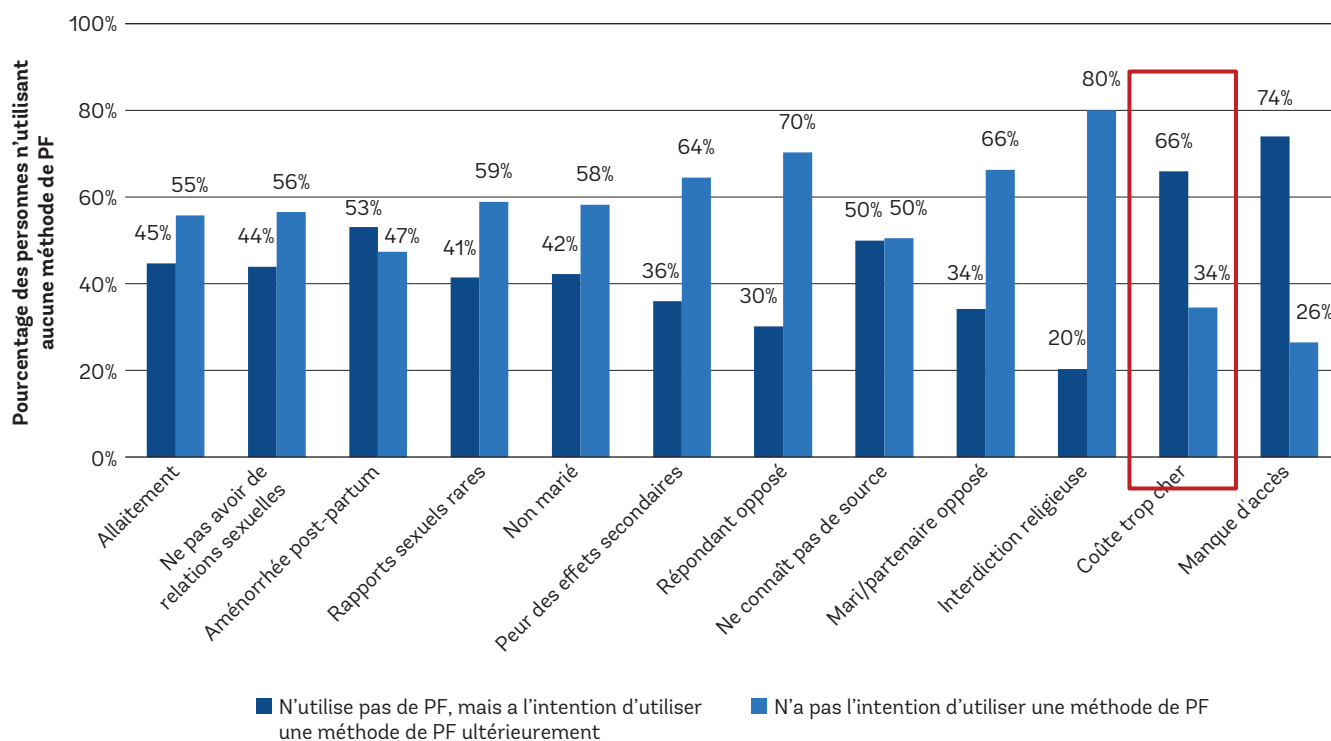
## 4.8 RECOMMANDATIONS

Cette section présente les recommandations pour la prestation de services dans le secteur privé, en particulier dans les domaines de la PF et de la santé maternelle et infantile.

### Recueillir des renseignements supplémentaires sur la prestation de services dans le secteur privé

**Constatation :** Nous ne disposons que de peu d'informations sur la demande de produits et de services dans le secteur privé, le nombre de prestataires privés, le rôle que joue le secteur privé dans la fourniture de produits et de services, ainsi que la qualité des produits et des services qu'ils fournissent.

**Figure 26. Pourcentage des personnes qui n'utilisent pas de méthode de PF par type de raison donnée pour justifier une telle non-utilisation**



Source : EDS 2013-14.

**Recommandation :** Les parties prenantes devraient intégrer les questions concernant le secteur privé dans les études à venir, comme le prochain SARA de l'OMS, et investir dans des études complémentaires afin de mieux comprendre le rôle que jouent les prestataires privés dans la prestation de services. Une meilleure intégration du secteur privé dans les systèmes nationaux d'information sur la santé fournira également des données clés pour éclairer la prise de décisions, comme nous le soulignons ci-dessous dans la section Systèmes d'information sanitaire.

### Renforcer l'accès des prestataires privés aux formations cliniques, en particulier en matière de PF

**Constatation :** Bien qu'il y ait une perception générale de services de meilleure qualité dans le secteur privé, les prestataires offrent souvent une gamme limitée de services à cause du manque de compétences cliniques. Les programmes parrainés par les bailleurs ont également tendance à se concentrer sur les prestataires du secteur



Madame Lusandu Chantale, spécialiste en PF au Centre Hospitalier de Référence de Libikisi de l'Église du Christ au Congo, Kinshasa

public, des organisations confessionnelles et des ONG, en omettant le secteur privé à but lucratif. Par conséquent, les prestataires privés ne sont souvent pas régulièrement informés sur la PF et d'autres services.

**Recommandation :** Les bailleurs et les gouvernements devraient envisager de nouvelles stratégies pour atteindre les prestataires privés à l'aide de formations à la fois nouvelles et de mise à jour pour la PF et d'autres services. Ces efforts devraient tirer parti des efforts déployés par des réseaux tels que l'ABEF ou l'ISP qui dispensent actuellement des formations sur le conseil en PF et la fourniture de services à leurs membres et prestataires partenaires. L'expansion de ces programmes de formation pour couvrir de nouveaux domaines de la santé (par exemple, la tuberculose ou le VIH) et atteindre plus de prestataires peut contribuer à accroître la disponibilité d'une plus grande gamme de services dans le secteur privé. En travaillant avec un réseau existant ou une association de prestataires, les bailleurs et les gouvernements peuvent également établir plus de liens parmi ces groupes et un plus grand nombre de prestataires privés indépendants, contribuant ainsi à remédier à la fragmentation qui caractérise actuellement le secteur privé de la santé.

### Investir dans des programmes de services de PF dans le secteur privé

**Constatation :** Le coût est un obstacle à l'utilisation des services de PF – en particulier les méthodes à longue durée d'action comme les implants – dans le secteur privé à but lucratif.

**Recommandation :** Même si les efforts pour utiliser les bons ont été limités en RDC (principalement axés sur les efforts humanitaires et la santé des enfants), les bailleurs et le Gouvernement de la RDC pourraient vouloir envisager de soutenir un tel effort. Dans d'autres pays de la région, ces programmes ont contribué à réduire les obstacles financiers et à élargir l'accès aux services de santé prioritaires (Encadré 19).

### Tirer parti d'une approche intégrée à quatre volets pour améliorer la prise en charge des maladies d'enfance

**Constatations :** Les objectifs de la stratégie en matière de GIMNI de la RDC comprennent le renforcement des capacités, l'amélioration de la disponibilité des médicaments GIMNI, l'extension des pratiques de GIMNI familiales et

### Encadré 19. Utiliser des bons pour augmenter l'utilisation des services de santé prioritaires en Ouganda

Pour faire face au taux élevé de mortalité maternelle en Ouganda, l'USAID a investi dans un programme de bons de santé maternelle dans quatre districts de 2012 à 2014 dans le cadre de l'initiative Saving Mothers, Giving Life (Sauver les mères, donner la vie). Mis en œuvre par Marie Stopes Ouganda, les femmes pouvaient acheter un bon de réduction d'un distributeur communautaire couvrant une série de services liés à la santé maternelle, y compris les visites prénatales, l'accouchement, les tests et les soins pour les complications liées à la grossesse. Ces bons étaient échangeables auprès des cliniques Marie Stopes participantes qui avaient reçu une formation clinique appropriée. Une fois les bons rachetés, les prestataires ont ensuite soumis des demandes de paiement à Marie Stopes Ouganda. Ces paiements étaient plus élevés que ce que les femmes avaient initialement payé pour le bon – permettant ainsi aux clients à faible revenu d'accéder à des soins de haute qualité dans le secteur privé et aux prestataires privés de récupérer les coûts de leur fourniture de services. Au cours de ce programme de deux ans, plus de 36 000 femmes ont acheté un bon. Quatre-vingt-quatorze pour cent les ont rachetés pour des soins prénatals et 74 % pour leur accouchement.

Source : SHOPS Project 2015.

communautaires et l'amélioration de la coordination entre toutes les parties prenantes. Cette évaluation a révélé une volonté politique d'utiliser le secteur privé pour améliorer les résultats en matière de santé infantile et reflétait un approvisionnement constant en zinc et en SRO dans les pharmacies de Lubumbashi.

**Recommandation :** Pour tirer parti de cette volonté politique, les bailleurs et le Gouvernement de la RDC devraient soutenir une campagne pour le CSC multicanale intégrée axée sur la santé de l'enfant, et utiliser les leçons tirées des campagnes précédentes en RDC pour guider la phase de conception. Grâce à l'utilisation élargie du secteur privé dans d'autres pays, les programmes des bailleurs ont abordé les décès évitables des enfants dans plusieurs programmes de terrain selon une approche



à quatre volets : 1) assurer un environnement politique et réglementaire propice au traitement ; 2) garantir une large disponibilité de produits de santé infantile de qualité élevée et abordables dans les secteurs public et privé ; 3) générer une demande de produits et enseigner aux soignants quand et où chercher un traitement et comment utiliser correctement les produits ; et 4) améliorer les connaissances et les compétences des prestataires dans les secteurs privé et public afin de promouvoir et de fournir un traitement approprié. Il faudrait également renforcer la capacité du personnel se trouvant au guichet des pharmacies à prévenir et traiter les maladies infantiles, en utilisant la formation et la supervision formative pour améliorer les pratiques en matière de prescription.

Accroître l'engagement du secteur privé dans les programmes de nutrition

**Constatation :** L'engagement du secteur privé dans les programmes de nutrition reste relativement limité.

**Recommandation :** Exemples d'opportunités spécifiques pouvant être mises en place pour impliquer davantage le secteur privé :

- Évaluation de la faisabilité d'une collaboration avec les sociétés privées locales pour le conditionnement d'aliments nutritifs (par exemple, de l'huile de cuis-

**Figure 27. Four-pronged approach to improve ORS and zinc use**



son enrichie) en petites quantités qui pourraient être vendus à un prix plus abordable ;

- Promotion de l'enrichissement des aliments locaux (à savoir la farine de blé, l'iodation du sel) ;
- Mesures d'incitations envers le secteur privé à transporter des produits thérapeutiques dans des zones difficiles d'accès ; et
- Organisation d'un réseau du secteur privé pour contribuer au plan national de nutrition et s'assurer que les parties prenantes du secteur privé sont conscientes des efforts réalisés dans le domaine de la nutrition et impliquées dans ces efforts.

## 5. Accès aux Médicaments Essentiels

### 5.1 APERÇU DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

L'état actuel de la chaîne d'approvisionnement reflète bien la taille de la RDC et ses infrastructures insuffisantes. La chaîne d'approvisionnement est vaste, complexe, largement non réglementée, et caractérisée par la fragmentation et la duplication. En 2009, il existait 99 canaux de distribution pour le secteur public et à but non lucratif, 85 pour cent des partenaires utilisant leurs propres agences d'approvisionnement, entrepôts et systèmes de distribution, causant gaspillage et duplication (Ntembwa et van Lerberghe 2015). La mise en œuvre du système national de la chaîne d'approvisionnement en 2009 n'avait pas eu d'impact significatif sur cette situation en 2014 (SIAPS et al. 2014).

Le secteur privé joue un rôle important dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et de fournitures aux pharmacies privées, aux points de vente de médicaments, aux cliniques et aux hôpitaux, mais il est encore plus fragmenté que le système de distribution du secteur public. Le gouvernement ne peut qu'estimer le



nombre d'importateurs privés, de grossistes et de points de vente, l'enregistrement et la réglementation étant inefficaces (Tableau 5). Le fait que le gouvernement doive estimer les grossistes non autorisés témoigne de l'absence de réglementation. À titre de référence, dans les autres pays francophones (Côte d'Ivoire et Sénégal),

**Tableau 5. Laboratoires pharmaceutiques, grossistes privés autorisés et non autorisés et pharmacies autorisées en RDC\*, 2017**

Province	Laboratoires pharmaceutiques	Grossistes autorisés et non autorisés	Pharmacies autorisées
<b>Total en RDC</b>	<b>30</b>	<b>171</b>	<b>109</b>
Kinshasa	21	90	90
Haut-Katanga	3	29	11
Nord-Kivu	1	3	0
Sud-Kivu	2	12	1
Kasaï-Oriental	1	1	1
Kongo Central	2	8	1
Orientale	0	0	4

\*Sur la base des anciennes provinces.

Sources : MSP, 2017b, 2017c ; 2017d ; 2017e ; 2017f.

il n'y a que quatre à cinq grossistes autorisés (grossistes répartiteurs) desservant l'ensemble du pays, avec plus de 1 000 pharmacies autorisées vérifiées. Cette économie d'échelle permet aux grossistes d'investir dans la logistique pour un meilleur stockage et une livraison directe aux pharmacies à court terme. La RDC représente un cas extrême où des économies d'échelle entraînent de plus grands défis pour les régulateurs et une qualité inférieure.

Les points de ventes de médicaments non autorisés sont plus nombreux que les pharmacies autorisées. Une étude de l'OMS de 2015 a estimé qu'environ 4 000 établissements non autorisés distribuaient des médicaments, ce qui est beaucoup plus élevé que les chiffres du MSP reportés dans le Tableau 5. Une autre étude a trouvé plus de 5 000 points de ventes de médicaments à Kinshasa sans permis ni pharmacien qualifié (Office Fédéral des Migrations [ODM] 2014, 7sur7.cd 2015). La présence de points de ventes de médicaments et de grossistes non autorisés rend difficile l'estimation précise de la taille et de la portée de la chaîne d'approvisionnement du secteur privé. Tandis que les parties prenantes dénoncent la prédominance des points de ventes de médicaments non réglementés, elles reconnaissent également que la RDC est dépendante d'eux pour l'accès aux médicaments, et le nombre insuffisant de pharmaciens formés pour les remplacer.

## 5.2 CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT PUBLIC/ONG

Depuis l'effondrement du système de santé dans les années 1990, le gouvernement a lentement reconstruit une chaîne d'approvisionnement intégrant les CDR avec la FEDECAME, l'unité centrale d'approvisionnement. Cependant, les programmes d'aide régionaux et verticaux ont développé leurs propres systèmes d'approvisionnement critique pour les programmes d'urgence et prioritaires. Le modèle de la FEDECAME est un mélange public-privé - les CDR et la FEDECAME sont des associations non gouvernementales à but non lucratif, et le gouvernement national leur donne un mandat pour approvisionner les établissements du secteur public. Le MSP souhaiterait avoir au moins un CDR par province. Le gouvernement et ses partenaires ont aidé à établir la plupart des CDR en fournissant des bureaux et des espaces de stockage, une assistance technique et une formation, ainsi que



*Depôt d'ASMARES à Goma*

des investissements en capital pour les véhicules et les équipements. Beaucoup de CDR étaient à la base des unités d'approvisionnement établies par des organisations confessionnelles ou des ONG internationales. Par exemple, l'Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (ASRAMES) à Goma a été initialement créée par Médecins Sans Frontières Hollande, puis finalement convertie en CDR et intégrée dans le système de la FEDECAME.

Bien que le mandat principal de la FEDECAME soit de fournir des établissements publics, le gouvernement prévoit que la FEDECAME intégrera les fonctions d'approvisionnement et de logistique des ONG internationales et confessionnelles, réduisant ainsi la fragmentation et la duplication. Idéalement, cette consolidation aiderait les CDR et la FEDECAME à atteindre une échelle qui augmenterait leurs perspectives de viabilité financière. Cependant, le système actuel ne couvre pas l'ensemble du pays, et les programmes parallèles persistent en l'absence d'une chaîne d'approvisionnement nationale robuste. Il existe actuellement 19 CDR autorisés à travers la RDC, dont beaucoup se trouvent dans des zones fortement peuplées telles que Lubumbashi, Mbuji-Mayi, Kinshasa, Matadi et Goma (MSP 2017b). Elles sont à des niveaux différents de fonctionnalité, de stabilité financière et de

capacité. Bien que la FEDECAME soit supposée regrouper les achats, plusieurs CDR s'approvisionnent auprès d'autres canaux auxquels ils peuvent accéder plus facilement, ce qui démontre la difficulté de créer une unité d'approvisionnement unique pour l'ensemble du pays.

En plus des limitations logistiques, la FEDECAME et les CDR doivent également équilibrer les services fournis au secteur public tout en fonctionnant comme des entités indépendantes à but non lucratif financièrement viables. Idéalement, les CDR recouvrent leurs coûts opérationnels sur la vente de produits dans les zones de santé, mais les établissements du secteur public ne sont pas toujours bien gérés, et il arrive qu'ils ne paient pas leurs factures. De plus, les établissements du secteur public n'achètent pas toujours leurs produits via la FEDECAME. Le gouvernement fournit un financement anticipé à la FEDECAME pour assurer la disponibilité de fonds suffisants pour les acquisitions, mais finalement le système dépend toujours du recouvrement des paiements effectués par les patients. Cela inhibe la capacité des CDR à atteindre la mise à l'échelle, à se stabiliser ou à devenir solvables. Par exemple, CAMESKIN, le CDR dans la province de Kinshasa, a subi une perte de 561 037 USD en 2016 et porte 124 180 USD de dettes sur son bilan (CAMESKIN 2017).

Les CDR ne gagnent aucune marge sur la vente de produits lorsqu'ils sont fournis gratuitement par les bailleurs. Bien que quelques programmes internationaux seulement aient intégré leurs achats dans le système de la FEDECAME, beaucoup ont soutenu les CDR en engageant pour le stockage, le suivi et la distribution de produits gratuits. Chaque contrat est négocié séparément, mais il existe des pratiques communes. Le stockage n'est jamais facturé sur la base du poids, du volume ou de la surface occupée, car de tels critères sont sujets à litige et difficiles à surveiller. Au lieu de cela, les CDR facturent de 6 à 8 pour cent en fonction de la valeur du produit telle qu'elle est documentée sur les documents officiels d'importation. Certains programmes offrent également des incitations à la performance pour dépasser le pourcentage de base à condition que les CDR respectent les normes en matière de délais de livraison avec un minimum de perte ou de dommage. Ce revenu est une source importante de revenus supplémentaires. Par exemple, un CDR a gagné 84 392 USD sur la vente de médicaments en 2016, tandis que durant la même période, il a gagné



*Pharmacie Hekima Saint Etienne, Goma*

1 027 097 USD en services de stockage sous contrat et 130 048 USD en services de livraison (CAMELU 2017).

La FEDECAME peine également à faire des prévisions précises en matière d'approvisionnement, car de nombreux programmes fonctionnent de manière indépendante, en important des produits pour le VIH, le paludisme et la PF, sans consultation préalable. Si un CDR achète des produits spécifiques sans savoir qu'un partenaire international prévoit d'en importer de grandes quantités gratuitement, le CDR risque de perdre des stocks et de subir des pertes financières. Les CDR sont particulièrement prudents dans l'achat de médicaments pour les programmes prioritaires, perpétuant ainsi le besoin de programmes de bailleurs. Un CDR, par exemple, a cessé de se procurer des médicaments contre le paludisme parce que les besoins de la population sont à présent pris en charge par les bailleurs et les ONG internationales.

Certaines organisations internationales interrogées dans le cadre de l'évaluation continuent d'acheter des médicaments de qualité sur le marché mondial parce qu'elles travaillent avec des volumes plus importants et peuvent obtenir de meilleurs prix. La FEDECAME nécessite également des délais beaucoup plus longs (10 mois). Au moins une organisation a soulevé des inquiétudes concernant les systèmes de qualité de la FEDECAME. Compte tenu

de ces facteurs, il semble improbable que les organisations internationales transfèrent leur approvisionnement en médicaments à la FEDECAME dans un avenir proche.

## 5.3 CHAÎNE LOGISTIQUE DU SECTEUR COMMERCIAL

### 5.3.1 Fabrication locale

Seuls 10 pour cent des produits pharmaceutiques du secteur commercial en RDC sont fabriqués localement (Office Fédéral des Migrations 2014), et la plupart des unités de production sont à Kinshasa (MSP 2011). La fabrication pharmaceutique locale dépend fortement des intrants importés et des équipements d'emballage, et les taxes à l'importation multiples augmentent les coûts et diminuent la compétitivité des prix, ce qui n'encourage pas la production locale (MSP 2011). Les fabricants locaux font face à d'autres défis tels que les services publics irréguliers et coûteux, les coûts de transport élevés et la corruption. De plus, le taux d'imposition est le même pour les intrants manufacturiers que pour les produits finis (voir Encadré 20). La plupart des fabricants de produits pharmaceutiques locaux n'ont pas obtenu la certification Bonnes pratiques de fabrication (MSP 2011) et, par conséquent, la FEDECAME procure peu de ces fabricants locaux. Par exemple, la FEDECAME n'a reçu des soumissions que de Pharmakina, qui est certifiée Bonnes pratiques de fabrication, en réponse à une récente demande de devis. De plus, les consommateurs considèrent que les produits fabriqués localement sont de mauvaise qualité, les pharmaciens hésitant donc à les stocker.

### 5.3.2 Importateurs et grossistes

Le Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 estime qu'en 2015, la valeur totale du marché pharmaceutique – y compris les secteurs privé et public – était de 457,4 millions USD (MSP 2016). De nombreux médicaments sont importés par des organisations d'aide internationales mettant en œuvre des programmes d'aide d'urgence, et il se peut que la valeur de leurs importations ne soit pas prise en compte dans cette analyse.

Comme indiqué précédemment, il est difficile de quantifier le nombre de grossistes / importateurs et de points de vente de médicaments en raison d'une réglementation et d'un enregistrement inadéquats. Le MSP estime que 171 grossistes / importateurs sont actifs en RDC, mais peu d'entre eux ont une présence ou une capacité nationale, et la plupart se concentrent sur des marchés sélectionnés dans les grandes villes. L'équipe d'évaluation a enquêté sur 34 pharmacies et points de vente de médicaments dans six villes, et aucun grossiste n'a été désigné comme source d'approvisionnement principale. Peu de grossistes offrent du crédit à leurs clients ou livrent des produits à des pharmacies ou à des points de vente de médicaments – la plupart exploitent des dépôts et vendent à des clients qui viennent acheter et payer comptant. Il n'y a pas de système permettant de vérifier que les acheteurs sont des pharmaciens qualifiés ou même des propriétaires de pharmacies. De plus, de nombreux importateurs privés vendent des médicaments de qualité douteuse (Office Fédéral des Migrations 2014). Sur la base des données collectées par l'équipe de l'étude

#### Encadré 20. Réglementations douanières, droits et taxes d'importation

La Direction Générale des Douanes et Accises évalue et encaisse les droits de douane et d'importation sur la base des tarifs établis dans le barème fiscal de la RDC. Les droits et taxes d'importation sont les mêmes pour les produits pharmaceutiques de marque et génériques. Les tarifs sont les mêmes pour les produits finis et pour les composants utilisés dans la fabrication locale de tels produits. Les importateurs paient certains impôts et droits, y compris des droits d'embarquement et de débarquement, des permis d'importation, des taxes aéroportuaires, des contributions au fonds de promotion de l'industrie, etc. (MSP 2011 ; export.gov 2017).

Comme c'est le cas avec les autres produits pharmaceutiques, l'importation des contraceptifs et des préservatifs en RDC fait l'objet d'un paiement de droits, taxes et autres impôts incluant notamment une taxe administrative de 5 % (FNUAP 2017a). Ces impôts et taxes entraînent une augmentation du prix des produits, comme le démontre la marge approximative de 60 pour cent pour les contraceptifs (FNUAP 2017a). Les bailleurs tels que le FNUAP, l'USAID, le Département du Développement International et certaines ONG sont exonérés des droits de douane, mais pas de la taxe administrative de 5 pour cent.

dans points de vente de médicaments, les importations semblent provenir de différentes parties du monde en fonction de leur localisation en RDC. À Kinshasa, par exemple, les importations en provenance d'Europe et des États-Unis sont plus nombreux, alors que dans l'Est, les importations provenaient de Tanzanie et du Rwanda, et les fournisseurs ont importé des médicaments par Dar es Salaam. À Lubumbashi, les médicaments provenaient d'Asie et d'Afrique du Sud et sont entrés dans le pays via la Tanzanie et la Zambie. A Mbuji-Mayi, les médicaments provenaient principalement de la route du Sud via Lubumbashi.

### 5.3.3 Pharmacies et points de vente de médicaments

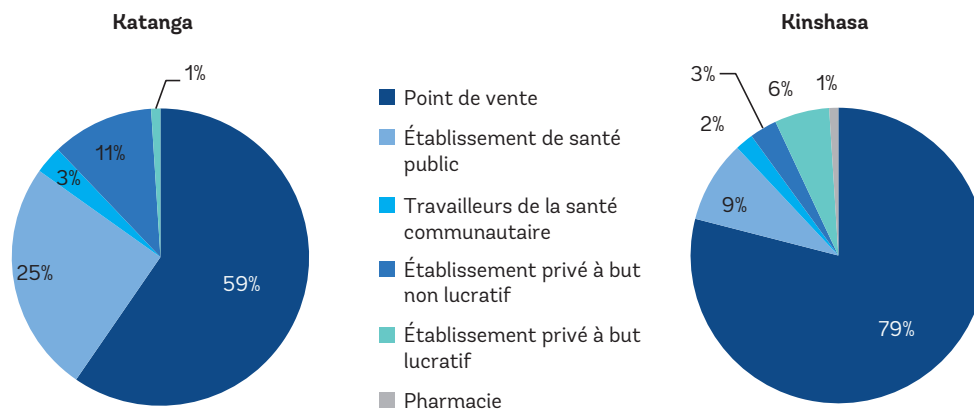
Le secteur de la vente au détail est dominé par des points de vente de médicaments non enregistrés qui se qualifient de pharmacies – l'estimation de leur nombre varie de 8 000 à 10 000 par rapport à 109 pharmacies enregistrées. Les pharmacies sont généralement exploitées par un propriétaire ou un membre du personnel sans aucune formation en pharmacie ; la plupart distribuent des médicaments sans ordonnance, encourageant la pratique courante de l'automédication. Les points de vente non réglementés sont en concurrence avec les pharmacies agréées (opérées par des pharmaciens qualifiés), ce qui rend les pharmaciens qualifiés moins susceptibles d'ouvrir et d'exploiter des pharmacies de qualité. L'Ordre des Pharmaciens a indiqué que cela signifie que les pharmaciens cherchent un emploi ailleurs, y compris



Point de vente de médicaments à Matete, Kinshasa

dans d'autres secteurs et pays. La plupart des points de vente de médicaments ne reçoivent que peu ou pas de crédit de la part des grossistes et, par conséquent, les ruptures de stock sont fréquentes en raison de leur propre manque de liquidité plutôt que de l'indisponibilité des médicaments. Malgré ces problèmes, les points de vente sont essentiels pour garantir la disponibilité des médicaments en RDC, et la fermeture de tous ces points de vente ne serait ni souhaitable ni faisable. La Figure 28,

**Figure 28. Points de vente stockant des moyens de contraception modernes**



N = 350 pour Katanga et N = 433 pour Kinshasa  
 Source : PSI et FPwatch 2015 ; Bradley et al. 2017 ; PMI, 2017.

par exemple, montre que les pharmacies représentent entre 59 pour cent et 79 pour cent des points de vente de contraceptifs.

## 5.4 ACCESSIBILITÉ ET TARIFICATION DES MÉDICAMENTS

Les prix des médicaments sont réglementés par le Ministère de l'Économie nationale, qui fixe la marge bénéficiaire à 20 pour cent pour les grossistes et à 33 pour cent pour les pharmacies. Même si les prix des médicaments génériques sont presque identiques dans les secteurs public et privé, les prix des médicaments de marque sont plus élevés dans le secteur privé (MSP 2011). Il n'est pas facile de déterminer si les réglementations en matière de prix sont suivies car il n'existe aucune surveillance, et peu de médicaments portent des indications tarifaires. Le manque d'application, le grand nombre de marques de médicaments et la régionalisation du marché contribuent largement aux variations des prix. Par exemple, en 2015, la fourchette de prix pour les CTA de qualité garantie au Katanga était de 1,10 USD–2,19 USD ; la fourchette de prix pour les CTA de qualité similaire ou identique à Kinshasa était de 4,93 USD–8,77 USD

Ce qui influence particulièrement l'inflation des prix est le manque de pouvoir d'achat des clients ainsi que



*Vente de porridge devant une grande clinique privée à Kinshasa*

le manque de programmes d'assurance santé efficaces pour couvrir le coût des médicaments. Un certain nombre d'informateurs clés ont mentionné les difficultés rencontrées par leurs groupes cibles pour l'achat de médicaments et ont mis en doute la sagesse de l'adoption par le secteur public d'un système de recouvrement des coûts. Cela est particulièrement vrai dans la partie orientale du pays où l'insécurité et le chômage constituent des défis majeurs, en particulier dans des situations instables ou pour les réfugiés. Selon MSF Hollande, moins d'un septième des habitants de la zone couverte par le projet a les moyens de payer pour des services ou des médicaments (MSF 2017).

Une forte sensibilité aux prix peut également être facteur de stimulation de la demande de médicaments bon marché mais de qualité inférieure. Une enquête informelle sur les points de vente de médicaments dans le cadre de cette évaluation a montré que pour certains médicaments courants (amoxicilline et ciprofloxacine), il existait jusqu'à 20 marques différentes avec une large gamme de prix (voir Encadré 21). Les consommateurs à faible revenu auront plus tendance à choisir les marques les moins chères en raison de leur prix et non en raison de leur qualité garantie – ou non. Les habitudes de prescription sont également étroitement liées au coût. Une prescription en RDC comprend en moyenne sept médicaments différents, dont certains remplissent la même fonction, mais les consommateurs n'ont pas les connaissances nécessaires pour connaître la différence. Cela tend à augmenter les dépenses directes de santé, en particulier chez les pauvres (Ntembwa et van Lerberghe 2015).

## 5.5 ENREGISTREMENT DES MÉDICAMENTS ET PHARMACOVIGILANCE

Les réformes du MSP ont amélioré le système d'enregistrement en augmentant le nombre de médicaments enregistrés, en diminuant le nombre de jours nécessaires pour traiter l'enregistrement et en augmentant le pourcentage des produits figurant sur la Liste nationale des médicaments et produits essentiels (Tableau 6).

Cependant, des problèmes subsistent en ce qui concerne les frais d'enregistrement. Dans la plupart des pays, l'entité chargée d'enregistrer les médicaments a une certaine autonomie vis-à-vis du MSP, et les frais qu'elle impose pour chaque demande servent à couvrir les coûts d'évaluation de la demande, notamment les coûts

## Encadré 21. Résultats d'une étude informelle dans 21 pharmacies et points de vente de médicaments portant sur les produits de santé infantile à Lubumbashi

L'analyse des données recueillies auprès de 21 pharmacies et points de vente de médicaments a révélé que :

- Quatre-vingt pour cent disposaient de CTA. Vingt-sept marques différentes de CTA ont été identifiées dans le cadre de l'enquête réalisée auprès des magasins de vente au détail à Lubumbashi, tandis que seulement 29 pour cent des interrogés disposaient de TDR.
- Soixante-dix pour cent des points de vente disposaient de SRO, dont la majorité était une formule à faible osmolarité. Douze marques ont été vendues à une fourchette de prix comprise entre 100 CDF et 3 000 CDF (0,06 USD–1,87 USD) par sachet.
- Quarante-huit pour cent des points de vente vendaient du zinc en tant que produit autonome, dont la majorité était du Pedzinc, fabriqué par Beta Healthcare International Ltd. au Kenya. La fourchette de prix pour un blister de 10 comprimés était de 50–2500 CDF (0,03 USD–1,56 USD).
- Vingt-neuf pour cent des points de vente disposaient de combinaisons de SRO associées à du zinc pédiatrique. Environ la moitié des paquets combinés étaient OraZinc, fabriqué par Maharashtra, en Inde. La fourchette de prix pour un paquet combiné était de 0–10 000 CDF (0 USD–6,25 USD).
- Aucun produit de nutrition thérapeutique à marque commerciale n'a été trouvé.
- À un endroit situé devant une grande clinique privée à Kinshasa, des sacs de porridge ressemblant à du maïs emballés à la main ont été trouvés. Ingrédients inclus : soja, maïs, chenilles et kikalasa (un produit de type grain / légume), préparé en mélangeant les ingrédients, en ajoutant de l'eau avec une cuillerée d'huile d'olive, du sucre et du lait, si disponible, après cuisson. Le paquet est prescrit aux enfants qui se rendent à la clinique parce qu'ils présentent des signes de malnutrition (faible poids, poids stationnaire, anorexie), et il est vendu à 1 500 CDF (1 USD).

d'inspection des installations de fabrication et des documents soumis. En RDC, les frais sont facturés uniquement pour les médicaments qui sont effectivement enregistrés, et les frais sont payés directement à la trésorerie ainsi ils ne supportent pas le fardeau accru de l'évaluation des demandes (MSP 2017j). En outre, la DPM n'a pas

encore établi de critères clairs permettant de refuser les demandes d'enregistrement non recevables en fonction de l'intérêt général pour la santé. Le directeur de la DPM a noté que chaque laboratoire pharmaceutique peut enregistrer sa propre marque de molécules communes, et commercialiser ces marques auprès des détaillants, sans tenir compte du nombre de produits similaires déjà sur le marché. Il incombe toutefois à la DPM de s'assurer que toutes les importations sont conformes aux normes de qualité de façon que l'écart réglementaire augmente le fardeau de la surveillance des médicaments, ce qui rend plus difficile l'établissement d'une base de données complète de tous les médicaments enregistrés dans le pays.

On estime qu'entre 40 et 45 pour cent des médicaments vendus en RDC sont contrefaits (Office Fédéral des Migrations, 2014). Les médicaments de mauvaise qualité circulent en partie parce que le MSP ne dispose pas des ressources nécessaires pour mettre en œuvre un solide programme d'assurance qualité (MSP 2011). Le MSP ne possède pas de laboratoire national de contrôle des médicaments, mais s'appuie sur des laboratoires de

**Tableau 6. Efficience et efficacité du système d'enregistrement des médicaments**

Indicateur	Valeur de référence	Actuellement (2016)
Médicaments enregistrés auprès de la DPM	400 (2011)	4 600
Jours nécessaires pour traiter l'enregistrement	84 (2013)	58
Pourcentage des produits figurant sur la Liste nationale des médicaments et produits essentiels	44 (2011)	64

Source : SIAPS 2017.



l'Université de Kinshasa, sur l'Office Congolais de Contrôle (OCC) et sur deux laboratoires privés. Beaucoup d'entre eux manquent d'équipements adéquats et ne peuvent pas effectuer de tests spécialisés (MSP 2011). Le laboratoire de l'OCC est le seul accrédité conformément aux normes ISO 17025 (OMS 2015) et il est le principal responsable du contrôle de la qualité des médicaments. Avec 24 laboratoires dans tout le pays et 3 autres prévus, l'OCC dispose d'une capacité importante. Cependant, l'OCC a aussi une mission de taille : contrôler la qualité des médicaments, de la nourriture, des équipements et matériaux de construction, ainsi que celle des produits exportés et importés. Le système de notification des effets secondaires possibles, ou des cas de suspicion de médicaments de qualité inférieure ou de contrefaçon, est encore le plus souvent ad hoc. La direction de la DPM a conscience de ce problème et prévoit d'établir une commission afin d'améliorer les systèmes de pharmacovigilance post-commercialisation, mais, actuellement, les ressources nécessaires ne sont pas disponibles.

## 5.6 RECOMMANDATIONS

Recommandations visant à accroître la fourniture de médicaments essentiels par le secteur privé :

### 5.6.1 Renforcer le système de la FEDECAME

#### Continuer de fournir un soutien technique au système de la FEDECAME

**Constatation** : Bien que la capacité du réseau de la FEDECAME, ainsi que des CDR à titre individuel, soit limitée, le renforcement de ce système est une stratégie essentielle pour améliorer l'accès aux médicaments de qualité dans le secteur public, le secteur à but non lucratif et le secteur des organisations confessionnelles dans l'ensemble du pays. En particulier, des efforts sont nécessaires pour voir comment le réseau peut être plus réactif aux besoins des ONG internationales.

**Recommandation** : En s'appuyant sur les programmes actuels de la Banque mondiale et d'autres partenaires, fournir un soutien technique à la FEDECAME au-delà des questions liées à l'approvisionnement, au stockage et à la logistique, et tenir également compte des aspects de contrôle des coûts, de marketing et de gestion des risques concernant les créances irrécouvrables, les phénomènes de surstockage et les problématiques concurren-

tielles (Banque mondiale, 2017b). L'assistance technique devrait également cibler la gouvernance du système de la FEDECAME.

#### Soutenir les CDR pour mieux gérer le risque de créances irrécouvrables

**Constatation** : Les CDR ont un besoin urgent de nouvelles stratégies ou de nouveaux systèmes pour gérer le risque de créances irrécouvrables des établissements du secteur public et des zones de santé. Le système actuel du secteur public fournissant une ligne de crédit sur le budget national est sous-optimale. Pour que le réseau de la FEDECAME se développe, le niveau de capitalisation devrait être augmenté de manière significative chaque année. Au lieu de cela, les créances irrécouvrables des CDR sapent la croissance dont le pays a besoin.

**Recommandation** : Une assistance technique devrait être fournie au réseau de la FEDECAME afin d'accroître son accès au capital d'exploitation et d'identifier des moyens de minimiser les risques de créances irrécouvrables. À titre d'exemple, au Sénégal, plutôt que de transférer le titre de médicaments aux zones de santé, la centrale d'achat a établi son propre dépôt dans les plus grands hôpitaux pour vendre des médicaments en espèces aux consommateurs et aux établissements de santé. Cela combine la disponibilité continue des médicaments et le recouvrement des coûts.

#### Encourager la collaboration parmi les bailleurs, les ONG internationales et le système de la FEDECAME

**Constatation** : Bien que le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (PNAME) souhaite que davantage d'organisations internationales et de grands programmes verticaux (par exemple, PEPFAR, Fonds mondial et PMI) s'intègrent pleinement dans le système de la FEDECAME, cela n'est pas faisable à ce stade.

**Recommandations** : Les organisations internationales peuvent soutenir le réseau de la FEDECAME en :

- Augmentant les efforts pour coordonner leur approvisionnement et leur distribution avec le réseau de la FEDECAME et le PNAME, en particulier pour aider à prévoir les besoins, et pour améliorer la planification des CDR et la réduction des risques ; et en
- Poursuivant et/ou élargissant la pratique existante consistant à sous-traiter le stockage et la distribution

aux CDR car il s'agit d'une source importante de soutien technique et de financement opérationnel.

## 5.6.2 Réformer la distribution des produits pharmaceutiques

### Réformer le secteur pharmaceutique commercial de manière approfondie

**Constatation :** La chaîne d'approvisionnement du secteur privé a besoin de réformes majeures. Les parties prenantes préconisent l'ajout d'un nouveau champ d'activité pour les points de vente de médicaments en se basant sur le modèle de prise en charge des dispensaires accrédités en Tanzanie. Cela nécessite que les dépôts de médicaments ne vendent leurs produits qu'aux pharmacies enregistrées ou aux points de vente de médicaments agréés ; qu'ils suivent les lots de tous les médicaments vendus ; qu'ils livrent directement aux points de vente autorisés ; qu'ils accordent 30 jours de crédit sur les ventes de médicaments essentiels ; et qu'ils respectent toutes les normes mondiales en matière d'espace, de stockage et de manutention des médicaments. Cela nécessiterait la mise en place d'un nouveau programme de formation, avec la participation de l'Ordre des Pharmaciens et des facultés de médecine, pour assurer un nombre suffisant de personnel qualifié et augmenter le nombre des candidats voulant devenir pharmaciens. Cependant, plusieurs problèmes doivent être résolus. Par exemple, les inspec-

teurs de la DPM fonctionnent actuellement de manière indépendante et ne peuvent émettre que des avertissements ou des recommandations techniques – seuls les agents chargés de faire appliquer la loi ont le pouvoir de fermer une entreprise. L'application de la loi à long terme est essentielle à la durabilité des progrès réalisés. En outre, les chances de réformer avec succès le secteur pharmaceutique privé sont beaucoup plus faibles si les consommateurs achètent encore les médicaments les moins chers sans penser à la qualité. L'Ordre des Pharmaciens – entre autres – a mené des campagnes de sensibilisation à petite échelle, mais les consommateurs ne savent pas nécessairement quel point de vente ou quel emballage de médicaments est bon. Une campagne est nécessaire pour aider les consommateurs à identifier les points de vente qui ont été certifiés et à comprendre comment identifier les médicaments douteux. En outre, si d'autres investissements sont faits pour mettre en place une liste d'enregistrement en ligne et un système d'alerte plus facile à utiliser, les consommateurs pourraient être encouragés à vérifier les médicaments suspects sur le registre national et à signaler les effets indésirables des médicaments ou les médicaments inefficaces directement par le biais du système de pharmacovigilance.

### Recommandations :

- Définir un nouveau champ d'activité pour les points de vente de médicaments pour leur permettre de vendre une sélection de médicaments essentiels (et non pas la gamme complète de médicaments disponibles auprès d'une pharmacie enregistrée), et développer un programme d'études et un programme de formation pour tous les opérateurs de dépôts de médicaments. Notifier à tous les points de vente de médicaments qu'ils disposent d'un délai d'un an pour suivre le programme d'adaptation et s'enregistrer. Au terme de la première année, ils seront susceptibles de recevoir des amendes ou de se voir contraints de fermer leur établissement.
- Renforcer les normes des grossistes en médicaments et aviser les grossistes existants de respecter les normes ou les fermer dans un délai d'un an ou moins. La DPM pourrait identifier les principaux grossistes en utilisant les données d'importation des Ministères du commerce et des finances ainsi que les données de la cartographie prévue par la DPM pour répertorier les acteurs privés de la chaîne d'approvisionnement



Madame Elodie, Pharmacie Kibaphar, Lubumbashi

pharmaceutique. Pendant l'année probatoire, la DPM et les partenaires techniques peuvent fournir une assistance technique, mais devraient activement encourager la consolidation et la réduction du nombre de grossistes avec des investissements plus importants et une capacité logistique plus facile à inspecter et à surveiller.

- Investir dans le renforcement des capacités de l'Inspection Générale de la Santé pour superviser et appliquer les réglementations en matière de médicaments, y compris en procédant à des inspections régulières et en sanctionnant les établissements pharmaceutiques. Créer une unité spéciale comprenant des agents dûment autorisés de la loi, mandatés par le ministre de la Justice, pour travailler en étroite collaboration avec les personnes concernées afin de fermer les points de vente de médicaments et grossistes non enregistrés ou qui ne respectent pas les normes. Mettre en place des procédures administratives pour cette unité, recruter et former de nouveaux inspecteurs et définir des procédures opérationnelles standard.
- Concevoir et mettre en œuvre une campagne de sensibilisation du public afin d'informer la population des dangers liés à l'achat de médicaments non homologués et à l'importance d'utiliser des pharmacies agréées. Travailler en partenariat avec les fabricants de médicaments pour concevoir une application de

téléphone intelligent que les consommateurs pourraient utiliser pour vérifier le numéro de lot d'un colis qu'ils envisagent d'acheter sur le registre national des médicaments (Encadré 22).

- Soutenir la DPM pour faire appliquer la nouvelle législation en veillant à ce que tous les points de vente de médicaments adhèrent au nouveau champ d'activité et que les grossistes respectent la nouvelle réglementation. L'accent est mis sur le déploiement d'une vigilance accrue dans les grandes villes d'abord, puis progressivement dans tout le pays.
- Plaider pour des allocations budgétaires à long terme afin d'effectuer un suivi dans le temps, en cherchant des fonds auprès du gouvernement et de ses partenaires financiers.

#### Encourager la création de réseaux de pharmacies et de points de vente de médicaments

**Constatation :** La législation congolaise autorise les non-pharmaciens à posséder une pharmacie, à condition que le propriétaire emploie un pharmacien pour superviser les opérations et veiller au respect des normes professionnelles. Ce règlement crée une opportunité pour les propriétaires de développer des réseaux de pharmacies. Cela pourrait permettre aux réseaux de réaliser des économies d'échelle et de se procurer des médicaments en plus grandes quantités, de mettre en avant le rôle

### Encadré 22. Sproxil et mPedigree : la pharmacovigilance grâce à l'engagement numérique des consommateurs

Sproxil et mPedigree utilisent la technologie mobile pour lutter contre la contrefaçon de médicaments, générer des revenus et impliquer les consommateurs au niveau des points de vente grâce à l'assurance de la marque, à la protection contre la fraude et aux récompenses de fidélité. Sproxil et mPedigree s'associent à des laboratoires pharmaceutiques pour étiqueter des produits avec codes à barres ou codes QR, qui peuvent être authentifiés par SMS à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement mondiale, y compris par le consommateur lors de l'achat d'un produit. Les codes peuvent également être utilisés dans le cadre d'un programme de fidélisation, de sorte que les consommateurs qui vérifient leurs produits peuvent gagner des prix ou des récompenses. Avec des produits au Mali, au Nigeria, en Tanzanie et au Pakistan, Sproxil a démontré sa capacité à fonctionner dans certains des environnements les plus difficiles. Le système de service d'authentification des produits mobiles par SMS de mPedigree est déjà apparu sur 6,5 millions de paquets de médicaments et a été adopté comme norme nationale dans trois pays différents. Sproxil et mPedigree pourraient potentiellement être utilisés comme des outils permettant de développer le marché de l'industrie pharmaceutique locale.

Source : Sproxil 2017 ; Cadwallad 2012.

des franchises, de mieux gérer les stocks et d'améliorer l'accès. Cela pourrait également faciliter la réglementation, car les autorités pourront ainsi traiter avec une entité juridique unique et couvrir tous les points de vente de médicaments appartenant à cette entité. Si les entités corporatives possèdent des réseaux de pharmacies, elles auront plus de chances de mobiliser des capitaux par le biais d'investisseurs et de prêts bancaires. En revanche, la pratique actuelle continue de suivre l'approche « un pharmacien, une pharmacie », ce qui limite la possibilité pour un pharmacien de rassembler les ressources nécessaires afin d'ouvrir un point de vente de médicaments supplémentaire dans un quartier à faible revenu, ce qui est pourtant souvent l'endroit où le besoin d'un meilleur accès à des médicaments de qualité est le plus grand.

**Recommandation :** Encourager la création de réseaux pour les propriétaires de pharmacies en leur donnant accès à un fonds de garantie pour les prêts destinés à l'expansion des réseaux de points de vente de médicaments. Comme condition d'accès au crédit et d'assistance technique supplémentaire, les propriétaires du réseau accepteraient de respecter les exigences nationales en matière d'implantation et d'ouvrir des points de vente dans les zones mal desservies. Cela empêcherait la concentration des pharmacies et des points de vente de médicaments dans les zones urbaines plus riches et permettrait au réseau de subventionner les points de vente dans les quartiers à faible revenu. La cartographie prévue des acteurs de la chaîne d'approvisionnement privée pourrait éclairer cette activité en identifiant la couverture actuelle des pharmacies et des points de vente de médicaments.

### 5.6.3 Encourager la fabrication locale et soutenir le développement de la chaîne logistique

#### Évaluer la faisabilité de réviser les régimes douanier et fiscal pour encourager la fabrication au niveau local

**Constatation :** Les régimes douanier et fiscal ne font pas de distinction pour l'importation d'intrants primaires et de produits finaux, ce qui augmente les coûts pour les fabricants locaux qui doivent importer des intrants primaires, rendant leurs produits plus chers et moins compétitifs. Pour réduire la dépendance vis-à-vis des importations étrangères et promouvoir la croissance économique, le gouvernement et les bailleurs devraient mettre en place des mesures d'incitation pour encourager

la fabrication locale de médicaments de haute qualité. Cela peut se faire par la réforme des politiques, le soutien technique et l'accès au financement.

**Recommandation :** Évaluer la faisabilité de réviser les régimes douanier et fiscal pour encourager la fabrication au niveau local, en taxant les médicaments importés prêts à la vente à un taux plus élevé que celui des ingrédients pharmaceutiques importés en vue de fabrication et de production.

#### Investir dans la capacité logistique de la chaîne d'approvisionnement

**Constatation :** Tant les CDR existants que les grossistes privés mis à niveau doivent accroître leur capacité à livrer et à manipuler les médicaments conformément aux normes pharmaceutiques. Cela peut être effectué en interne ou confié à des entreprises privées qui se spécialisent dans ce service. Certaines entreprises de transport existantes souhaitent peut-être ajouter ce service à titre de spécialisation afin d'élargir leur échelle. Dans tous ces scénarios, de nouveaux investissements dans le développement ou l'expansion de cette capacité sont nécessaires pour améliorer la capacité logistique des CDR et des grossistes privés, et accroître l'accès à des médicaments de qualité garantie.

**Recommandation :** Conduire des analyses régionales du secteur des transports pour identifier les principaux prestataires de services ainsi que leur portée, leur capacité et leurs contraintes. Fournir un renforcement ciblé des capacités aux entreprises ayant les réseaux de distribution les plus importants et les mieux gérés en ce qui concerne le transport des médicaments (par exemple, diffuser les exigences, renforcer les capacités de la chaîne du froid, et ainsi de suite.). Une fois qu'ils sont prêts, il conviendra de les préqualifier pour travailler avec le gouvernement et d'autres parties prenantes (par exemple, les CDR, les grossistes privés, les ONG internationales).

#### Fournir un soutien technique aux fabricants locaux et internationaux ayant le plus de potentiel

**Constatation :** Compte tenu des nombreux défis que doit relever la fabrication locale, il est peu probable que les fabricants locaux augmentent considérablement leur contribution à l'approvisionnement du secteur commercial. Cependant, avec un soutien ciblé, les plus compétents

pourraient fournir des médicaments essentiels de meilleure qualité. Le principal obstacle pour les fabricants locaux est leur incapacité à respecter les normes de qualité pour pouvoir participer aux appels d'offres de la FEDECAME et des organisations internationales.

**Recommandation :**

- Fournir un soutien technique par le biais de l'OMS aux fabricants qui ont la volonté d'investir dans l'amélioration de la qualité.
- Conduire une étude de marché pour identifier les médicaments que les organisations internationales sont le plus susceptibles d'acheter localement et les secteurs dans lesquels les fabricants locaux ont le plus d'avantages comparatifs.
- Identifier les opportunités pour les fabricants internationaux d'investir dans l'ouverture d'une usine de fabrication locale en RDC. D'autres pays ont réussi à développer la fabrication locale par le biais de l'Investissement Étranger Direct (IED). En 2017, la société bangladaise Square Pharmaceuticals a investi 75 millions USD au Kenya pour ouvrir une usine de fabrication locale avec l'assistance technique du Groupe de la Banque mondiale (BTOR 2017).

**Établir une base de données des médicaments homologués consultable en ligne**

**Constatation :** Les parties prenantes se sont dites préoccupées par la qualité des produits pharmaceutiques dans le secteur privé en l'absence d'un système solide et facilement accessible pour suivre les produits et les fournitures. Comme nous l'avons déjà mentionné, 40 à 45 pour

cent des médicaments vendus au pays sont contrefaits. Accroître l'accès à l'information sur les médicaments homologués est une étape importante pour remédier à ce problème. Grâce à l'appui du projet HD Systems, la DPM a créé un site Internet qui fournit un répertoire des médicaments enregistrés en format PDF.

**Recommandation :** Une base de données en ligne conviviale et plus interactive sur les médicaments homologués pourrait servir d'outil de réglementation efficace ; par exemple, mPedigree, une société de technologie basée au Ghana, dispose actuellement de plateformes et de partenariats mobiles et en ligne dans 10 pays d'Afrique et d'Asie pour suivre et signaler les produits pharmaceutiques contrefaits (voir Encadré 22). La DPM et ses partenaires devraient traduire les listes PDF existantes de médicaments enregistrés disponibles sur le site Internet de la DPM en une base de données interactive et consultable à laquelle les pharmaciens, les exploitants de pharmacies et les consommateurs pourraient facilement accéder. Des partenariats supplémentaires avec des acteurs du secteur privé pourraient renforcer la fonctionnalité d'une telle base de données. Des partenariats avec les fabricants pourraient générer un soutien financier supplémentaire et des informations nécessaires sur leurs médicaments afin de soutenir de multiples niveaux de vérification pour les consommateurs. Les opérateurs de réseaux mobiles pourraient également soutenir l'utilisation d'une application mobile pour permettre aux pharmaciens, aux propriétaires de pharmacies et aux consommateurs de vérifier qu'un médicament est enregistré auprès de la DPM et qu'il a été approuvé pour la vente à la suite de tests d'assurance qualité.

## 6. Financement

Le financement de la santé est essentiel pour améliorer l'accès aux services de santé en RDC. Cette section se concentre sur deux éléments : 1) les mécanismes de la demande, tels que l'assurance, qui peuvent réduire les obstacles financiers liés à l'accès aux soins dans les établissements privés et fournir une meilleure protection financière contre les dépenses de santé catastrophiques, et 2) l'accès au financement pour les prestataires privés afin de leur permettre d'élargir leurs activités.

### 6.1 FINANCEMENT DE LA SANTÉ

La Stratégie de financement de la santé de 2017 révèle l'approche fragmentée actuelle du financement de la santé et décrit des initiatives à moyen et à long terme qui permettraient de rationaliser la mobilisation et l'utilisation des ressources financières. Cela inclut la consolidation du financement provenant de sources publiques et privées, et la création d'un pool à partir duquel acheter des services de santé auprès de fournisseurs publics et privés (MSP 2017h).

#### 6.1.1 Dépenses de santé : sources, tendances et implications

La santé en RDC est sous-financée. Le pourcentage du budget gouvernemental alloué à la santé a fluctué au cours des dernières années entre 3,5 pour cent en 2011, 7,8 pour cent en 2012 et 4,6 pour cent en 2013, et il se situe bien en deçà du seuil de déclaration d'Abuja de 15 pour cent (OMS 2011). Les dépenses budgétaires ont également été faibles : 27,2 pour cent en 2012 et 37,6 pour cent en 2013 (ONRHS-RDC 2015). Les ménages représentent la plus grande proportion des dépenses de santé, suivis des bailleurs (Figure 29) (PNCNS 2016), représentent ensemble 82 pour cent des dépenses totales de santé. Près des deux tiers des dépenses sont consacrées aux services curatifs, 30 pour cent supplémentaires étant consacrés aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (PNCNS 2016).

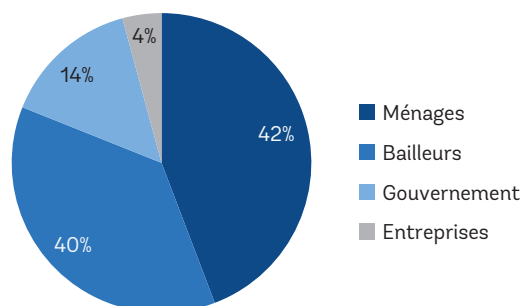
Les paiements à la charge des usagers représentent 93 pour cent des dépenses des ménages, avec seulement

7 pour cent pour payer les primes d'assurance maladie (PNCNS, 2016). La part des paiements à la charge des usagers en pourcentage du total des dépenses de santé est élevée par rapport à celle des autres pays de la région (Figure 30).

Les paiements à la charge des utilisateurs sont plus élevés dans les établissements de santé privés que publics (Tableau 7).

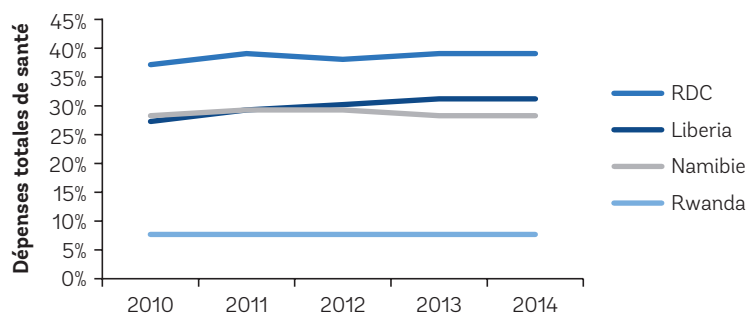
Compte tenu du caractère répandu des paiements à la charge des usagers, de nombreux Congolais sont confrontés à des dépenses de santé catastrophiques. Une étude de 2017 a rapporté que 19 pour cent des ménages avaient engagé des dépenses de santé dépassant les ressources disponibles dans les 12 mois précédant l'enquête (PDSS et PVSBG 2017). Les dépenses catastrophiques pour la santé

**Figure 29. Dépenses actuelles par source de financement, 2014**



Source : PNCNS 2016.

**Figure 30. Pourcentage des paiements à la charge des usagers par rapport aux dépenses totales de santé, 2016**



Source : Wang, et al. 2016.

**Tableau 7. Moyenne de paiements à la charge des usagers par type de prestataire\***

	Type de prestataire			Moyenne
	Public	Privé	Autre**	
Hospitalisations	47,9	95,1	60,4	59,5
Ambulatoire	15,9	19,1	10,4	16,9

\*En dollars constants de 2010 en RDC pour les services de santé les plus récents reçus.

\*\* La catégorie "Autre" inclut parmi d'autres les points de vente de médicaments, les praticiens traditionnels, les vendeurs mobiles et les revendeurs.

Source : Wang, et al., 2016.

affectent de manière disproportionnée les pauvres (Barroy et al. 2014).

### 6.1.2 L'approche de la RDC pour atteindre la CSU

Selon le PNDS du pays, la faible allocation des ressources publiques à la santé et l'insuffisance des mécanismes de partage des risques et de financement de la santé constituent des défis majeurs qui limitent les progrès vers la CSU. Le PNDS estime un déficit de financement de 325-488 milliards CGF (346-520 millions USD)<sup>2</sup> pour la période de 5 ans afin de fournir des services de santé essentiels à tous. Afin de combler le déficit de financement, la RDC devrait tripler le financement existant, estimé entre 18 et 33 USD par personne et par an (Barroy et al. 2014). Les autres défis cités dans le PNDS comprennent la fragmentation de l'aide publique au développement, l'inefficacité et la faible application des procédures de gestion financière.

Pour relever ces défis et assurer un accès abordable à des soins de qualité, le PNDS identifie quatre grands programmes : 1) mobilisation des ressources, 2) mutualisation et rationalisation de l'allocation des ressources, 3) développement de mécanismes de partage des risques et de financement de la santé et 4) améliorer la gestion des ressources financières dans les services et les établissements.

Le PNDS explore plusieurs approches visant à améliorer les mécanismes de partage des risques et de financement de la santé :

- De plus en plus, les fonds pour la santé seront mis en commun par le biais de mécanismes de prépaiement ;
- Les mutuelles de santé seront déployées au niveau des zones de santé ;
- Les gouvernements provinciaux soutiendront des études sur la façon de déterminer la capacité des ménages à payer et sur la façon dont les parties prenantes des secteurs public et privé peuvent collaborer pour proposer une assurance-maladie ;

<sup>2</sup> D'après le taux de change applicable au 1er janvier 2016, 939 francs congolais (CDF) = 1 dollar US (USD).

- Les fonctionnaires seront tenus de s'inscrire à un régime d'assurance maladie ; et
- Des subventions de l'État sont prévues pour verser des contributions aux mutuelles de santé au nom des ménages pauvres et vulnérables (potentiellement la majorité des citoyens).

Chacune de ces approches a des implications pour les prestataires privés et les programmes privés de financement de la santé. Plus précisément, comme les programmes d'assurance privés, y compris les mutuelles, reçoivent des subventions et que davantage de personnes doivent s'inscrire, leur efficacité et leur viabilité financière devraient être renforcées. Dans le même temps, les v de prestataires contractuels, y compris les prestataires du secteur privé, vont se développer ; les prestataires contractuels compteront moins sur les paiements à la charge des usagers et plus sur les régimes d'assurance pour leurs revenus. Le MSP vise à créer un fonds national de production sociale consolidant les fonds des différents programmes de financement de la santé en RDC décrits ci-après.

### 6.1.3 Programmes de financement de la santé en RDC

Les programmes privés de financement de la santé ont actuellement un rôle limité en RDC - ils couvrent peu de citoyens, et le pays ne fait que s'ouvrir aux compagnies d'assurances privées. Les programmes actuels comprennent les mutuelles de santé et les organisations qui les soutiennent, et les programmes d'avantages

sociaux parrainés par les employeurs pour les employés et leurs familles. Les régimes privés d'assurance-maladie et les autres programmes de prestations de santé sont concentrés parmi les personnes employées dans le secteur formel dans les quintiles de revenu supérieurs, et n'atteignent pas plus de 3-4 pour cent de la population (EDS 2013-14.).

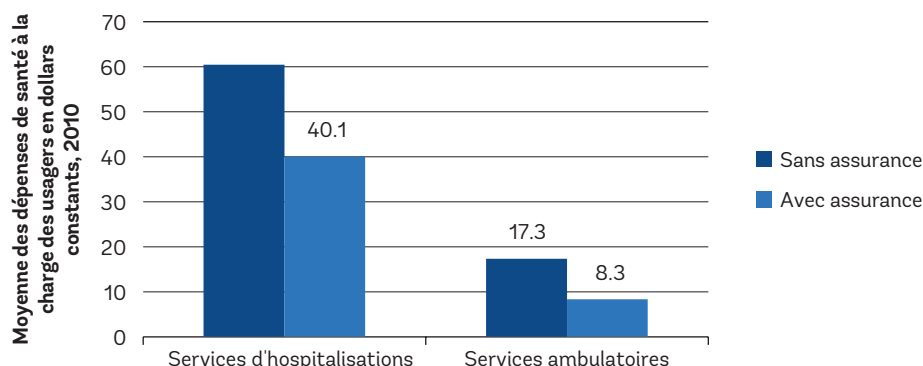
L'assurance est un mécanisme de financement qui regroupe les risques pour la santé et utilise des paiements réguliers pour réduire les dépenses personnelles des patients pour les services aux patients hospitalisés et en ambulatoire. Ceux qui ont une assurance paient moins pour les services en RDC (Figure 31).

Les programmes d'assurance et autres programmes de financement de la santé en RDC comprennent : des régimes généraux et spéciaux pour les fonctionnaires couvrant toutes les dépenses de santé ; des régimes subventionnés par l'employeur couvrant les soins médicaux, dentaires et chirurgicaux pour les employés et leurs familles ; et d'autres dispositifs, tels que l'assurance maladie privée, y compris les mutuelles qui ciblent les ménages du secteur informel (Mbala et Bahati 2016). Cette évaluation portait sur les mutuelles, les régimes subventionnés par l'employeur et d'autres programmes privés d'assurance-maladie.

#### Mutuelles

Les mutuelles figurent dans le PNDS comme moyen d'aider à atteindre la CSU. Elles sont caractérisées par l'appropriation communautaire et la gouvernance. En

**Figure 31. Moyenne des dépenses de santé à la charge des usagers par statut d'assurance, 2010**



Source : Wang et al. 2016.



février 2017, le gouvernement a publié une loi clarifiant les principes fondamentaux de l'organisation et de la gestion des mutuelles. Cependant, les mutuelles restent récentes (Mutabunga bin Lubula et al. 2017), avec seulement 42 régimes en place, couvrant environ 0,4 pour cent de la population et comptant 300 000 membres (Mbala et Bahati 2016). Certaines mutuelles communautaires ont démontré leur potentiel – par exemple, une mutuelle à Nyantende a contribué à réduire les paiements à la charge des usagers par rapport aux dépenses de santé d'environ 10 pour cent sur cinq ans (Soglohoun 2012). Certaines mutuelles de santé ont amélioré leur capacité de gestion et leur capacité à mettre en place un système (voir Encadré 23), même si elles manquent encore de connaissances techniques sur le fonctionnement de l'assurance, des compétences nécessaires pour évaluer les prestations, et des aptitudes requises pour contrôler et gérer les passifs financiers (Waelkens 2017). De nombreuses mutuelles sont confrontées à des contraintes externes persistantes, notamment : un manque de confiance en

l'assurance et une incompréhension de son rôle ; une fourniture de soins irrationnelle, ce qui affecte négativement la qualité et l'efficacité des services fournis ; ainsi que le sous-financement du système de santé chronique et l'incapacité des gens à payer pour les soins de santé. Waelkens et al. (2017) recommandent que les mutuelles collaborent plus largement avec les parties prenantes du système de santé, notamment le gouvernement, pour résoudre ces problèmes et améliorer l'accès aux soins par la réglementation, la supervision, les subventions, les normes de soins, l'utilisation correcte des médicaments et la promotion de la santé, ainsi qu'une protection financière pour tous. Des cas de démonstration sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas sont nécessaires pour que les acteurs publics et privés puissent tirer des leçons, tout comme des ressources visant à aider la population à mieux comprendre la valeur de l'assurance.

Il existe deux principales organisations de soutien aux mutuelles en RDC. La première, le Programme national

### **Encadré 23. Déploiement des mutuelles à une plus grande échelle : l'expérience du Mouvement Ouvrier Chrétien du Congo**

L'expérience de l'un des membres de la POMUCO, le Mouvement Ouvrier Chrétien du Congo (MOCC), illustre bien les défis que doivent relever les mutuelles de santé pour pouvoir se développer et être financièrement viables. Le MOCC est un mouvement social et coopératif composé de plusieurs réseaux de la société civile et de réseaux religieux qui favorisent le développement économique, la santé, et les programmes pour les femmes et les jeunes. Il comprend également l'UMUSAC, dont la mission est de soutenir et d'étendre les mutuelles de santé pour les membres du MOCC. L'UMUSAC soutient les mutuelles de santé à Kinshasa, Kitanga, Ancien Bandundu et Orientale. Il aide à mettre en place des mutuelles et à former des gestionnaires, dont beaucoup peuvent être bénévoles. Le MOCC revendique plus d'un million de membres à travers le pays, principalement dans les grandes zones urbaines, mais moins de 200 000 participent à une mutuelle de santé.

Chaque mutuelle verse 5 pour cent de ses revenus à une fédération provinciale en échange de son soutien et pour constituer des réserves au niveau provincial. Ces réserves peuvent fournir de la réassurance à une mutuelle déficitaire. Sur la base de son expérience, l'UMUSAC recommande d'adopter une approche " lente et régulière " pour développer une mutuelle de santé, en mettant notamment l'accent sur les soins primaires. L'UMUSAC est en mesure d'offrir des prestations transférables grâce à son réseau de 60 mutuelles. En moyenne, les membres contribuent à hauteur de 5 USD par personne et par mois dans les zones urbaines, avec une certaine utilisation des contributions en nature (par exemple, produits agricoles) dans les zones rurales. Les membres sont confrontés à un ticket modérateur de 20 pour cent pour les services, avec une certaine capacité à fournir des subventions à ceux qui n'ont pas les moyens de payer ce montant. Le régime paie habituellement 80 pour cent du coût de la prime.

Même si l'UMUSAC soutient pleinement les efforts visant à atteindre la CSU, elle reconnaît que de nombreux obstacles doivent être surmontés pour permettre aux mutuelles de se développer : connaissance limitée de l'assurance au sein de la population et incapacité à payer, antisélection, fonctionnaires locaux non informés au sujet de l'assurance-maladie, nombre limité des prestataires de santé fournissant des soins de qualité, subventions insuffisantes et mauvaise gouvernance dans le pays.

Source: POMUCO 2017

**Tableau 8. Population couverte par les mutuelles les plus répandues**

Mutuelle	Population ciblée		Bénéficiaires
LISANGA	Commune de Lingwala	94 886	2 219
MUSECCO	Enseignants catholiques et du réseau évangéliste, autres groupes de population de Kinshasa		9 000
MESP	Enseignants du secteur public, ville de Kinshasa		193 000
Union des Mutuelles de Santé du Congo (UMUSAC)	Membres du MOCC, autres groupes de population de Kikwit	500 000	44 922*
MAZOKS	Infirmiers de la zone de santé du Kikwit-Sud	576	576
MULSALKI	Personnes associées au Bureau Diocésain des Œuvres Médicales/catholiques (BDOM), population de la ville de Kitwit	±1 500 000	1 700
Kingo la Afya	Zone de santé de Karisimbi	521 987	3 119
MUSSRA	Zone de santé de Goma	345 007	2 145
MUSOSA	Ville de Butembo	800 000	2 619
Nyatende	Zone de Nyatende	124 184	12 474
Walungu	Zone de Walungu	237 398	2 738

\* Pour l'union de 12 mutuelles ; bénéficiaires payants seulement, enregistrés = 52 053.

Source : Waelkens, 2017.

de promotion des mutuelles de santé (PNPMS), a été créé dans le cadre du MSP en 2001 pour promouvoir l'assurance-maladie par le biais des mutuelles. Les informateurs clés affiliés au PNPMS ont noté qu'il existe actuellement environ 109 mutuelles de santé en RDC, concentrées au Sud-Kivu, au Kongo-Central et à Kinshasa. Celles-ci couvrent environ 17 pour cent de toutes les zones de santé et 1-2 pour cent de la population. Le PNPMS prévoit de prendre en charge les mutuelles (actuellement sous la supervision des ministères régionaux) et de jouer un rôle dans la supervision des mutuelles, sous réserve d'une structure réglementaire finalisée en vertu de la Loi de 2017 sur les mutuelles. Le PNPMS reconnaît que le transfert des subventions gouvernementales aux mutuelles en fonction du nombre de membres et de leur capacité de paiement nécessite des améliorations dans les systèmes d'adhésion et de rapports financiers, et la normalisation des systèmes pour les relier aux programmes gouvernementaux (MSP, 2017j). La deuxième est la Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo (POMUCO), une plateforme parapluie pour une coordination plus large et un plaidoyer en faveur de la protection sociale. La POMUCO a été créée en 2014 par cinq organisations de la société

civile (POMUCO 2015)<sup>3</sup>. Elle vise à renforcer la capacité de gestion des mutuelles de santé et à amplifier leur contribution à la CSU en RDC. La population cible et les bénéficiaires des mutuelles varient (Tableau 8).

Deux mutuelles connues en RDC sont la Mutuelle de Santé de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (MESP) et Solidarco, sur lesquelles de plus amples informations sont indiquées ci-après.

### MESP

La MESP, mutuelle la plus visible de la RDC, est une association à but non lucratif créée en 2011 pour les 450 000 enseignants actifs et leur famille. Actuellement, la MESP opère à Kinshasa, dans la province de l'Équateur et à Katanga, couvrant plus de 10 pour cent (47 000) des enseignants actifs et des membres de

<sup>3</sup> Les membres de POMUCO comprennent le Centre de Gestion du Risque et d'Accompagnement technique des mutuelles de santé (CGAT), le Centre National d'Appui au Développement et à la Participation Populaire, le Mouvement Ouvrier Chrétien du Congo (MOCC), le Réseau pour la Promotion de la Démocratie et des Droits Économiques et Sociaux, le Réseau des Mutuelles de santé du Congo et le CDI Bwamanda.

leur famille, et dont le nombre actuel de membres est d'environ 220 000. La MESP a obtenu une subvention gouvernementale d'environ 1,20 USD par personne et par mois (environ 40 pour cent de la prime actuelle perçue) pour aider à financer ses opérations. Elle comprend l'inscription obligatoire dans les régions où elle couvre les enseignants, ainsi que des subventions qui jouent tous les deux un rôle essentiel pour étendre l'assurance-maladie et contribuer à l'atteinte de la CSU. La MESP travaille sous contrat avec un réseau d'environ 81 établissements à Kinshasa, 20 à Lubumbashi et 15 à Mbuji-Mayi. Environ les deux tiers d'entre eux sont des prestataires privés, la préférence étant accordée aux organisations confessionnelles. La MESP verse aux prestataires une rémunération à l'acte ; et les tarifs sont négociés avec chaque prestataire et révisés tous les six mois (MESP, 2017).

Selon un informateur clé, la MESP peut être fragile en raison d'une capacité de gestion actuarielle ou financière limitée ; de revenus insuffisants à environ 3 USD par personne et par mois ; de contributions obligatoires payées par tous les enseignants et utilisées pour couvrir seulement 10 pour cent des enseignants ; d'un tarissement des réserves financières de la MESP d'environ 2 millions de dollars en raison de la fluctuation des devises fin 2016 (sans réserve, le programme n'est pas en expansion ; chaque expansion régionale est estimée à 1,5 million de dollars USD) ; et de la générosité des avantages offerts par la MESP couvrant tous les services de santé à 100 pour cent. La MESP exclut désormais les services coûteux (chimiothérapie, imagerie par résonance magnétique et maladies chroniques) pour réduire les coûts des primes.

### Solidarco

Solidarco est une petite mutuelle créée par la diaspora congolaise avec le soutien du BDOM et de la Fondation Belge. L'organisation recherche des paiements anticipés réguliers et prévisibles pour les soins de santé au lieu de demandes ponctuelles et invérifiables pour payer les besoins immédiats au fur et à mesure qu'ils surviennent. Actuellement, 382 sponsors couvrent les coûts de 2 672 bénéficiaires à Kinshasa. Solidarco facture 30 euros par mois et par groupe (jusqu'à sept personnes). Elle a signé un contrat avec le BDOM pour gérer un réseau de prestataires et payer les sinistres avec un budget de 25 EUR par mois et par groupe (Solidarco retient

5 EUR pour l'administration). Le coût des soins pour les membres s'élève à environ 50 pour cent en dessous du paiement mensuel de 25 EUR par groupe, contrairement à l'expérience de la plupart des autres programmes de financement de la santé. Les gestionnaires de Solidarco se demandent actuellement si la mutuelle devrait assumer le risque financier et administrer le programme directement sans le BDOM en tant qu'administrateur tiers, ou si elle doit réduire les taux et/ou augmenter les niveaux de prestations. À plus long terme, Solidarco reconnaît que la couverture d'un plus grand nombre de personnes nécessitera des subventions substantielles et stables bien au-delà de ce que les membres de la diaspora peuvent fournir (SOLIDARCO 2017).

### Privatisation de l'assurance en RDC

Une loi a été votée en 2015 pour privatiser le secteur de l'assurance et, en 2016, un décret présidentiel a autorisé la création d'un organisme de contrôle des assurances, l'Autorité de Régulation et de Contrôle des Assurances (ARCA). L'ARCA supervisera tous les aspects du nouveau secteur de l'assurance privée en RDC, y compris les exigences financières, les rapports, la conformité et la sensibilisation des consommateurs. Selon les estimations, le marché potentiel pour toutes les branches d'assurance en RDC est de 500 millions USD, soit beaucoup plus que le portefeuille de 80 millions USD de l'acteur national et unique, la Société Nationale d'Assurances (SONAS) (Wilson 2017).

Comme démontré ailleurs, c'est grâce à un secteur de l'assurance robuste que la croissance économique et stabilité seront possibles - mais développer une culture de l'assurance selon laquelle les consommateurs exigent et peuvent obtenir des produits ayant de la valeur auprès d'assureurs réactifs pour les aider à gérer les risques prend du temps. Il est attendu que l'ARCA commence à émettre des licences pour permettre aux compagnies d'assurances privées de conduire des activités en RDC début 2018. Les informateurs dans le cadre de cette évaluation ont déclaré que les compagnies d'assurances régionales et mondiales, ainsi que les entreprises locales telles que les banques, sont prudemment optimistes quant à leur potentiel d'entrée sur le marché de l'assurance privée en RDC. Ils ont constamment mentionné que la SONAS avait une mauvaise réputation en RDC et que,

de l'avis général, elle ne « paierait pas ». Par conséquent, les nouveaux venus sur le marché de l'assurance devront prouver l'importance de l'assurance à un public dont les perceptions sont négatives. À ce stade précoce, l'ARCA ne dispose pas d'un plan articulé sur la façon dont elle réglera l'assurance-maladie privée, y compris pour les mutuelles non réglementées et autres programmes communautaires ciblant les groupes de population du secteur informel et à faible revenu (ARCA 2017).

### Programmes de santé subventionnés par l'employeur

Les employeurs sont tenus par la loi en RDC d'offrir des prestations de santé aux employés et à leurs familles. Les employeurs, en particulier dans les lieux de travail éloignés, peuvent fournir des services de santé sur place. Dans les zones urbaines, ils contractent généralement, directement ou par l'intermédiaire d'un administrateur tiers, un prestataire de soins de santé ou un réseau de prestataires (voir Encadré 24). Certains programmes d'entreprise transfèrent le risque financier des coûts de santé des employés à des prestataires utilisant la capitation – ce système implique qu'un prestataire reçoit un montant fixe par personne et par période pour un ensemble de prestations. Pour certains sponsors, ces arrangements fonctionnent davantage comme un mécanisme de prépaiement, avec un rapprochement péri-

#### **Encadré 24. Pleins feux sur l'expérience d'une clinique qui a travaillé avec des entreprises par le biais d'accords contractuels**

Les médecins d'une clinique privée à Kinshasa ont noté que même s'ils ont des accords avec des entreprises pour la prise en charge des employés en cas de besoin, la clinique a demandé plusieurs contrats en même temps parce que les entreprises ne payaient pas dans le temps. Les médecins ont commenté que les entreprises finissent généralement par payer, mais c'est un processus très long nécessitant beaucoup d'efforts de la part des deux parties. Dans cette clinique, les entreprises payaient en moyenne 40 \$ par famille (deux parents et quatre enfants) par mois. Cette clinique n'offrait aucun produit ou service de PF, ce qui suggère que ce n'était pas une priorité pour les clients.

dique des coûts réels. Souvent, un sponsor et un prestataire acceptent la négociation ad hoc des cas coûteux.

Le type et le montant des prestations de santé fournies par les entreprises varient. Selon un informateur clé, les entreprises offrent différents niveaux de soins de santé et ne couvrent généralement pas les maladies graves. Les entreprises fournissent également différents niveaux de couverture pour les services de soins de santé primaires, avec une couverture plafonnée, ou en choisissant d'exclure des services spécifiques (par exemple, maternité et PF – un informateur a ajouté que ces services « ne sont pas liés à une maladie »). Même si certains régimes offrent les mêmes prestations à tous les employés, d'autres proposent des prestations supplémentaires aux gestionnaires (par exemple, pour une évacuation sanitaire ou des services en dehors de la RDC) ou couvrent uniquement les services obtenus dans la province d'origine de l'employé (ou l'RDC). Cette limitation exclut effectivement les soins tertiaires à coût élevé qui ne peuvent être dispensés qu'à l'extérieur d'une certaine zone. Un informateur clé a fait remarquer que pour limiter les coûts, une entreprise peut choisir de congédier un employé qui engage des coûts élevés en soins de santé.

### Administrateurs tiers

Les AT internationaux et locaux développent et gèrent les réseaux de prestataires, ainsi que certaines assurances de courtage par le biais d'assureurs étrangers. De nombreux sponsors utilisent un AT pour administrer leurs avantages médicaux. Les AT qui ont été interviewés ont indiqué que les prestataires privés offrent souvent une meilleure qualité de soins, mais ils ont soulevé des préoccupations au sujet des défis liés à la gestion de la fraude et du risque moral. Deux exemples d'organisations privées offrant des avantages médicaux et des services d'AT en RDC sont décrits ici.

#### *Global Access Health Network*

Le *Global Access Health Network* (GAHN) est une filiale congolaise d'une coentreprise basée en Afrique du Sud entre *Medical Services Organization International* et *Axihealth*. Le GAHN gère les programmes de prestations de santé et coordonne les évacuations sanitaires internationales en cas de besoin. Environ 60 pour cent des activités du GAHN sont sous la forme de contrats directs avec huit sociétés comprenant 3 000 employés et des membres

de leur famille ; les 40 pour cent restants sont assurés par des assureurs internationaux tels que Aetna International, Bupa et AXA. Les contrats d'assurance étrangers sont autorisés en RDC dès l'acceptation par l'assureur public, la SONAS, d'une demande de police et le paiement d'une taxe égale à 5 pour cent de la prime. Le GAHN considère la privatisation imminente du secteur de l'assurance comme une grande opportunité, mais il a adopté une attitude relativement passive (GAHN 2017).

### LISUNGI

LISUNGI est un courtier local associé à Oracle Health. À Kinshasa, LISUNGI couvre environ 7 700 familles. La plupart d'entre elles font partie d'un système gouvernemental à faible coût ; environ 700 autres sont couverts par 20 à 25 sociétés commanditaires. Au Katanga, LISUNGI travaille avec environ 50 entreprises clientes comptant 3 000 familles ; 600 à 700 familles supplémentaires sont couvertes par le régime gouvernemental. La société a une croissance d'environ 3 pour cent par mois et ajoute deux nouveaux clients (des sociétés) par mois au Katanga. LISUNGI Lubumbashi propose cinq régimes d'avantages sociaux à différents prix allant de 25 USD à 90 USD par famille (jusqu'à six) par mois aux entreprises clientes ; la plupart des clients ont choisi la deuxième option la moins chère (35 USD par famille et par mois). Cette option couvre les consultations médicales pour les services généraux, l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie, ainsi que les procédures chirurgicales simples telles que la réparation des hernies. Les médicaments essentiels sont couverts, avec des services de base pour les tests laboratoires, les services de radiologie et les échographies obstétricales. Les services de PF ne sont pas explicitement énumérés dans le paquet de prestations, mais ils peuvent être couverts par les catégories plus larges de soins mentionnées. LISUNGI offre aux employés du gouvernement une option peu coûteuse qui coûte 20 USD par mois et par famille (10 USD payés par l'employé et 10 USD payés par le gouvernement). Ce produit est vendu à perte (les coûts réels sont plus proches de 25 USD par personne et par mois). LISUNGI paie les prestataires en leur versant 80 pour cent de la prime et en conservant 20 pour cent pour les frais d'administration. Les prestataires peuvent conserver toute prime non dépensée, mais lorsque les coûts de santé dépassent la prime reçue, ils négocient avec LISUNGI et ses sociétés clientes pour autoriser des fonds supplémentaires pour le patient concerné (LISUNGI 2017).

### Le financement basé sur la performance

Le MSP, avec le soutien de la Banque mondiale, de l'USAID et d'autres bailleurs, a acquis de l'expérience en matière de financement basé sur la performance et, en 2011, le Gouvernement de la RDC et ses partenaires ont harmonisé les approches en matière de FBP (voir Encadré 25). Un certain nombre de stratégies de FBP visant à améliorer la qualité des services, à accroître la

#### Encadré 25. Financement basé sur la performance en RDC

Le projet de FBP financé par la Banque Mondiale (Projet de Développement du Secteur de la Santé ; PDSS) a été introduit en 2014, intensifié en 2016 et est maintenant un effort du côté de l'offre pour améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle et infantile dans 11 provinces en RDC. Administré par l'intermédiaire d'organismes d'achat provinciaux sous contrat avec le MSP, il encourage les centres de santé publics et privés à fournir des services de qualité et aux administrations des centres de santé de consolider et d'améliorer leur gouvernance et leur redevabilité. Le projet fournit également des incitations supplémentaires dans le cadre d'un programme de FBP communautaire pour stimuler la demande grâce à des visites de ménages effectuées par le CODESA. Les incitations de FBP sont payées trimestriellement après vérification. Elles peuvent être utilisées par le CODESA pour soutenir des opérations ou d'autres projets de santé communautaire, et pour inciter les membres du CODESA à effectuer un service communautaire (Banque mondiale n.d.).

Une étude conduite en RDC suggère que la conception et la mise en œuvre des régimes de FBP dans un environnement de financement fragile et fragmenté sont essentielles et devraient être intégrées dans des réformes plus vastes du système de santé (Fox et al. 2014). L'étude a révélé que les incitations en matière de FBP payées aux professionnels de santé dans la province du Katanga pour compenser les frais d'utilisation moins élevés ne les motivent pas nécessairement dans la mesure où elle leur impose d'assumer une charge de travail accrue. Même si les salaires des agents de santé sont souvent bas et payés en retard, les professionnels de la santé ont exprimé leur mécontentement quant au fait qu'ils ne soient pas versés, peut-être en raison du statut que le salaire implique.

disponibilité des services et à améliorer les résultats de la santé maternelle et infantile ont été testées. Les résultats sont mitigés et soulignent la fragilité du système de santé (Banque mondiale n.d.). Même si à ce jour les programmes se sont surtout concentrés sur l'amélioration de la performance du système de santé publique, les parties prenantes indiquent qu'environ 20 pour cent des prestataires participants sont dans les secteurs privés à but lucratif ou confessionnel. Les informateurs indiquent que les résultats dépendent de la façon dont les mesures incitatives sont conçues, de la disponibilité des fonds suffisants et de l'obtention d'un soutien adéquat des parties prenantes. Les leçons tirées des programmes de FBP qui engagent les acteurs communautaires pour augmenter l'accès aux (ou même fournir des) services de santé montrent l'importance et le rôle des composantes du programme, telles que la formation, le suivi, la rapidité des paiements et l'engagement des homologues au sein de la communauté (Falisse et al. 2015). Le succès global de ces initiatives et la façon de les améliorer méritent d'être approfondis.

#### **6.1.4 Leçons pertinentes tirées des autres expériences acquises dans le monde**

Afin d'étendre la couverture de la population et des services, et de fournir une protection financière adéquate, les régimes d'assurance maladie cherchant à contribuer à la CSU nécessitent des subventions adaptées et constantes de l'État, une mise à l'échelle (par inscription obligatoire) et une meilleure efficacité. Ces exigences apparaissent dans les expériences qui ont eu lieu en matière de programme parrainé par le gouvernement, tel que celui du régime national d'assurance maladie du Ghana. L'exemple du régime du Ghana montre l'importance de proposer un ensemble de prestations que le régime est en mesure de financer et de surveiller étroitement les performances de ce régime pour pouvoir prendre des mesures en temps opportun lorsqu'elles sont nécessaires pour atténuer les carences opérationnelles.

L'expérience mondiale montre que les régimes d'assurance maladie privés purement volontaires offerts par des compagnies d'assurances agréées et des programmes communautaires (comme les mutuelles) ne sont pas évolutifs ou autonomes et ne contribuent pas substantiellement à la couverture universelle (Kimball et al. 2013). Cependant, l'assurance maladie privée joue un rôle dans

les efforts de financement de la santé d'un pays, car aucun gouvernement ne peut fournir gratuitement tous les services à toute la population. Habituellement, le financement privé volontaire de la santé est une option pour un nombre limité de clients aisés qui peuvent se permettre de payer pour une meilleure protection et un meilleur accès. En outre, les ménages du secteur formel peuvent bénéficier d'une couverture santé parrainée par l'employeur - en RDC, les employeurs sont tenus d'offrir des prestations, et ils peuvent être motivés par le désir d'avoir une main-d'œuvre stable et en bonne santé. Le montant de la couverture fournie par les employeurs peut varier d'un niveau minimum à une couverture complète.

Dans les pays développés, les régimes privés de financement de la santé ont évolué au fil du temps parallèlement aux régimes publics (Kimball et al. 2013). Dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'Afrique et d'Asie (voir Encadré 27 pour l'exemple de l'Inde), des produits d'assurance maladie privés basiques complètent les programmes publics. Ces produits paient un montant fixe aux clients hospitalisés pour rembourser les coûts indirects de soins (par exemple, pour le transport ou pour remplacer les salaires perdus). Ces produits comprennent Caregiver, un produit offert aux clients de *Microfund for Women*, une institution de microfinance en Jordanie, et souscrite par la *Jordan Insurance Company* (Women's World Banking 2012).

Les mutuelles dans les pays francophones sont souvent une première incursion dans l'assurance maladie. A terme, ces programmes peuvent être fusionnés en un programme subventionné par le gouvernement pour accroître la couverture et renforcer les capacités et la réglementation, comme au Ghana (voir Encadré 26). Les régimes privés contribuent également en innovant et en testant de nouveaux produits et modèles commerciaux. Ailleurs, des acteurs privés ont catalysé de nouvelles technologies, en particulier les téléphones mobiles, pour distribuer et administrer l'assurance de manière plus efficace et plus « simple ». Antoka, le produit d'assurance mobile simple relancé à Madagascar en 2016 par Airtel et Allianz, en est un exemple. (Midi-Madagasikara 2017).

#### **6.1.5 Recommandations**

Recommandations pour le financement de la santé, notamment :

### Encadré 26. Les leçons du Ghana : les mutuelles comme base du progrès vers la CSU

Depuis le lancement des systèmes d'assurance maladie communautaires au Ghana en 1999, la couverture du pays s'est étendue en deux phases. Tout d'abord, les régimes ont proliféré de manière organique dans tout le pays, motivés par la solidarité communautaire, passant de trois régimes en 1999 à 258 en 2003. Malgré une couverture limitée, cela a favorisé une culture de l'assurance maladie. En 2000, le Ghana a adopté la Loi sur l'assurance maladie nationale qui a ordonné la mise en place et l'administration d'un nouveau régime d'assurance maladie avec un ensemble de prestations standard au niveau du district. Cette fusion de la capacité d'assurance communautaire existante avec un cadre national de haut en bas a multiplié par 30 les taux de couverture de la population sur une période relativement courte, atteignant la couverture actuelle de plus de 40 pour cent.

Source : adapté de Atim, 2010, et Joint Learning Network, 2012.

#### 6.1.5.1 Inclure les prestataires privés dans les initiatives nationales de financement de la santé

##### Renforcer la capacité des prestataires privés à participer aux initiatives de financement de la santé

**Constatation :** Les prestataires privés ont une expérience et un savoir-faire limités pour travailler avec les programmes de financement de la santé, et leurs normes cliniques et de service varient considérablement. Le savoir-faire administratif est fondamental.

**Recommandation :** Inciter les prestataires privés à participer aux mutuelles et autres initiatives de financement de la santé en développant un réseau viable de prestataires qui s'engagent à respecter des normes communes de qualité, de tarification et de traitement, et qui peuvent partager les risques financiers avec les programmes, y compris les mutuelles ; et en établissant un partenariat entre un réseau de prestataires privés et une société commanditaire d'un programme de prestations de santé.

##### Déterminer le rôle du FBP dans l'amélioration de la performance des prestataires privés

**Constatation :** La RDC et l'ensemble de la communauté mondiale sont en train d'évaluer si et comment le FBP

### Encadré 27. Leçons tirées de l'Inde : permettre une assurance maladie privée inclusive

L'expérience de l'Inde dans la privatisation de son secteur de l'assurance dans les années 90 pourrait éclairer les options envisageables par la RDC. Aujourd'hui, l'Inde dispose d'un solide marché d'assurance privée, avec plus de 50 sociétés d'assurance générale et d'assurance-vie agréées. L'Autorité de régulation et de développement des assurances, créée en 2000, stipule que les compagnies d'assurances rivées doivent investir 2 pour cent de leurs bénéfices, passant à 5 pour cent après trois ans, dans le secteur rural, et servir un nombre croissant de clients vulnérables pour stimuler l'inclusion financière pour les populations mal desservies. L'Autorité a mis en place une réglementation de la micro-assurance en 2005 et de nouveau en 2015 pour améliorer l'environnement favorable aux prestataires d'assurances desservant les clients à faible revenu. Une leçon clé est que le même système ne convient pas pour toutes les situations. Par exemple, les programmes d'assurance pour les clients à faible revenu ne nécessitent pas le même niveau de réserves financières que les programmes avec une plus grande exposition aux sinistres, ou les mêmes règles pour l'octroi d'une licence aux agents d'assurance. Plus généralement, l'expérience de l'Inde montre que le gouvernement peut catalyser l'investissement dans l'assurance pour les consommateurs à faible revenu en mettant en place un environnement favorable qui comprend des incitations et des règles raisonnables.

Source : Insurance Regulation and Development Authority of India.

peut améliorer la performance d'un système de santé. Jusqu'à présent, les résultats des programmes de FBP en RDC ont été mitigés, peut-être en partie en raison de la fragilité du système de santé. Ces programmes ont largement exclu les prestataires privés et se sont concentrés sur le secteur public.

**Recommandation :** Valider les succès et les défis des programmes de FBP en RDC et résumer comment ces programmes évoluent et dans quelle mesure ils ont fait appel à des prestataires privés. Vérifier si et comment les programmes de FBP peuvent faire participer davantage les prestataires privés afin de travailler de manière plus efficace et en dispensant des soins de meilleure qualité.

### 6.1.5.2 Renforcer et clarifier le rôle des mutuelles

#### Accroître l'engagement des mutuelles et autres mécanismes de financement de la santé

**Constatation :** La RDC prévoit d'étendre la couverture dans les mutuelles communautaires et d'autres mécanismes, tels que l'assurance maladie obligatoire pour les fonctionnaires, mais elle a eu un succès limité à cet égard. Une législation favorable récente et des structures renforcées pour soutenir les mutuelles devraient accélérer la couverture sanitaire au fil du temps. La recherche suggère que la collaboration avec un plus large éventail de parties prenantes, y compris des acteurs gouvernementaux et privés, reste une lacune critique (Waelkens 2017).

**Recommandation :** Mettre en place un forum de plaidoyer pour les mutuelles et autres mécanismes de financement de la santé afin d'impliquer le gouvernement et les autres parties prenantes (par exemple, société civile, employeurs) pour appliquer et contrôler les normes de performance communes en matière de soins cliniques (dont l'utilisation des médicaments, combinaison de services, pratiques tarifaires et de facturation, rapports et normes de service aux patients).

#### S'appuyer sur les leçons tirées des programmes de financement de la santé existants

**Constatation :** Quelques-uns des programmes de financement de la santé de la RDC ont connu un certain succès. Par exemple, bien que le programme reste fragile, la MESP a démontré son potentiel pour accéder aux subventions gouvernementales et mettre en œuvre le régime de contributions obligatoires.

#### Recommandations :

- Documenter et diffuser les leçons tirées des programmes de financement de la santé existants, et élaborer un dossier de démonstration plus solide pour la couverture.
- Étudier comment les programmes de financement de la santé existants peuvent être élargis et soutenus financièrement dans le contexte de la RDC, et fournir une assistance technique à ces programmes pour relever les défis actuels (par exemple, réviser les prestations et les prix).

### Renforcer les programmes de financement de la santé

**Constatation :** Certains programmes de financement de la santé sont administrés par des AT, alors que d'autres sont administrés par un sponsor (par exemple, mutuelle ou employeur). Les modalités de paiement et les processus administratifs sont largement improvisés et manuels. Par exemple, les prix actuels des avantages couverts par les programmes varient considérablement et peuvent être actuariellement malsains. Les programmes paient généralement à l'acte et luttent pour gérer les risques d'aléa moral et de fraude. Dans certains cas, les programmes partagent le risque financier avec les prestataires de soins de santé en payant des taux par habitant, mais souvent ils sont ajustés au cas par cas.

#### Recommandations :

- Soutenir les organisations de soutien mutuel, telles que le Centre de Gestion des Risques et d'Accompagnement des Mutuelles de Santé, pour renforcer les capacités des mutuelles et des autres mécanismes de financement de la santé dans des domaines tels que la conception des produits, la tarification et la gestion des risques ; et renforcer les opérations de support administratif, telles que l'inscription, les recouvrements de primes et la gestion des sinistres.
- Tester des modèles pour la mise à l'échelle des mutuelles et des autres mécanismes de financement de la santé en partenariat avec des agrégateurs tels que des institutions de microfinance (IMF), des associations ou des coopératives (agro-industries) ayant la capacité d'inscrire et de collecter les contributions des membres.
- Soutenir l'expansion des achats stratégiques pour les programmes de financement de la santé - passation de marchés, mécanismes de paiement des fournisseurs et surveillance.
- Élaborer et tester des modèles d'assurance de la qualité pour les fournisseurs sous contrat prévoyant l'agrément, des évaluations de sites, des audits et un suivi de routine.
- Explorer les moyens d'utiliser la technologie (par exemple, cartes d'identification biométriques ou transactions mobiles) pour améliorer l'efficacité des programmes de financement de la santé.



- Soutenir un AT ou un employeur participant afin de développer et d'étendre un modèle amélioré pour administrer un programme d'avantages sociaux pour les employés, avec une conception des produits, des prix, d'un réseau de fournisseurs, de mécanismes de paiement et de gestion des sinistres améliorée.

### Travailler avec les programmes de financement de la santé pour couvrir les services de PF et préventifs

**Constatation :** La plupart des programmes de financement de la santé (y compris les mutuelles et ceux sponsorisés par l'employeur) sont axés sur les curatifs et non sur les services préventifs comme la PF. Par exemple, bien que la plupart des programmes couvrent les services maternels associés à la grossesse et à l'accouchement, ils peuvent ne pas couvrir la PF post-partum. Un accès accru à la PF peut prévenir les grossesses non planifiées, conduire à des grossesses moins nombreuses et moins risquées, et aider à atteindre des objectifs de développement plus vastes. Couvrir la PF peut être un investissement rentable pour les promoteurs de programmes de financement de la santé.

**Recommandation :** Collaborer avec les mutuelles et les entreprises sponsors pour couvrir les services de PF et des services préventifs élargis en évaluant la couverture de la PF et celle des services préventifs par les principaux programmes de financement de la santé et en effectuant une analyse de rentabilité et élaborant des documents de plaidoyer pour l'investissement dans ces services.

### Développer une culture de l'assurance

**Constatation :** La population de la RDC n'a pas de culture de l'assurance, ce qui limite la demande et la compréhension du rôle qu'elle peut jouer. Pour changer cela, il faudrait des investissements continus et à long terme dans l'éducation des consommateurs. Le nouvel organisme de réglementation, l'ARCA, n'en est qu'à ses débuts : sa réglementation et son administration par les assureurs privés, ainsi que les répercussions sur les prestataires de services privés travaillant avec les assureurs, doivent encore être testées. Plus spécifiquement, on ne sait pas comment l'ARCA a l'intention de superviser les mutuelles communautaires ou d'autres programmes d'assurances qui ciblent les ménages à faible revenu. Nous ne savons pas non plus comment l'ARCA éduquera le public au

sujet de l'assurance, et comment ceci sera associé aux efforts plus larges favorisant la protection sociale et la résilience.

#### Recommandations :

- Collaborer avec l'ARCA pour éduquer les consommateurs au sujet de l'assurance maladie (par exemple, mener des campagnes médiatiques pour expliquer aux consommateurs que l'assurance maladie peut être un moyen précieux d'être protégé contre les coûts catastrophiques des soins de santé).
- Collaborer avec l'ARCA pour engager les compagnies d'assurances, les mutuelles, les prestataires de santé et d'autres acteurs, tels que la Fédération des Entreprises du Congo ou l'ASPS, à soutenir la réglementation et la supervision des acteurs de l'assurance santé du secteur privé.
- Collaborer avec un assureur privé pour piloter un programme d'assurance qui cible les groupes informels vulnérables, complète les services sponsorisés par le gouvernement, contribue à la sensibilisation à la valeur potentielle de l'assurance, est simple et imitant les produits Caregiver, Jamii ou Antoka décrits précédemment, et se concentre sur la couverture des coûts accessoires pour accéder aux services hospitaliers.

## 6.2 ACCÈS AU FINANCEMENT

### 6.2.1 Aperçu de l'offre de financement - le secteur bancaire et de la microfinance

Toutes les entreprises en RDC sont confrontées à des défis, notamment une infrastructure fragile, un manque de transparence, une pénurie de main-d'œuvre qualifiée, des difficultés à faire respecter les contrats, une incertitude politique, un système judiciaire faible et un accès limité aux capitaux. Cependant, le Gouvernement de la RDC s'efforce d'améliorer le climat des affaires. En 2014, la RDC a adhéré à l'Organisation pour l'Harmonisation du Droit des Affaires en Afrique (OHADA). L'OHADA offre de multiples incitations à l'investissement étranger en normalisant et en rationalisant la création d'entreprises et l'exécution des contrats, tout en assurant la protection des investisseurs et l'harmonisation des principes comptables. De plus, les réformes du droit des investissements et de la protection des investisseurs rendent les PPP plus sûrs et attrayants pour les investisseurs étrangers.

**Tableau 9. Investissements directs étrangers, entrées nettes en pourcentage du PIB**

	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
RDC	12,06	6,99	5,42	4,62	3,77
Pays à faible revenu	5,73	5,20	4,16	4,17	4,53
Afrique subsaharienne	2,45	2,39	2,41	2,71	2,56
Membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)	2,43	2,28	1,74	2,95	3,06
Reste du monde	2,72	2,56	2,20	3,04	2,92

Source : Banque mondiale 2017c.

La réglementation actuelle en matière d'investissements interdit aux investisseurs étrangers de pratiquer le petit commerce de détail informel, appelé localement petit commerce (Département d'État des États-Unis 2016).

L'IDE en RDC a diminué ces dernières années (Tableau 9). L'IDE en RDC a atteint un sommet de 3,3 milliards USD en 2012 mais est tombé à 1,2 milliard USD en 2016 (Banque mondiale 2017c). Un environnement politique plus stable pourrait offrir de nouvelles possibilités d'IDE à l'avenir.

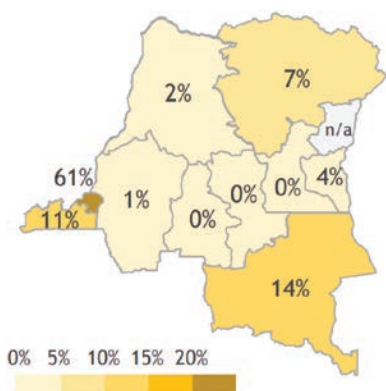
Le secteur financier de la RDC comprend 19 banques agréées et 120 IMF et coopératives (export.gov 2017c). Leur présence est inégalement répartie sur le territoire, comme le montrent les figures 32 et 33.

Les cinq plus grandes banques détiennent environ 65 pour cent des dépôts bancaires et 60 pour cent du total des actifs bancaires (Fonds monétaire international 2014). Les banques détiennent 90 pour cent des dépôts, tandis

que les IMF détiennent le reste. Il y a environ 3,6 milliards USD de dépôts dans le système bancaire, plus approximativement 10 milliards USD d'épargne en dehors des banques. La RDC a l'un des taux de pénétration bancaire les plus bas du monde - seulement 11 pour cent de la population a un compte en banque (Banque mondiale 2017). Selon l'Association congolaise des banques, environ 65 pour cent de la population a des économies, mais seulement 4,7 pour cent des épargnants placent leur argent dans une banque (export.gov 2017c). Les membres de la famille et les amis sont la principale source de prêts en RDC, les prêteurs privés informels qui peuvent ne pas être dignes de confiance ou qui peuvent avoir des taux d'intérêt plus élevés fournissant le solde des prêts. Voir la Figure 34.

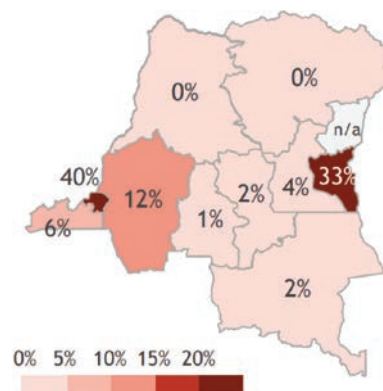
La Fondation pour l'Assistance Communautaire Internationale (FINCA) est la seule IMF mentionnée actuellement sur le site Internet de la Banque Centrale dans la

**Figure 32. Répartition des banques (pourcentage du nombre total des succursales et guichets de banque)**



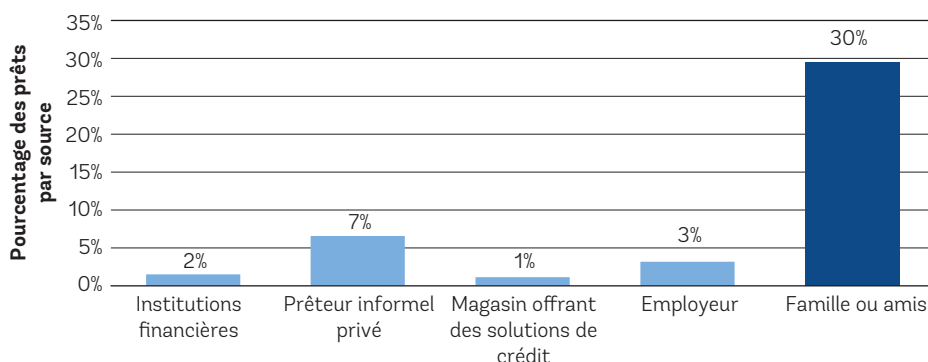
Source : Altai Consulting, 2016.

**Figure 33. Répartition des IMF (pourcentage du nombre total des succursales et des guichets des IMF)**



Source : Altai Consulting, 2016.

**Figure 34. Emprunts par source (âge : + de 15 ans), 2011**



Source : Banque mondiale, 2017.

catégorie réglementaire autorisée à consentir des prêts et à collecter des dépôts (AFC 2013 ; Banque centrale du Congo n.d.). Les institutions financières sont généralement concentrées dans la partie orientale du pays, bien que les grandes banques et la FINCA aient des succursales dans la plupart des grandes villes. Beaucoup d'IMF et de coopératives d'épargne et de crédit ne fonctionnent que dans la province où elles sont implantées. La Banque centrale répertorie les IMF et coopératives autorisées dans seulement sept provinces (Banque Centrale du Congo n.d.).

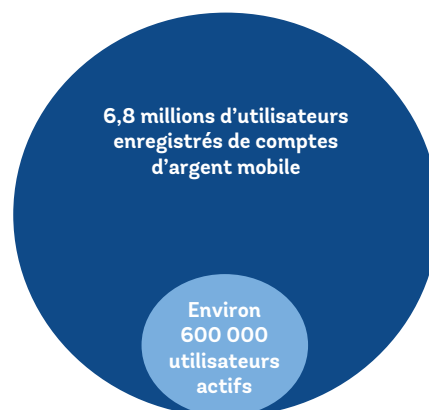
L'agent bancaire est un acteur en développement rapide, fournissant des services financiers aux populations éloignées ou mal desservies. Par exemple, près de 60 pour cent de toutes les transactions de la FINCA sont effectuées par des agents. La FINCA ne facture pas les clients pour les transactions mais vise à couvrir les coûts grâce à la croissance du bilan de ses clients. La FINCA étudie également les mécanismes d'incitation des agents, tels que l'expansion des services offerts par les agents (par exemple, paiements et autres transferts) pour augmenter les sources de revenus (MasterCard Foundation et BFA mars 2017).

Le nombre d'utilisateurs mobiles actifs en RDC augmente en fonction des données fournies par les opérateurs de réseau offrant des services d'argent mobile. Compte tenu de l'importante population rurale de la RDC et de la concentration des institutions financières dans les centres urbains, l'argent mobile offre un potentiel considérable. Cependant, les personnes qui ont des comptes d'argent mobile les utilisent rarement – en 2016, seulement 600 000 des 6,8 millions d'utilisateurs d'argent

mobile enregistrés ont accédé à leur compte au cours des 90 derniers jours (Figure 35) (CENEFRI 2016).

Les consommateurs manquent actuellement de compréhension du fonctionnement des produits monétaires mobiles, ce qui limite leur adoption (Finmark Trust 2014, GSMA 2013, Élan RDC 2015). Cette situation est exacerbée par une couverture réseau de mauvaise qualité et une couverture limitée du réseau d'agents mobiles (Élan RDC 2015). En conséquence, l'argent mobile doit gagner plus de parts de marché pour être un outil numérique efficace dans l'accès aux services et produits de santé, et il doit également contribuer à renforcer la résistance aux troubles de santé en développant des réseaux accessibles pour les crédits.

**Figure 35. Utilisation de comptes d'argent mobile en RDC, 2016**



Source : CENEFRI 2016.

## 6.2.2 Rôle des institutions financières dans le secteur privé de la santé

La plupart des prestataires de soins de santé privés en RDC sont considérés comme des micro, petites et moyennes entreprises (MPME). Afin d'élargir et d'améliorer les services offerts, les fournisseurs doivent avoir accès à des ressources financières. Dans de nombreux pays, les institutions financières ne sont pas habituées à considérer les prestataires de santé privés comme des entreprises. Cependant, les banques interrogées dans le cadre de cette évaluation ont déclaré que les prestataires privés de soins de santé peuvent prétendre à des prêts dans les mêmes conditions que les MPME et sont prêts à considérer les entreprises de santé comme des emprunteurs potentiels. Malheureusement, les MPME congolaises sont généralement confrontées à un certain nombre de contraintes bien documentées en matière d'accès au financement – par exemple, les échéances des prêts sont souvent limitées à six mois ou moins, avec des taux d'intérêt d'environ 16-18 pour cent. Les banques évitent les prêts à plus long terme en raison de la faiblesse du système juridique et des difficultés à obtenir un financement interbancaire (export.gov 2017c). Le Tableau 10 résume les obstacles liés à la demande et à l'offre à financer pour les MPME en RDC.

Au cours des entretiens, les institutions financières ont décrit leurs produits de crédit disponibles pour les MPME de la santé, y compris les prêts pour le fonds de roulement, les actifs ou l'équipement, et l'immobilier ou la construction (voir Encadré 28). Les termes du prêt sont généralement de 12 à 60 mois et les taux d'intérêt annuels

### Encadré 28. Résumé de deux portefeuilles de prêts dans le secteur de la santé

Deux banques interrogées ont déclaré que les prêts dans le domaine de la santé représentaient environ 2 pour cent de leur portefeuille total de prêts. Dans un cas, deux ou trois grands emprunteurs du secteur de la santé représentent environ la moitié du portefeuille de prêts de la banque dans le domaine de la santé. Une autre banque a déclaré que ses prêts dans le domaine de la santé sont concentrés à Kinshasa et Lubumbashi, la plupart des prêts étant destinés à l'immobilier ou à la construction, suivis des prêts de fonds de roulement et d'équipement. Une banque a indiqué qu'en général, les petits prestataires demandent des prêts pour l'équipement et le fonds de roulement, mais que les pharmacies peuvent demander des prêts plus importants.

Source : 2017. Primary Data. DRC : Field Interview.

sont de 10 à 36 pour cent (en moyenne 15 à 25 pour cent). La plupart des banques demandent des garanties - généralement le titre de propriété - pour les prêts supérieurs à 10 000 USD et exigent que le titre soit enregistré (c'est-à-dire une hypothèque officielle) pour les prêts supérieurs à 30 000 USD. Les banques recherchent une valeur de garantie de 120 à 200 pour cent du montant du prêt. Bien que les entreprises de santé puissent prétendre au financement des MPME, le secteur de la santé représente une petite partie (entre 1 et 5 pour cent) du

**Tableau 10. Obstacles à la demande et à l'offre à l'engagement des micro, petites et moyennes entreprises par les institutions financières**

Côté demande : MPME	Côté offre : institutions financières
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne connaissent pas les critères pour l'accès aux prêts.</li> <li>• Ne comprennent pas suffisamment la terminologie financière.</li> <li>• Ne cherchent pas la « meilleure affaire » en comparant les institutions pour identifier les meilleurs termes.</li> <li>• Pensent qu'elles doivent payer des impôts élevés et s'exposer à des frais de facilitation informels si elles obtiennent un prêt égal ou supérieur à 10 000 USD.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supposent que le segment des MPME se traduit par des coûts élevés pour l'analyse et l'administration des prêts, et une baisse du volume de crédit, ce qui est moins attrayant.</li> <li>• Manquent de transparence sur les conditions de crédit, sans aucune explication pour refuser ou retarder les demandes de prêt des MPME.</li> <li>• Ont une faible tolérance pour négocier avec les MPME ou s'adapter à leurs besoins car le montant du crédit fourni n'est pas significatif.</li> </ul>

Source : Shwarz 2011.

portefeuille de prêts actuel des banques interrogées. Les raisons comprennent :

- Faibles compétences de gestion des affaires et des finances des prestataires de santé, qui sont incapables de fournir des états financiers ou des antécédents de remboursement pour prouver leur capacité de remboursement ;
- Problèmes liés à l'acceptation d'une hypothèque sur un hôpital parce qu'il serait socialement impossible de reprendre possession ou d'obtenir un privilège sur du matériel médical spécialisé qui pourrait ne pas avoir un marché de revente solide ; et
- Difficultés à vérifier l'enregistrement de l'établissement de santé ou le statut de propriété, ce qui rend impossible de déterminer si l'établissement a le droit d'emprunter de l'argent.

Les IMF offrent des prêts plus modestes (entre 20 et 150 000 USD pour l'une des IMF interrogées), avec des taux d'intérêt plus élevés (24-60 pour cent par an) et des durées de prêt plus courtes (3-36 mois). Sur les quatre

IMF interrogées, deux ont fourni des prêts accessoires au secteur de la santé, tandis que deux ont eu des activités spécialisées (mais limitées) en matière de financement de la santé.

Vision Fund, un partenaire de World Vision, fournit des microcrédits pour soutenir des activités précédemment financées par World Vision. Vision Fund a actuellement un portefeuille de quelques centaines de prêts-santé, la majorité étant destinée aux pharmacies. Le Tableau 11 résume les problèmes identifiés par Vision Fund dans les prêts au secteur privé de la santé en tant qu'IMF.

### 6.2.3 La demande d'accès au financement

De nombreux établissements de santé privés en RDC sont autofinancés, commençant souvent par un investissement initial du propriétaire ou par un prêt d'un membre de la famille ou d'un ami. Les prestataires interrogés ont affirmé qu'il était difficile d'accéder à un financement formel et ont mentionné des taux d'intérêt élevés, des exigences de garantie importantes et des conditions de

**Tableau 11. Problèmes associés aux prêts au secteur privé de la santé**

<b>Points forts</b>	Activité stable ; les cabinets de soins de santé existent généralement depuis longtemps par rapport à d'autres types d'activités, et les propriétaires sont faciles à trouver.
<b>Points faibles</b>	<p>Difficile d'authentifier le propriétaire de l'activité car de nombreuses pharmacies et de nombreux établissements de santé s'enregistrent comme une ONG, parfois illégalement.</p> <p>La loi stipule que les activités liées au secteur de la santé ne soient exécutées que par des techniciens et des spécialistes du secteur, ce qui n'est pas le cas ; les commerçants qui se lancent dans ces activités paient des « droits de parrainage » à des spécialistes pour obtenir des licences d'exploitation.</p> <p>Les prestataires ont des marges et des profits faibles, en particulier les petites pharmacies dont le renouvellement des stocks est très lent en raison de la concurrence des praticiens traditionnels et de l'automédication.</p> <p>La relation entre qualité et prix n'est toujours pas équilibrée. Lorsque les services fournis ne sont pas de bonne qualité, la communication négative se répand dans la communauté, et l'établissement de santé va perdre des clients. De plus, les établissements de santé sont souvent situés dans des endroits où la communauté a un faible pouvoir d'achat.</p>
<b>Risques de financement</b>	<p>Les prestataires peuvent être soumis à des pénalités fiscales si l'activité ne dispose pas de toutes les autorisations requises. Les pénalités peuvent être importantes, ce qui pourrait entraîner le non-remboursement des prêts accordés.</p> <p>Les paiements de parrainage peuvent être importants, affecter les revenus de l'opérateur et rendre le remboursement difficile. Le montant minimum du parrainage est de 500 USD. En outre, certains sponsors exigent un paiement chaque mois, menaçant de retirer leur numéro d'autorisation dans le cas contraire.</p> <p>Certains hôpitaux se voient refuser le droit de fonctionner lorsque les inspecteurs de la santé découvrent que des activités non autorisées ont lieu et que le propriétaire risque d'être emprisonné.</p> <p>Rentabilité incertaine et difficulté à assurer la trésorerie.</p>

Source: Vision Fund 2017.

prêt restrictives. L'Ordre des Pharmaciens a déclaré que les banques craignaient que les pharmacies ne soient pas rentables étant donné le grand nombre de points de vente, et certaines organisations confessionnelles et sans but lucratif ont affirmé que les banques commerciales ne prêteraient pas à des entités à but non lucratif. Les fournisseurs ont également mentionné ne pas comprendre quelles informations étaient nécessaires pour préparer une proposition de prêt. Les entreprises de soins de santé sont généralement dirigées par des cliniciens qui manquent souvent de compétences commerciales et financières, ce qui rend plus difficile l'évaluation du retour sur investissement potentiel ou la présentation de demandes de prêt réussies aux banques et aux IMF. Au Sénégal et à Madagascar, après avoir reçu une formation commerciale et un coaching dans le cadre du projet *Sustaining Health Outcomes through the Private Sector* (SHOPS Plus) de l'USAID, les prestataires ont pu améliorer leur comptabilité et leur gestion de trésorerie pour économiser et investir dans de nouveaux équipements et obtenir des prêts supplémentaires.

Certains prestataires connaissent la disponibilité des crédits auprès des institutions financières et ont réussi à obtenir des prêts (Encadré 29). Les prestataires privés à Lubumbashi peuvent faire face à des défis légèrement différents de ceux des autres villes. L'économie du Katanga est liée aux mines et aux sociétés à capitaux étrangers, dont la plupart ont des contrats avec des centres médicaux pour fournir des soins de santé aux employés. Cela a conduit à une prolifération des centres médicaux, avec des revenus garantis de leurs contrats d'entreprise. Cependant, ils ont encore du mal à être rentables étant donné le haut niveau de concurrence. Des

installations comme le Centre Médical du Centre-ville ont pu négocier des prix raisonnables et garder leurs sociétés clientes en fonction de la qualité de leurs services.

Le manque d'accès au financement affecte les prestataires de santé de plusieurs manières importantes. Sans financement, les fournisseurs ont du mal à améliorer la qualité ou à étendre leur pratique. Le financement d'équipement est également difficile - de nombreux hôpitaux et cliniques dans les régions éloignées manquent de fonds pour acheter et entretenir l'équipement médical nécessaire à la qualité des soins (export.gov 2017d). En raison des difficultés à maintenir les équipements importés en particulier, les machines peuvent rapidement devenir inutilisables. Des prestataires ont partagé des histoires d'arrangements de financement compliqués avec des fournisseurs européens avec des taux d'intérêt effectifs pouvant atteindre 86 pour cent. Bien que le financement par les amis et la famille soit important, il est limité, ce qui ralentit la croissance dans le secteur privé de la santé.

Une ressource potentielle importante est l'ASPS, qui cherche des moyens d'offrir le soutien le plus efficace aux prestataires de santé privés. L'ASPS pourrait également être un partenaire important pour aider à étendre le financement de ses membres.

#### 6.2.4 Recommandations

**Fournir une formation en gestion des affaires et en gestion financière, et des conseils aux prestataires de soins de santé privés**

**Constatation :** Outre les faiblesses relevées dans la section sur les RHS, les prestataires de santé ont souvent de

#### Encadré 29. Exemples de financement

La **Clinique Médecin de Nuit** (Kinshasa) a souscrit trois prêts bancaires chacun pour l'achat de matériel, avec des taux d'intérêt de 33 à 40 pour cent. Elle a emprunté à la BIAC pour son fonds de roulement et a désormais accès à des capitaux privés via un programme IFC.

Le premier prêt du **Centre Médical du Centre-Ville** (Lubumbashi) concernait la construction d'un nouveau site. Il a souscrit plusieurs prêts importants, dont un prêt pour l'agrandissement d'un grand site. La durée du prêt est de trois ans, à 25–26 pour cent d'intérêt, avec le titre de la propriété et l'inventaire en garantie. Le Centre estime que la taille du prêt et la limite de trois ans sont trop restrictifs, et il a déclaré qu'il avait parfois des problèmes de remboursement et qu'il avait dû payer des pénalités.

**Health Centre Kalebuka** (Lubumbashi) auto-finance certains de ses coûts d'exploitation en vendant de l'eau à la pompe à l'intérieur de l'enceinte, qui a été installée par World Vision. Les revenus de cette activité secondaire aident le centre à s'assurer qu'il a toujours de l'électricité permanente.

## Encadré 30. L'entreprise de santé et l'innovation

Encourager la création d'entreprises et l'innovation est devenu une priorité en RDC, et le président Kabila considère les petites entreprises comme le moteur de l'économie (ACP 2016). En septembre 2017, le ministre des Petites et moyennes entreprises a annoncé une expérience avec des pépinières d'entreprises pour accélérer la croissance des entreprises et la création d'emplois dans des secteurs économiques clés (ACP 2017a). Plusieurs pépinières d'entreprises se sont ouvertes pour aider les start-ups à prospérer. L'incubateur I & F Entrepreneuriat à Kinshasa apporte une aide pour la préparation du plan d'affaires et soutient de nouvelles entreprises et de nouveaux entrepreneurs (ADIAC 2014). En outre, les opérations du secteur privé de la Banque africaine de développement et le Fonds d'assistance au secteur privé africain (FAPA) aident Advans Banque Congo à fournir des prêts et des services financiers aux MPME à Kinshasa (BAD 2013). Kivu Entrepreneurs, une pépinière d'entreprises à Goma, fournit une aide pour le plan d'affaires et une formation aux jeunes entrepreneurs (Kivu Entrepreneurs n.d.).

Ces nouvelles initiatives incluent rarement des entrepreneurs du secteur de la santé. Les entreprises sociales dans le secteur de la santé sont distinctes parce qu'elles cherchent à fonctionner sur une base durable tout en produisant un impact social. Cela signifie souvent cibler les populations à faible revenu ou mal desservies, en cherchant à éliminer les obstacles auxquels ces populations peuvent être confrontées pour accéder à la santé. Cela peut signifier développer de nouveaux modèles d'affaires qui peuvent évoluer sur les marchés à faible revenu. Si ces entreprises peuvent démontrer le potentiel de durabilité à grande échelle, cela crée une opportunité pour le capital d'investissement privé d'entrer sur le marché et de contribuer à un accès accru aux services de santé prioritaires et une utilisation plus fréquente de ces services.

Pour réussir à atteindre des investisseurs prêts à investir dans leurs affaires, les entreprises doivent avoir accès à des sources appropriées de capitaux et à une assistance technique pour favoriser l'innovation, l'expérimentation et l'apprentissage. Les entreprises de santé peuvent également avoir besoin d'aide pour surmonter les obstacles, tels qu'un environnement réglementaire difficile, une pénurie de talents disponibles et qualifiés ou un manque de partenaires appropriés. Les entreprises de santé doivent s'appuyer sur un écosystème solide d'organisations de soutien capables de faire face à ces barrières à la mise à l'échelle.

En RDC, l'écosystème qui soutient la mise à l'échelle des entreprises de santé n'est pas encore très développé. L'accès au financement est un défi pour les entrepreneurs. Les taux de prêts commerciaux sont élevés, ce qui rend extrêmement difficile l'accès au type de capital nécessaire pour démarrer et développer une entreprise. Une entreprise sociale prometteuse est Asili, une start-up conjointement créée par l'American Refugee Committee et soutenue par USAID et des partenaires internationaux. Asili ressemble à un centre commercial avec une clinique de santé, un système de distribution d'eau propre et une coopérative agricole pour les agriculteurs regroupés. Les services sont liés par un abonnement mensuel, permettant aux membres d'accéder à des prix réduits (ARC n.d.).

faibles compétences commerciales et financières, et ils sont généralement incapables de fournir des états financiers ou des historiques de comptes pour prouver leur capacité de remboursement. Ces faiblesses de gestion peuvent être préjudiciables aux résultats de santé de diverses manières. Par exemple, une mauvaise gestion des stocks conduit à des ruptures de stock, et le manque d'accès au financement peut limiter la croissance de l'établissement de santé et ainsi limiter le nombre de patients qu'il peut desservir. Une formation de base en gestion des affaires et en gestion financière peut aider à améliorer la viabilité globale d'une pratique de santé privée et permettre aux fournisseurs d'accéder au financement. En outre, le conseil aux entreprises contribue

à renforcer l'apprentissage clé et peut soutenir la mise en œuvre des recommandations, y compris l'accès au financement.

### Recommandations :

- Offrir des cours de formation professionnelle aux prestataires de soins de santé privés couvrant des sujets tels que la gestion et les rapports commerciaux et financiers, le marketing, la gestion des stocks, la terminologie financière et l'accès au financement.
- Fournir des services de coaching individuel à des prestataires sélectionnés qui démontrent le plus grand potentiel de mise en œuvre de changements et de développement de leurs pratiques.

- Coordonner la formation professionnelle et les conseils avec les étapes de formation clinique et d'accréditation recommandées dans la rubrique Personnel de santé, afin de renforcer la qualité globale des entreprises de santé en RDC.

### Travailler avec les établissements financiers pour étendre les prêts au secteur de la santé et augmenter l'accès des prestataires privés au capital

**Constatation :** Il est difficile pour de nombreux prestataires de santé privés en RDC d'accéder à un financement formel, et les fournisseurs qui peuvent emprunter auprès des banques et des IMF peuvent faire face à des exigences de garantie importantes, des conditions de prêt restrictives et des taux d'intérêt très élevés. Les garanties disponibles des fournisseurs peuvent être insuffisantes ou inacceptables.

#### Recommandations :

- Mettre en place un mécanisme ou des mécanismes de partage des risques comme une garantie de portefeuille de l'Autorité de crédit pour le développement de l'USAID (voir Encadré 31) pour encourager les établissements financiers à prêter aux entreprises de santé, comme les entreprises pharmaceutiques locales ou les grossistes, qui ne répondent pas aux

exigences standard. Cela pourrait également inclure un fonds de garantie de prêts pour encourager l'expansion des réseaux de points de vente de médicaments, comme mentionné dans la rubrique Chaîne d'approvisionnement.

- Examiner les options permettant d'identifier les financements à moyen ou long terme, afin d'aider les banques à accorder des prêts à plus long terme qui répondent mieux aux besoins de financement du secteur de la santé.
- Soutenir les institutions financières pour réduire les coûts des prêts au secteur de la santé. Aider les institutions financières à mener des évaluations de processus pour améliorer l'efficacité en identifiant et en corrigeant les faiblesses opérationnelles afin de réduire les coûts globaux.
- Travailler avec des institutions financières pour développer des produits financiers adaptés au secteur de la santé.
- Fournir de la formation, des informations sur le secteur privé de la santé et de l'assistance technique aux établissements financiers. Cela pourrait inclure des sujets tels que soutenir l'évaluation des opportunités d'affaires dans le secteur privé de la santé ainsi que la segmentation du marché ou le marketing.

### Établir des partenariats pour accroître l'accès au financement pour les investissements clés

**Constatation :** Le manque de financement peut avoir un impact négatif sur un cabinet de santé privé, comme notamment empêcher les entreprises de santé d'obtenir et d'entretenir correctement du matériel médical. Il peut également limiter la capacité du secteur privé de la santé à apporter des améliorations de qualité pour mieux servir les patients, développer leurs établissements de santé pour atteindre plus de patients ou créer de nouveaux établissements. Les partenariats entre les fournisseurs d'équipement et les banques peuvent développer (pour les banques) un pipeline de clients ayant besoin de prêts pour acheter du matériel et (pour les fournisseurs) une source de financement.

**Recommandation :** Évaluer le potentiel d'établir des partenariats et des liens commerciaux au sein de l'écosystème de la santé qui généreraient des avantages pour toutes les parties.

#### Encadré 31. La garantie de l'Autorité de crédit pour le développement (ACD) de l'USAID

Il s'agit d'une garantie qui est soutenue par la pleine confiance et le crédit du Trésor américain. Il couvre habituellement 50 pour cent du capital du prêt (et non les frais ou les intérêts) pour les prêts à terme. L'ACD a la flexibilité de garantir la devise locale ou étrangère. L'approbation préalable n'est généralement pas requise pour les prêts individuels placés sous la surveillance de l'ACD. Les garanties peuvent être jumelées à l'USAID ou à d'autres projets d'assistance technique qui peuvent renforcer la capacité de l'emprunteur à rembourser et soutenir la capacité de prêt de l'institution financière dans un nouveau secteur.

Source : USAID 2018.



### Encadré 32. Le marché de l'innovation en santé du Nigeria

L'Alliance du secteur privé de la santé du Nigeria (PHN) a lancé avec succès le marché de l'innovation en santé du Nigeria (NHIM), une plateforme dédiée aux principaux acteurs de l'écosystème de l'innovation en santé du pays. Les objectifs du NHIM consistent à identifier les innovations prometteuses, à cultiver et créer des liens permettant d'évoluer, à construire une plateforme de convergence durable pour l'innovation, et à investir pour renforcer l'impact de certaines opportunités sélectionnées. La plateforme propose divers services, y compris un carrefour de l'innovation, des concours et des hackatons, un référentiel de données et de connaissances, ainsi que des partenariats innovants. Le NHIM accueille 799 innovateurs, 20 investisseurs, 423 professionnels de la santé, des universitaires et d'autres participants.

Sources : NHIM 2018 ; PHN 2018.

### Lier la santé à l'entreprise de santé et aux activités d'innovation

**Constatation :** Il existe peu d'organisations en RDC qui sont positionnées de manière à fournir une assistance technique aux entreprises de santé qui leur permettrait d'être prêtes pour les investisseurs, et les efforts actuels des incubateurs ne se concentrent pas sur la santé.

**Recommandation :** Évaluer le paysage pour les entreprises de santé et déterminer les activités les plus prometteuses pour relancer les entreprises de santé, notamment un fonds de démarrage pour les entrepreneurs prometteurs, une assistance technique et de l'assistance pour identifier les investisseurs et les aider à grandir. Dans le cadre de l'évaluation, des domaines de santé prioritaires pourraient être identifiés, tels que les technologies de la santé ou les dispositifs médicaux. Une conférence sur les entreprises de santé à Kinshasa pourrait s'appuyer sur les activités d'innovation dans d'autres secteurs (voir Encadré 32 pour un exemple du Nigeria).

## 7. Le Personnel de Santé

Il existe peu de données publiquement disponibles sur les effectifs et les qualifications du personnel de santé privé en RDC. Cependant, les données disponibles et les preuves anecdotiques suggèrent que le secteur privé forme et emploie un grand nombre d'agents de santé. Cette section explore les établissements de formation privés et le nombre de travailleurs du secteur privé de la santé par cadre.

### 7.1 DÉVELOPPEMENT ET RÉGLEMENTATION DU PERSONNEL DE SANTÉ DU SECTEUR PRIVÉ

Le secteur public joue un rôle important dans le développement, la supervision et la réglementation du personnel de santé privé. Citons parmi les organismes importants à cet égard le Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel (MEPSP), le Ministère de l'Enseignement supérieur et universitaire (MESU), le Ministère du Commerce et les gouvernements provinciaux locaux. Plusieurs acteurs du secteur privé sont impliqués dans la réglementation des RHS. Les Ordres spécifiques à chaque secteur de la profession sont chargés de s'assurer que les membres respectent les règles d'éthique et de défendre la profession médicale. En outre, les syndicats et les associations de santé sont des acteurs clés dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques en matière de RHS. Ces organisations cherchent à résoudre les problèmes liés à l'amélioration de la rémunération, au développement des profils de carrière professionnelle, à l'intégration de nouveaux postes de travail dans le domaine des ressources humaines et à l'amélioration de la sécurité des agents de santé. Elles sont également impliquées dans les efforts visant à dresser un inventaire de toutes les RHS dans les secteurs public et privé.

### 7.2 ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE FORMATION MÉDICALE

#### 7.2.1 Types d'établissements de formation

Il existe trois principaux types d'institutions de formation en RDC : les établissements d'enseignement secondaire, les établissements d'enseignement supérieur des tech-

niques médicales et les universités dotées de facultés de médecine et de pharmacies. Dans le cadre des réformes de décentralisation du gouvernement, les instituts de formation médicale sont sous le contrôle des gouvernements provinciaux et il n'existe pas de centre de données ou de processus centralisé pour partager les informations sur les agents de santé formés dans le secteur public ou privé. Par conséquent, la quantité et la qualité de l'information disponible varient selon la province.

#### *Établissements de niveau secondaire*

Les établissements d'enseignement secondaire forment des accoucheuses, des assistants en pharmacie, des assistants en physiothérapie, des infirmiers, du personnel de santé communautaire, des techniciens de laboratoires médicaux et d'autres techniciens de la santé. Selon l'annuaire des RHS de la RDC pour 2017, il existe 477 établissements d'enseignement secondaire (Tableau 12). Sept sur 10 d'entre eux sont gérés par une institution privée, soit des organisations confessionnelles, soit d'autres organisations privées, et un peu moins d'un tiers sont gérés par l'État (30,4 pour cent) (MSP 2017i).

Le nombre d'établissements a connu une croissance significative entre 2013 et 2017, avec 71 ouvertures au cours des trois dernières années, dont 55 dans le secteur privé (neuf d'organisations confessionnelles et 46 privés). Les établissements d'enseignement secondaire sont répartis dans toutes les provinces. Les trois provinces ayant le plus d'établissements de formation sont le Sud-Kivu (54 écoles), Kinshasa (53 écoles) et Kivu (34 écoles). La disponibilité des différents programmes de formation varie considérablement. 95 pour cent des établissements

**Tableau 12. Établissements de niveau secondaire par secteur et par province**

Province	Secteur			Total
	Public	OC	Autre Privé	
Bas-Uele	4	2	0	6
Équateur	5	3	2	10
Haut-Katanga	2	3	9	14
Haut-Lomami	3	6	0	9
Haut-Uele	8	3	1	12
Ituri	6	11	0	17
Kasai	5	10	10	25
Kasai Central	2	13	6	21
Kasai Oriental	4	2	6	12
Kinshasa	6	2	38	46
Kongo-Central	8	21	20	49
Kwango	8	5	6	19
Kwilu	8	12	13	33
Lomami	4	6	4	14
Lualaba	2	3	5	10
Mai-Ndombe	9	2	1	12
Maniema	4	2	0	6
Mongala	4	7	4	15
Nord-Kivu	8	16	3	27
Nord-Ubangi	2	2	4	8
Sankuru	5	6	0	11
Sud-Kivu	15	12	23	50
Sud-Ubangi	4	4	5	13
Tanganyika	4	3	1	8
Tshopo	12	4	5	21
Tshuapa	3	4	2	9
Total	145	164	168	477

Source : MSP 2017i.

d'enseignement secondaire offrent une formation en soins infirmiers ; seulement 6 pour cent et 5 pour cent forment des accoucheuses et des techniciens de laboratoire respectivement (MSP 2017i). Sur les 29 054 étudiants inscrits dans ces établissements, 18 142 ont obtenu un diplôme d'études secondaires entre 2008 et 2013, soit un taux d'obtention de diplôme de 62,44 pour cent (ONRHS 2015). En raison de la croissance rapide de ces établissements et d'autres établissements de formation, les gouvernements provinciaux ont eu de la difficulté à surveiller leur performance, notamment le nombre total d'agents de santé formés. Pour cette raison, il n'existe

pas de données complètes sur le nombre d'agents de santé formés dans le secteur privé – ou même dans le secteur public.

#### *Établissements d'enseignement supérieur des techniques médicales*

Les établissements d'enseignement supérieur des techniques médicales sont des établissements d'enseignement supérieur publics et privés ainsi que des universités dont la mission est de former des cadres spécialisés dans les domaines scientifiques, médicaux et paramédicaux tout en cherchant à adapter les nouvelles techniques et technologies au contexte de la RDC. Les programmes de formation comprennent les soins infirmiers, la gestion des établissements de santé, la gestion des laboratoires, l'imagerie, la physiothérapie, la nutrition, la santé communautaire, l'hygiène et l'assainissement, le technicien pharmaceutique et la sage-femme.

En 2017, il y avait 128 établissements d'enseignement supérieur répartis presque également entre le secteur public et le secteur privé (Tableau 13). Les établissements privés sont principalement concentrés à au Nord-Kivu, à Kwilu, et au Kasai central. Entre 2013 et 2017, 25 nouveaux établissements d'enseignement supérieur ont ouvert leurs portes, dont huit dans le secteur privé. Comme pour les établissements d'enseignement secondaire, cette croissance a entraîné des difficultés à compiler des informations sur leur performance, et aucun nombre pour la formation n'est disponible (MSP 2017i).

#### *Universités avec des facultés de médecine et de pharmacie*

Selon le Directoire national des RHS de 2017, il existe 107 facultés de médecine et pharmacie, dont 30 sont publiques et 77 privées (Tableau 14). Parmi ceux-ci, Kinshasa, le Nord-Kivu et le Sud-Kivu ont le plus de facultés – 12, 19 et 16 respectivement. Il existe 102 facultés de médecine et seulement cinq facultés de pharmacie dans toutes la RDC, dont 3 sont publiques et 2 privées, situées dans les provinces du Haut Katanga, de Kinshasa, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu (MSP 2017i).

### 7.2.2 Qualité de la formation

Il existe plusieurs organisations impliquées dans l'agrément des institutions de formation, certaines ayant des mandats qui se chevauchent. Les parties prenantes interrogées ont souligné le fait que ces chevauchements créent des

**Tableau 13. Établissements d'enseignement supérieur des techniques médicales par secteur et par province**

Province	Secteur		Total
	Public	Autre privé	
Bas-Uele	0	2	2
Équateur	2	0	4
Haut-Katanga	2	2	4
Haut-Lomami	0	2	2
Haut-Uele	2	1	3
Ituri	1	2	3
Kasai	4	0	4
Kasai Central	7	5	12
Kasai Oriental	1	1	2
Kinshasa	1	10	14
Kongo-Central	6	4	13
Kwango	4	1	5
Kwilu	6	6	12
Lomami	3	2	5
Lualaba	0	2	2
Mai-Ndombe	1	2	3
Maniema	4	1	5
Mongala	2	0	2
Nord-Kivu	8	7	15
Nord-Ubangi	2	0	2
Sankuru	1	3	4
Sud-Kivu	7	2	9
Sud-Ubangi	2	0	2
Tanganyika	1	1	2
Tshopo	3	0	3
Tshuapa	2	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>56</b>	<b>136</b>

Source : MSP 2017i.

problèmes pour le système d'agrément. Par exemple, certaines parties prenantes avaient entendu parler de municipalités qui accordaient un agrément aux établissements de formation ne respectant pas les normes nécessaires. La multiplicité des parties prenantes et le nombre croissant d'établissements de formation privés ont compliqué la mise en conformité. Si le MSP identifie un établissement de formation qui ne respecte pas les prérogatives de formation, il peut recommander sa fermeture, mais il ne peut pas appliquer cette recomman-

**Tableau 14. Universités dotées de faculté de médecine et de pharmacie par secteur et par province**

Province	Secteur			Total
	Public	Organisations confessionnelles	Autre privé	
Bas-Uele	0	1	0	1
Equateur	1	0	1	2
Haut-Katanga	3	1	4	8
Haut-Lomami	1	1	2	4
Haut-Uele	1	0	0	1
Ituri	1	1	1	3
Kasai	1	0	2	3
Kasai Central	2	1	2	5
Kasai Oriental	1	1	1	3
Kinshasa	2	4	6	12
Kongo-Central	1	0	2	3
Kwango	0	0	0	0
Kwilu	2	0	1	3
Lomami	2	0	1	3
Lualaba	1	0	0	1
Mai-Ndombe	1	0	0	1
Maniema	1	1	2	4
Mongala	0	0	1	1
Nord-Kivu	2	5	12	19
Nord-Ubangi	1	0	0	1
Sankuru	2	1	0	3
Sud-Kivu	2	3	11	16
Sud-Ubangi	0	1	0	1
Tanganyika	1	0	3	4
Tshopo	1	0	4	5
Tshuapa	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>56</b>	<b>107</b>

Source : MSP 2017i.

dation. Les parties prenantes ont déclaré que souvent les autorités du Ministère du Commerce et les municipalités ignorent les recommandations du MSP et ne ferment pas les établissements de formation en raison de préoccupations politiques, ainsi que d'un malentendu sur les rôles et les compétences dans le processus d'octroi d'agréments. En outre, l'absence de fédération ou d'association des établissements de formation privés complique leur intégration formelle par le MSP dans la Solution d'information sur les ressources humaines (iHRIS).

Bien que le MSP souhaite jouer un plus grand rôle dans l'application de ses recommandations, il n'a pas les moyens de le faire, comme le montre le cas du Haut-Katanga. Le MSP compte actuellement 35 inspecteurs pour couvrir l'ancienne province du Katanga, qui regroupe les 25 établissements de formation de différents niveaux et professionnels de santé du Haut-Katanga (MSP 2017j). Ces inspecteurs couvrent également l'intégralité de l'ancienne province du Katanga, portant leur responsabilité totale à 43 instituts de formation et 11 312 professionnels de santé associés (ONRHS-RDC 2015). Ce fardeau supplémentaire dilue leur capacité à suivre et à appliquer les décisions du MSP (MSP 2017j).

### Qualité des programmes de formation

Bien que les établissements de formation soient supposés se situer à différents niveaux techniques, les parties prenantes ne peuvent pas confirmer qu'il existe des différences significatives dans le contenu des programmes de formation (par exemple, modèles de formation et cursus) dispensés par les établissements de formation secondaire et supérieure, ou les universités. La plupart des établissements de formation privés manquent également

d'infrastructures, de matériel, d'enseignants qualifiés et de sites adaptés à la formation pratique.

Un cinquième des facultés de médecine créées entre 1998 et 2008 ne répondaient pas aux normes requises établies par les organismes régionaux pour délivrer des diplômes aux étudiants. Par exemple, le Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur cite le manque de professeurs de haut niveau dans les instituts de formation privés comme une préoccupation sérieuse. Malgré cela, ces établissements ont continué de produire plus de 2 000 nouveaux médecins chaque année et plus de 4 000 nouveaux infirmiers, sans diplôme officiel, ce qui a mené à un effectif de personnel de santé de qualité variable (Durham, et al. 2015). Les Ordres ont rapidement noté l'impact sur la prestation de services. Par exemple, l'Ordre des Pharmaciens de Kolwezi a informé l'équipe qu'il avait reçu plusieurs plaintes concernant des établissements de formation, en particulier le manque de matériel de laboratoire, qui a conduit les étudiants à obtenir une formation incomplète. La mauvaise qualité de la formation dans certaines écoles a également conduit certains Ordres à refuser d'enregistrer des diplômés et de leur accorder des licences.

Malgré les problèmes liés à la qualité de leurs programmes, les établissements de formation continuent à octroyer des certificats à leurs étudiants. Les intervenants ont souligné que les écoles privées et publiques sont motivées à acquérir, former et diplômer des étudiants, même s'ils n'ont pas les compétences nécessaires pour pratiquer, puisque la plupart des budgets de fonctionnement des institutions provient des frais de scolarité payés par leurs étudiants.

Les Ordres et l'ASPS ont indiqué qu'ils voulaient aider le MSP à améliorer la qualité de la formation des RHS. Les Ordres voudraient en particulier jouer un plus grand rôle dans les processus d'agrément, de supervision et de conformité pour les établissements de formation et les prestataires, mais ils n'ont ni les pouvoirs, ni les ressources humaines pour le faire.

### Formation continue

La qualité des soins est une préoccupation sérieuse pour le MSP, et il a mis en place une Direction de la formation continue en réponse à cette préoccupation. Pour accroître l'efficacité, le MSP a organisé des formations thématiques dans le cadre de programmes spécifiques. Pour les



Centre de santé Medicare

mettre en œuvre à l'échelle nationale, la Direction prévoit d'organiser une activité de formation de formateurs et envoyer des formateurs dans les provinces pour créer des mentors de formation provinciaux. Cependant, la Direction est insuffisamment financée et n'a réussi à mettre en œuvre ces réformes que dans quatre des 26 provinces (MSP 2017j). Au-delà de cette organisation interne, le MSP s'appuie sur des établissements d'enseignement supérieur et des universités pour former des cliniciens spécialistes, et il conduit des formations en cours d'emploi à l'École de santé publique de Kinshasa et Lubumbashi (MSP 2017j). Il convient d'ailleurs de signaler que ces efforts de formation continue sont ouverts aux prestataires privés, mais peu de données sont disponibles sur leur adoption.

### 7.3 LES RHS DANS LE SECTEUR PRIVÉ

#### 7.3.1 Données sur les RHS dans le secteur privé

Les données concernant les chiffres des RHS dans le secteur privé sont difficiles à obtenir. La plupart des données sur les RHS en RDC proviennent du secteur public. Cependant, le MSP implique progressivement le secteur privé dans davantage d'activités visant à obtenir plus de données sur les RHS. Par exemple, le secteur privé a été invité à participer à des sessions de formation sur différents modules de gestion des ressources humaines pour la santé lorsque l'Observatoire des ressources humaines pour la santé a été créé. Ces efforts ont eu un certain succès : le Centre de santé de Monkolé, institut de formation et de recherche ayant son propre hôpital, partage ses données avec la Direction des ressources humaines du MSP et est membre de l'Observatoire des ressources humaines (MSP 2017j).

Les données sur les RHS dans le secteur privé restent également limitées en raison d'un manque de rapports. Le Profil de pays de 2015 indiquait que la majorité des prestataires de santé travaillaient dans le secteur public, seulement 7 pour cent du total des RHS travaillant dans d'autres secteurs, y compris le secteur privé et parapublic, l'armée et la police (Tableau 15). D'autres sources présentent des données contradictoires, ce qui semble indiquer des chiffres de RHS plus élevés dans le secteur privé. Une étude de 2015 a indiqué qu'environ 11 000 médecins étaient enregistrés à l'échelle nationale, et que moins de la moitié (~ 5 000) travaillaient dans le secteur public, soit beaucoup plus que les chiffres du tableau (Durham et al. 2015). Les chiffres enregistrés par

**Tableau 15. Ressources humaines pour la santé par catégorie et par secteur en RDC, 2015**

Catégories	Secteur public	Autres secteurs*	Total
Médecins	6 246	1 259	7 505
Chirurgiens-dentistes	51	19	70
Administrateurs	2 366	53	2 419
Pharmaciens	288	15	303
Infirmiers	60 332	3 350	63 682
Sages-femmes	1 555	282	1 837
Physiothérapeutes	302	62	364
Techniciens de laboratoire	2 160	155	2 315
Techniciens en radiologie	287	20	307
Nutritionnistes	586	19	605
Licenciés en médecine physique	0	7	7
Assistants pharmaceutiques	212	12	224
Techniciens d'assainissement	207	18	225
Dentistes (odontologistes)	2	2	4
Autres professionnels de santé	5 339	756	6 095
<b>Total</b>	<b>79 933</b>	<b>5 797</b>	<b>85 730</b>

\* La catégorie « Autres secteurs » comprend Privé, Paraétatique, Confessionnel, Armée et Police  
Source : ONRHS – RDC 2015.

L'Ordre des Pharmaciens sont également significativement plus élevés que les 303 pharmaciens indiqués dans le Tableau 15. L'Ordre des Pharmaciens a déclaré avoir 2 000 pharmaciens inscrits en 2017, dont 1 300 exerçant activement (7sur7.cd 2017 ; Ordre des Pharmaciens 2017).

La contractualisation entre le secteur public et les organisations confessionnelles rend également difficile l'obtention de données claires sur les chiffres des RHS dans le secteur privé (voir Encadré 33). Par exemple, environ 65 pour cent des membres du personnel travaillant dans des établissements de santé soutenus par l'Église catholique sont également enregistrés en tant que membres du personnel de santé auprès du MSP et 30 pour cent sont inscrits sur les registres de paie du MSP par des accords entre les deux parties (Barroy et al. 2014). De même des retards d'enregistrement affectent les données relatives aux RHS. L'Ordre des Médecins du

### Encadré 33. Les limites de la contractualisation pour les RHS

Bien que l'engagement sous contrat puisse améliorer la distribution des RHS, la non-conformité a conduit à une certaine insatisfaction face à cette pratique. Plusieurs intervenants ont déclaré que le MSP ne payait pas systématiquement les salaires en temps opportun, ce qui a eu une incidence sur la capacité des établissements à fonctionner, car ils utilisaient les fonds pour payer les salaires plutôt que d'autres coûts ou investissements. D'autres parties prenantes ont déclaré qu'il y avait des problèmes de transparence, de traçabilité et de reddition des comptes, les prestataires ne mettant pas en œuvre les recommandations après les missions d'audit.

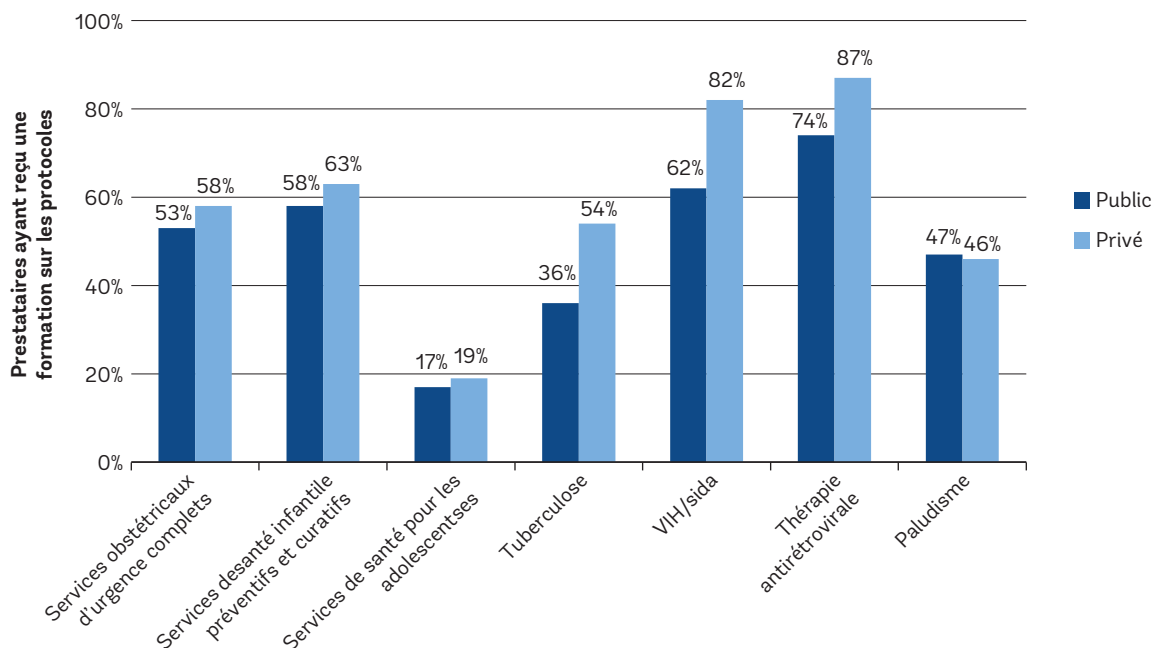
Katanga a indiqué qu'il y avait 1 300 médecins publics et privés en 2017, dont 871 étaient inscrits auprès de l'Ordre. Quatre-vingt-quatorze pour cent des médecins sont généralistes et 70 pour cent sont basés à Lubumbashi (Ordre des Médecins, 2017). La différence significative entre le nombre de médecins dans la province et le

nombre des médecins enregistrés dans l'Ordre est causée par un délai d'un mois entre le moment où les nouveaux médecins finissent leurs études et celui où ils obtiennent leur diplôme final, leur permettant ainsi de devenir membres de l'Ordre. Pour les médecins en attente d'inscription, l'Ordre a mis en place un système de tutorat de six mois renouvelable une fois (Ordre des Médecins 2017).

Bien qu'il soit difficile d'obtenir des données précises sur le nombre de prestataires du secteur privé, le rapport SARA de 2014 de l'OMS indique que le personnel de santé et les protocoles de santé sont légèrement plus disponibles dans le secteur privé, sauf pour le paludisme (Figure 36).

La répartition géographique des agents de santé montre d'importantes disparités entre Kinshasa et le reste du pays, notamment pour les médecins. Kinshasa comptait 1,3 médecin pour 10 000 habitants en 2013, tandis que la plupart des autres provinces avaient la moitié de ce ratio. Pour les infirmiers, les provinces de Bandundu et de l'Équateur semblaient mieux loties que Kinshasa, avec plus de 13 000 infirmiers chacune comparé à moins de 4 000 à Kinshasa (Banque mondiale 2014). Les données disponibles provenant des rapports et des entretiens avec des parties prenantes indiquent que dans les secteurs

Figure 36. Disponibilité des RHS formés et des protocoles par type de service et par secteur



Source : MSP 2014a.

public et privé, il y a un pourcentage disproportionnellement élevé d’infirmiers en exercice et une pénurie de médecins. Les normes nationales pour 10 000 habitants pour le personnel des centres de santé sont de sept agents de santé (cinq infirmiers et deux non-professionnels). Dans la pratique, de nombreux centres de santé urbains ont plus de 30 infirmiers traitant environ cinq clients ambulatoires par jour (Ntembwa et van Lerberghe 2015). En plus de la pénurie de médecins, la RDC a souffert d’un manque de pharmaciens et de sages-femmes. À Kinshasa, par exemple, il y a un pharmacien qualifié pour 42 662 habitants (Office Fédéral des Migrations 2014). Un recensement effectué par le FNUAP a révélé qu’il n’y avait que 4 200 sages-femmes pour l’ensemble du pays (FNUAP 2014).

Une analyse du réservoir de main-d’œuvre suggère que le nombre de RHS travaillant dans le secteur privé a également augmenté de manière significative ces dernières années. Cela peut être attribué au gel des embauches de 10 ans des fonctionnaires et au nombre croissant d’établissements privés. De plus, le secteur privé offre des opportunités tant pour les généralistes que pour les spécialistes, certaines spécialités n’étant disponibles que dans le secteur privé (par exemple, la physiothérapie).

### 7.3.2 Double pratique

Bien que la double pratique ne soit pas légalement autorisée, elle est courante en RDC. Les paiements des salaires dans le secteur public sont irréguliers et le système de retraite ne fonctionne pas depuis longtemps. En conséquence, la double pratique s’est développée malgré le fait qu’elle soit illégale. Une étude de l’Observatoire des RHS a révélé que près de la moitié des agents de santé

du secteur public effectuaient des activités non cliniques supplémentaires pour accroître leurs revenus, alors que moins de 10 pour cent d’entre eux effectuaient des travaux cliniques dans le secteur privé (ORHS-RDC 2015). Parmi les agents de santé du secteur public exerçant une double pratique, beaucoup le font à domicile ou dans une clinique privée (Figure 37). Les travailleurs de la santé gagnent généralement plus dans le secteur privé, ce qui rend la double pratique financièrement attrayante (Bertone et Lurton 2015).

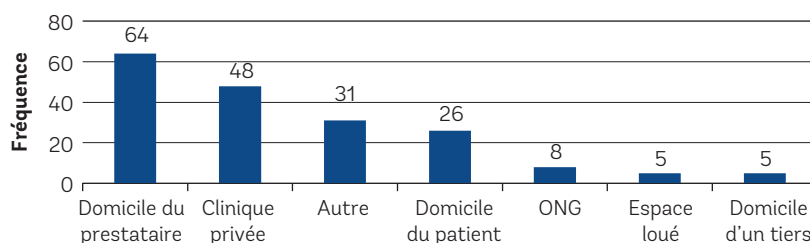
## 7.4 RECOMMANDATIONS

### Améliorer la coordination entre les parties prenantes impliquées dans la gestion des RHS

**Constatation :** Le processus d’agrément des établissements de formation, les ressources limitées dans les écoles de formation du secteur public et les écoles de formation du secteur privé qui ne répondent pas aux normes de qualité ont entraîné des variations importantes dans la qualité des RHS produites. Il est urgent d’améliorer le système de formation, en particulier dans le secteur privé, et d’établir et de renforcer le cadre et la procédure d’agrément des établissements de formation pour le personnel de santé.

**Recommandation :** Soutenir la nouvelle Direction des ressources humaines du MSP en collaboration avec le MEPSP et le MESU pour instituer un organe de coordination afin de faciliter la réglementation et la normalisation des programmes de formation pour améliorer la qualité des ressources humaines pour la santé. L’organisme de coordination devrait commencer par améliorer la qualité et la normalisation de la formation en dressant un

**Figure 37. Emplacement de la pratique privée parmi les agents de santé du secteur public interrogés travaillant également dans le privé, 2015**



Source : ONRHS-RDC 2015.



inventaire des établissements d'enseignement (matériel, infrastructure, personnel, niveau de recrutement), révisant et alignant les programmes de formation (modèles et cursus) et en hiérarchisant les besoins de formation en fonction de la disponibilité des ressources humaines et des besoins épidémiologiques. Les parties prenantes impliquées dans la gestion des RHS, telles que les associations (par exemple, ASPS) et les Ordres, devraient faire partie intégrante de l'équipe d'élaboration du programme de formation, y compris la conception du cursus et la mise en œuvre du système d'agrément.

### Établir et renforcer le système d'agrément pour les établissements de formation

**Constatation :** Le processus d'agrément des établissements de formation n'est pas clair en raison de la multiplicité des acteurs impliqués (à savoir, le MSP, le Ministère du Commerce et les municipalités).

**Recommandation :** Développer en collaboration avec les parties prenantes concernées une structure formelle pour le système d'agrément, et définir les règlements, les rôles, les responsabilités et les pouvoirs des différentes parties prenantes aux niveaux national, provincial et local. Les bailleurs, le gouvernement, les Ordres et les autres partenaires devraient ensuite aider les établissements de formation à améliorer la qualité de leurs programmes afin de satisfaire aux normes d'accréditation nouvellement définies.

### Construire des liens public-privé pour faciliter la formation pratique

**Constatation :** Pour assurer la qualité des services de santé en RDC, il est essentiel que les étudiants en sciences de la santé tels que les médecins, les infirmiers et les sages-femmes reçoivent une formation pratique suffisante dans le cadre de leurs études universitaires. Les informateurs de l'évaluation ont indiqué que certains étudiants commencent à fournir des soins cliniques après l'obtention de leur diplôme sans avoir reçu une formation pratique suffisante. Cela affecte la qualité des soins. Historiquement, les étudiants qui étudient dans les Instituts de formation médicale privés (IFMP) pouvaient compter sur des possibilités de stage dans les établissements de santé publique, mais ceux-ci sont limités. Les IFMP et les étudiants privés se sont heurtés à des procédures de placement d'étudiants du secteur privé dans le secteur public qui étaient peu claires, à des coûts fluctuants pour

les placements et à des paiements exigés par les administrations hospitalières.

**Recommandation :** Pour pallier au manque de formation pratique, les parties prenantes publiques et privées devraient clarifier et codifier les procédures opérationnelles standards relatives au placement des étudiants privés (tous les cadres et toutes les disciplines) dans les établissements publics. Comme solutions de rechange aux lieux de stage publics, des approches de stage privé-privé ont été offertes aux étudiants des IFMP, mais elles sont encore plus limitées que les approches publiques. Il est important de travailler avec un large éventail d'IFMP et de réseaux de fournisseurs privés pour concevoir et démontrer un modèle de stage privilégié dans le secteur privé (proposant un placement d'étudiant privé à privé comme solution de rechange aux lieux de stage publics). L'objectif est de concevoir un modèle privilégié pour le placement privé à privé d'étudiants, y compris l'identification d'une cohorte étudiante avec rotation des étudiants des IFMP à travers des domaines de pratique tels que les cliniques de santé reproductive et infantile, accouchement, et pratique médicale générale.

### Améliorer la qualité et faciliter l'accès à la formation

**Constatation :** Des plans de formation existent à tous les niveaux des ressources humaines pour la santé, mais la qualité des formations et leur accessibilité varient en raison d'un manque de ressources, d'un manque de formateurs de qualité et de contraintes géographiques/financières. Les centres de formation de Yaoundé, au Cameroun, et de Dakar, avec le soutien de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) et de l'École nationale de santé et de développement social, sont en train d'être transformés en un centre régional d'infirmières et de sages-femmes des pays francophones.

#### Recommandations :

- Soutenir le MSP avec des partenaires pour la mise en place d'établissements de formation de formateurs sur le modèle des centres de formation de Yaoundé.
- Soutenir le MSP pour travailler avec des partenaires et pour développer et mettre en œuvre une stratégie intégrée pour améliorer la qualité et l'accessibilité des formations ; il pourrait s'agir de faciliter le financement des équipements et des infrastructures, de développer un système de bourses permettant aux prestataires d'acquérir des compétences complémentaires dans

des zones de santé ciblées, de parrainer des formations spécifiques au domaine de la santé ou de développer une plateforme e-Learning accessible aux secteurs public et privé.

### Identifier et combler les lacunes en matière de RHS en collaboration avec les partenaires

**Constatation :** Les données sur les RHS dans le secteur privé sont limitées, toutes les parties prenantes n'étant pas supervisées par le MSP. Sur la base des données disponibles, la disponibilité des RHS, en particulier des spécialistes tels que les techniciens de laboratoire, varie considérablement entre les zones urbaines et rurales, ainsi qu'entre les provinces.

**Recommandation :** Entreprendre une cartographie des RHS disponibles dans le secteur privé pour les domaines clés de la santé conjointement avec la Direction des ressources humaines du MSP, les parties prenantes des secteurs public et privé, et l'Observatoire National des RHS, pour identifier et de combler les lacunes en RHS.

### Intégrer le secteur privé à but lucratif dans la planification de la dotation en personnel du MSP

**Constatation :** Les prestataires privés affirment que les ONG (y compris les organisations confessionnelles) sont favorisées par le MSP par rapport aux établissements de santé à but lucratif pour la dotation en personnel de RHS.

**Recommandation :** Explorer, en collaboration avec le MSP et l'ASPS, les opportunités d'intégrer le secteur privé à

but lucratif dans les plans de dotation en personnel de RHS, y compris les possibilités d'établir des mécanismes contractuels en échange d'allègements fiscaux, comme cela est le cas pour le secteur à but non lucratif.

### Mettre en œuvre une approche systématique pour augmenter la motivation des RHS

**Constatation :** Les initiatives visant à accroître la motivation des RHS sont limitées par l'incapacité du MSP à payer les salaires de son personnel dans les établissements publics et les établissements privés avec lesquels il passe des contrats. Cela crée une incitation à la double pratique, certains prestataires recommandant aux clients dans leurs établissements publics de se rendre dans leurs établissements privés pour y être traités afin d'augmenter leurs revenus. Une option à explorer est l'utilisation du FBP, en veillant à ne pas créer accidentellement des incitations pour que les prestataires travaillent dans une zone de santé plutôt qu'une autre, comme cela s'est produit précédemment avec les programmes de FBP.

**Recommandation :** Développer et mettre en œuvre conjointement avec la Direction des Ressources Humaines du MSP une approche systématique pour améliorer la motivation des RHS dans les secteurs public et privé en collaboration avec les partenaires, en tenant compte des initiatives internes telles que la réforme en cours du système de retraite en collaboration avec la Banque mondiale, ainsi que des mécanismes externes tels que les programmes de FBP.

## 8. Systèmes d'Information Sanitaire

La RDC continue de se débattre avec des infrastructures sous-développées. Par exemple, seulement 16 pour cent de la population a accès à l'électricité, malgré les barrages hydroélectriques en RDC qui ont le potentiel de générer suffisamment d'énergie pour la plus grande partie du continent (Lightening Africa 2017). Le manque de disponibilité constante d'électricité pose des défis importants aux industries, telles que les télécommunications, qui sont un élément fondamental du développement.

Le secteur des télécommunications est peu réglementé et l'opérateur national Société congolaise des Postes et des Télécommunications fournit des services minimaux (Budde.com 2017). Six opérateurs de réseaux mobiles (Vodacom, Orange, Airtel, Africell, Supercell et Tatem Telecom) sont les principaux fournisseurs de services de télécommunications en RDC, ce qui démontre une forte participation du secteur privé. Malgré un marché incluant plusieurs fournisseurs de services internationaux compétitifs, la pénétration de la carte SIM mobile (abonnés uniques) ne représente que 26 pour cent de la population, faisant de la RDC l'un des pays les plus mal connectés de la région (GSMA 2017). Cette faible pénétration est attribuable à une instabilité sociale et politique persistante, à des menaces pour la sécurité et à un taux de pauvreté élevé.

Le marché de l'Internet et du haut débit en RDC a été lent à se développer. En 2013, la RDC a été connectée à une bande passante internationale de haute qualité à bas prix via un câble à fibre optique sous-marin. L'opérateur national déploie un réseau dorsal national de fibre optique avec le soutien de la Chine (Budde.com 2017). Malgré ces progrès, la bande passante internationale est extrêmement limitée, le haut débit mobile n'étant disponible que pour 7 pour cent de la population (GSMA 2015). Cependant, les opérateurs mobiles souhaitent développer les services de données mobiles et tirer parti de l'utilisation et des capacités des smartphones.

### 8.1 LE SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE ET LE SECTEUR PRIVÉ

Le manque d'infrastructures de télécommunications et d'énergie a posé d'importants défis à la mise en œuvre numérique et à la mise à l'échelle du Système national d'information sanitaire (SNIS) et d'autres initiatives de santé numériques. Cependant, des progrès significatifs ont été réalisés, et la forte participation du secteur privé a soutenu les efforts en ce sens, promettant ainsi de futures avancées.

#### 8.1.1 DHIS2

Le DHIS2 est le système d'information électronique de gestion de la santé open source préféré dans 60 pays, y compris la RDC. Le DHIS2 est actuellement utilisé comme plateforme SNIS pour la gestion et l'analyse des données, le suivi et l'évaluation des programmes de santé, les registres des établissements, la cartographie de la disponibilité des services, et la logistique et la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le budget de la Stratégie SNIS pour 2018-2020 est de 30,5 millions de dollars US, et une partie de cette somme pourrait être utilisée pour soutenir la mise en œuvre du numérique, améliorer la participation du secteur privé ou s'ajouter aux investissements du secteur privé.

À la fin de 2017, il y avait 17 859 établissements enregistrés dans le DHIS2 dans l'ensemble de la RDC. Les établissements dans le DHIS2 sont classés comme publics, privés ou membres d'organisations confessionnelles. Parmi toutes les installations enregistrées dans le DHIS2, 20 pour cent (3 501) sont classées dans la catégorie privée, 10 pour cent (1 872) dans la catégorie des organisations confessionnelles et 53 pour cent (9 493) dans la catégorie publique. Dix-sept pour cent (2 993) ne sont définis dans aucune catégorie. Cela signifie que 30 pour cent (5 373) de tous les établissements enregistrés en RDC sont dans le secteur privé (y compris les organisations confessionnelles). Plus de la moitié d'entre eux (53 pour cent ou

2 848) sont des centres de santé privés, 26 pour cent (1 414) sont des postes de santé privés et 14 pour cent (771) sont des hôpitaux privés.

La mise en œuvre d'un système d'information de gestion de la santé à grande échelle est complexe, ce qui nécessite une collaboration étroite entre les acteurs privés et publics, ainsi que des mises à jour des politiques, des procédures et des outils. En collaboration avec de nombreux partenaires, le MSP a déployé le DHIS2 dans l'ensemble des 516 zones de santé en 2016. Les zones sont passées de la transmission de rapports sur papier à tous les niveaux à celle de rapports électroniques au niveau des zones de santé (IMA World Health n.d.). Des approches intégrées et modulaires dans tous les programmes de santé sont utilisées dans les outils de collecte de données sur papier révisés. Ces documents sont ensuite acheminés dans la zone de santé en vue de validation préliminaire mensuelle, ce qui permet à chaque établissement de signaler les indicateurs clés et d'en discuter. Les documents sur papier remontent ensuite au Bureau central de la zone de santé, où ils sont validés lors de la réunion de suivi et introduits électroniquement dans le DHIS2 par le personnel du Bureau central. Le déploiement a permis à plus de 89 pour cent du pays d'utiliser la nouvelle plateforme (MSP 2017j).

Dans les provinces examinées dans le cadre de cette évaluation, il existe des différences dans la participation du secteur privé (Tableau 16). Au Kasai-Oriental, à

Kinshasa et au Haut-Katanga, les prestataires privés sont nombreux (70 pour cent, 68 pour cent et 60 pour cent des établissements enregistrés respectivement). Cela est probablement dû à une urbanisation accrue dans ces trois provinces. Il y a très peu d'établissements du secteur privé enregistrés à Tshopo, et il y a trop d'établissements non définis au Nord-Kivu pour pouvoir décrire la participation du secteur privé.

L'un des plus grands accomplissements de la transition au DHIS2 est l'enregistrement des établissements du secteur privé dans le cadre du système de rapports sur la santé publique. À l'instar des établissements publics, les établissements privés qui s'inscrivent reçoivent une formation sur les nouveaux outils de collecte de données sur papier simplifiés, et ils reçoivent également de nombreux produits gratuits (par exemple, vaccins et médicaments contre le paludisme) destinés à la distribution publique. En retour, les établissements privés enregistrés résument les principaux indicateurs de santé tous les mois et participent à la prestation des services de santé publique (par exemple, administration des vaccins les jours de vaccination mensuelle).

Les établissements privés et les établissements membres des organisations confessionnelles qui sont enregistrés dans le système de santé ont des taux de déclaration légèrement meilleurs que les établissements publics (Figure 38). On note une variation substantielle des taux de déclaration par province, mais moins selon le

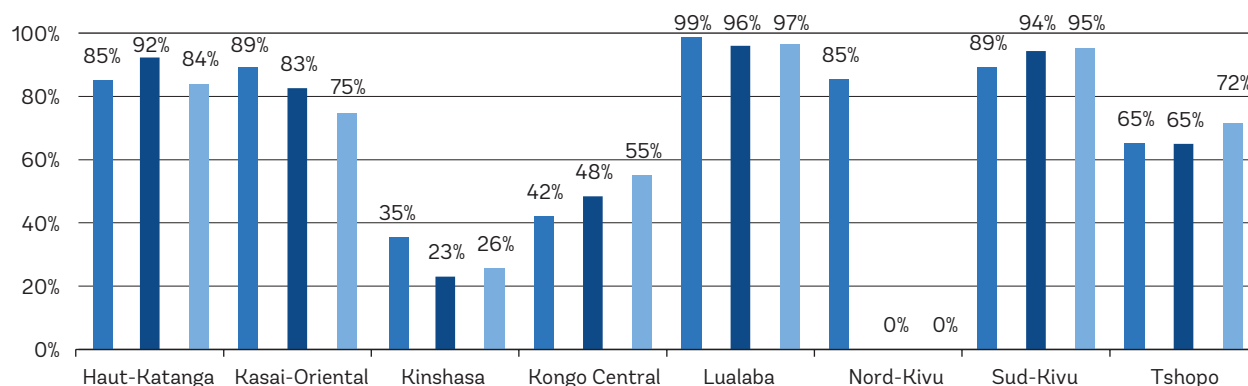
**Tableau 16. Nombre et type d'établissements enregistrés dans le DHIS2 dans des provinces choisies, 2017**

Province	Secteur privé		Secteur public	Non défini	Total	Pourcentage (%) des établissements du DHIS 2 appartenant au secteur privé
	Autres privés*	Organisations confessionnelles				
Kasai-Oriental	360	46	127	45	578	70
Kinshasa	567	76	100	204	947	68
Haut-Katanga	556	72	283	138	1 049	60
Kongo Central	499	204	677	63	1 443	49
Sud-Kivu	126	340	459	81	1 006	46
Lualaba	123	79	166	70	438	46
Tshopo	68	44	477	99	688	16
Nord-Kivu	0	0	316	699	1 015	0

\*Comprend ONG, à but lucratif et à but non lucratif

Source : MSP 2018.

**Figure 38. Taux de transmission des rapports en novembre 2017, par type d'établissement**



Source : MSP 2018.

type d'établissement dans la province. Les trois-quarts (75,1 pour cent) des établissements privés enregistrés à l'échelle nationale ont soumis un rapport en novembre 2017 sur leurs services de base, comparativement à 74,7 pour cent des établissements confessionnels enregistrés et à 71,1 pour cent des établissements publics. Dans l'ensemble de la RDC, Kinshasa a les taux de déclaration les plus bas pour tous les types d'établissements. Une des limites des données du DHIS2 est qu'il n'existe pas d'indicateur de la qualité ou de l'exhaustivité des rapports (bien qu'il existe un indicateur pour la ponctualité). Les indicateurs de transmission des rapports fournis sont binaires (ont transmis les rapports ou non) ; il serait utile de savoir si la qualité des données est pire dans le secteur public ou privé pour pouvoir mieux cibler l'assistance technique.

Les niveaux élevés de transmission des rapports du secteur privé dans le DHIS2 ont été reflétés dans des entrevues avec des prestataires privés d'une province à l'autre. Bien que plusieurs problèmes aient été mentionnés, tous les prestataires privés interrogés étaient catégoriques quant à leur respect de leur engagement de transmission mensuelle de rapports (la qualité des rapports n'a pas été discutée). Parmi les prestataires privés, il semblait y avoir une compréhension claire de la nécessité de transmettre les rapports et du besoin de participation aux événements mensuels de validation. Bien que les frais de transport et les indemnités journalières associés à cette validation mensuelle aient été mentionnés comme un inconvénient financier, les prestataires privés semblaient

résignés à couvrir ces coûts dans un avenir proche. Ils ont insisté sur la nécessité pour le Bureau central de fournir plus systématiquement des outils de production de rapports sur papier, qu'ils photocopient régulièrement.

### Problèmes associés à la mise en œuvre

Comme pour tous les nouveaux systèmes d'information sanitaire, des défis subsistent, en particulier en ce qui concerne l'inclusion du secteur privé. Premièrement, on ne voit pas quel pourcentage d'établissements privés en RDC est enregistré dans le DHIS2. Cela rend difficile de savoir si les établissements privés enregistrés sont représentatifs de l'ensemble du secteur privé. Les normes nationales sur l'infrastructure matérielle, l'équipement et la fourniture de services requis pour l'enregistrement peuvent être difficiles à satisfaire pour les établissements les plus petits et les plus pauvres du secteur privé. Cela signifie que ces établissements ne sont pas en mesure de s'inscrire officiellement et ne sont donc pas inclus dans le registre des établissements, bien qu'ils continuent de fournir des services de santé importants aux populations à faible revenu, rurales et/ou vulnérables. Deuxièmement, parmi les établissements privés enregistrés dans le DHIS2, près de 3 000 (17 pour cent) ne sont pas classés comme publics, privés ou membres d'organisations confessionnelles, et il est donc difficile d'évaluer les différences de participation publique/privée et les indicateurs de santé. Troisièmement, il n'y a pas de rapports récurrents générés pour donner un aperçu des différences dans la prestation de services publics et privés. La collecte de données

plus nuancées ne sera pas utile si les indicateurs ne sont pas suivis et si les données ne sont pas utilisées pour la prise de décisions. Enfin, les mises à jour du registre des installations ne sont censées être effectuées qu'une fois par an, ce qui crée potentiellement un retard important dans la transmission des données.

Une autre difficulté que les prestataires privés et les partenaires d'exécution ont mise en évidence était le manque de feedback fourni aux prestataires privés. On peut supposer que les problèmes qui sont identifiés dans les établissements publics par le biais de rapports routiniers sont corrigés par l'action du MSP dans son rôle d'intendant des établissements de santé publique. Cependant, les établissements privés ne reçoivent aucune sorte de feedback ou de rapport sur la façon dont ils fonctionnent par rapport à d'autres établissements ou au fil du temps. Il se peut que les établissements publics ne reçoivent pas ce genre de feedback non plus. IMA World Health travaille sur de simples tableaux de bord générés automatiquement qui peuvent être partagés avec les établissements ; cela pourrait permettre de répondre à la préoccupation selon laquelle les flux de données actuels pour la prise de décisions sont unidirectionnels.

La saisie et la transmission des données du DHIS2 se font actuellement au niveau des zones de santé, et par conséquent la connectivité des données Internet et mobiles n'est pas un problème urgent pour les prestataires privés.



*Kalebu Espoir*

Cependant, la Division SNIS et les dirigeants provinciaux ont tous deux cité à plusieurs reprises des problèmes de connectivité pour la transmission de données. Le retard de transmission ou l'absence totale de données peut retarder considérablement la prise de décisions et est particulièrement problématique lors d'épidémies en évolution rapide. MEASURE Evaluation explore la possibilité de décentraliser la saisie et la transmission des données au niveau de l'établissement de santé, ce qui signifie qu'une solution de connectivité plus étendue sera probablement nécessaire au cours des cinq prochaines années. Une solution actuellement explorée par IMA World Health est la reprogrammation des paquets de données afin qu'ils soient plus petits et plus faciles à transmettre. Un PPP entre les opérateurs de réseaux mobiles, les partenaires de mise en œuvre et le MSP peut aider à répondre au problème complexe de la connectivité des données.

Une dernière limite du système du DHIS2 actuel en RDC est qu'il ne collecte pas d'informations sur les pharmacies, la chaîne d'approvisionnement, les stocks, les ressources humaines de la santé ou les dossiers médicaux. Cela constitue une limite à la fois parce que les pharmacies constituent une composante majeure du secteur privé et parce que ces données sont essentielles à la gestion du personnel de santé, à la distribution efficace des produits et à la compréhension longitudinale de la santé de la population. Bien que DHIS2 ait le potentiel de soutenir ce type de collecte de données, d'autres plates-formes spécifiquement développées pour la gestion logistique, la gestion des ressources humaines et la gestion des dossiers médicaux peuvent offrir des perspectives plus nuancées pour la prise de décisions.

## 8.2 AUTRES SYSTÈMES D'INFORMATION

### 8.2.1 Système d'information et de gestion de la logistique

Les données fiables sur les produits de santé constituent un maillon faible du SNIS (Office Fédéral des Migrations 2014). Des difficultés importantes dans le flux de données actuel sont dues aux complexités de la chaîne d'approvisionnement, comme décrit dans la section 5. Par exemple, aucun des CDR ne connaît les articles et quantités commandés aux partenaires d'exécution (SIAPS et al. 2014). Dans une étude réalisée en 2014 sur le SIGL en RDC, les établissements de santé des secteurs public et privé ont indiqué qu'ils consacraient jusqu'à quatre jours par mois

à la préparation des rapports (SIAPS et al. 2014). L'électricité est peu fiable ou non disponible, ce qui signifie que des formulaires manuels sont utilisés pour saisir les données ; la mauvaise disponibilité et le manque de précision des données sont donc de graves préoccupations.

Bien que le DHIS2 ait la capacité d'agréger les données des services de santé et les indicateurs de santé publique, il n'est peut-être pas suffisamment compétent pour gérer les inventaires, les commandes, l'assurance qualité, la gestion des flottes, la distribution, la pharmacovigilance et autres tâches logistiques complexes qui sont nécessaires pour soutenir un SIGL qui fonctionne bien. Par conséquent, de nombreux pays s'orientent vers l'utilisation d'une plateforme séparée mais interopérable pour la gestion des stocks, comme OpenLMIS. Une plateforme SIGL interopérable peut facilement transférer des informations à d'autres systèmes sans restructuration ou recodage complexe des données. Un SIGL électronique automatise les processus sur papier redondants et peut alimenter les données sur les niveaux des stocks et les inventaires dans le DHIS2, où il peut être comparé aux informations de couverture.

Un système amélioré de gestion de l'information pharmaceutique pourrait également répondre à d'autres défis, tels que le regroupement de pharmacies privées dans des zones à population suffisante, ce qui entraîne une pénurie de clients dans une zone géographique, avec des populations mal desservies ailleurs. Ces inefficacités pourraient être identifiées par une forte participation du secteur privé dans un nouveau SIGL électronique.

Le FNUAP en RDC est un ardent défenseur de l'établissement d'un SIGL électronique interopérable. Il existe plusieurs tentatives en cours pour le lancement d'un SIGL électronique en pilotant le logiciel du canal FNUAP dans 14 zones de santé de 2011 à 2014, et le module de médicaments du DHIS2 a été testé dans 40 zones de santé à Kinshasa, au Kongo Central et à Kisangani plus récemment (FNUAP 2017b). Cependant, aucune de ces initiatives n'a encore été évaluée. Le FNUAP est en train d'évaluer la mise en œuvre du logiciel OpenLMIS par VillageReach, et son évaluation devrait être disponible au début 2018. Le FNUAP a l'intention de tirer parti de ces résultats pour élaborer un plan opérationnel pour un SIGL électronique. La feuille de route actuelle (juin 2017) pour un SIGL bénéficierait des enseignements sur les manières d'inciter et d'engager le secteur privé dans ce processus, en particulier parce qu'une proportion subs-

tantielle des produits de santé et d'autres médicaments transitent par le secteur privé, par le biais des réseaux d'ONG, d'organisations de marketing social, de grossistes privés, de points de vente de médicaments et de pharmacies.

### 8.2.2 Systèmes d'information sur les ressources humaines dans la santé

En 2014, IMA World Health et IntraHealth ont commencé à piloter iHRIS, une solution électronique open source, dans la province du Kasai. iHRIS permet d'aider les systèmes de santé des pays à faible revenu à collecter et à gérer des données sur les chiffres, les compétences, les qualifications, les lieux et d'autres facteurs importants pour la prise de décision. Ces données peuvent aider les pays à remédier aux pénuries de RHS et à surmonter d'autres obstacles dans le secteur de la santé (voir Encadré 34 pour un exemple d'interopérabilité avec les plateformes mobiles). Un des premiers exemples du succès du projet pilote est qu'il a permis d'identifier et d'éliminer 2 000 travailleurs fantômes – qui recevaient un salaire sans réellement travailler. iHRIS comprend actuellement des prestataires membres d'organisations confessionnelles, mais il n'a pas encore un engagement très fort avec les prestataires privés à but lucratif et à but non lucratif. Les établissements privés enregistrés dans le DHIS2 pourraient aussi faire enregistrer leur personnel dans iHRIS, ce qui pourrait faciliter la conclusion de contrats entre les prestataires et les établissements du secteur public et du secteur privé. Bien qu'ils ne soient pas encore intégrés, iHRIS est interopérable avec



### Encadré 34. mHero

mHero est un système de communication par téléphone mobile qui utilise la messagerie texte de base pour connecter les ministères de la santé et les travailleurs de la santé sans avoir besoin d'un smartphone ou d'une tablette. mHero a été le « héros » de la crise d'Ebola au Libéria en 2014, où il a été utilisé pour collecter et communiquer des informations épidémiologiques critiques entre le système d'information sanitaire et les agents de santé. Développé par IntraHealth et l'UNICEF, mHero peut également être utilisé pour les besoins de communication en santé, et il est particulièrement utile car il réunit les composantes existantes du système d'information sanitaire d'un pays, telles que le DHIS2 et iHRIS, en utilisant les normes internationales d'interopérabilité. Même s'il n'est pas actuellement utilisé en RDC, mHero est un système de communication qui pourrait s'appuyer sur les données de iHRIS et du DHIS2, en particulier dans le secteur privé, où les communications bidirectionnelles entre les prestataires privés et les Bureaux centraux sont plus limitées.

le DHIS2, et les deux systèmes peuvent se compléter utilement.

#### 8.2.3 Tableau de bord des données du Projet de santé intégré (IHP)

En 2018, le Projet de santé intégré de l'USAID (IHP) s'est positionné au bénéfice de la RDC qui propose de tirer parti des systèmes nationaux et régionaux existants pour constituer un tableau de bord soutenant les prises de décisions en matière de programme de santé.

Ce système s'appuiera sur des techniques avancées de visualisation et d'organisation permettant de fournir des données concrètes en temps opportun issues des niveaux centraux, des provinces, des zones de santé, des établissements et des communautés, tout en respectant l'engagement de ne pas créer de systèmes parallèles et de ne pas effectuer le travail en double. Bien que l'IHP soit largement axé sur le secteur public, il serait utile d'étudier la possibilité d'intégrer le secteur privé au niveau de la conception de ce tableau de bord afin que ce dernier puisse être utile et applicable à tout le système de santé.

### 8.3 LE NUMÉRIQUE ET LES TÉLÉCOMMUNICATIONS

#### 8.3.1 Les opérateurs de réseaux mobiles

Les quatre principaux opérateurs de réseaux mobiles (MNO) en termes de parts de marché en RDC sont Vodacom, Orange, Airtel et Africell (Tableau 17). Chacun offre un service d'argent mobile, en plus des services voix et données standard. Tous souhaitent développer la notoriété de la marque, la part de marché et la présence géographique, et peuvent proposer des services de données, voix et autres médias et communications à prix réduit ou groupés. Les MNO ont eu des expériences variées de collaboration avec des partenaires gouvernementaux, mais sont tous disposés à explorer des partenariats numériques en matière de santé et à répondre aux besoins du MSP et des partenaires de mise en œuvre dans le domaine de la santé. Les zones géographiques présentant un intérêt commercial particulier incluent Kinshasa, le Kongo Central, Katanga et le Nord-Kivu en raison de leur population relativement dense et de leur activité économique (GSMA, 2013).

**Tableau 17. Base de données sur les utilisateurs d'opérateurs de réseaux mobiles et part de marché**

Opérateur	Nombre d'abonnés	Part de marché (%)	Argent mobile (nombre d'abonnés)
Vodacom	13 millions	~38	M-Pesa (2.5M)
Orange	9,5 millions	~30	Orange Money (1.2M)
Airtel	8 millions	~24	Airtel Money (1M)
Africell	3,5 millions	~11	Africell Money (N/A)

Source : réponses fournies par les opérateurs lors d'entretiens.



## Vodacom



Vodacom Congo, créée en 2002, est la filiale nationale de Vodafone International. Vodacom détient la plus grande part du marché du mobile avec 13 millions d'abonnés. M-Pesa est le service d'argent mobile de Vodacom en RDC, qui propose des services financiers, notamment des programmes d'épargne et de crédit. Vodacom est en train d'établir une plateforme locale basée sur le cloud appelée Mezzanine, capable de prendre en charge un large éventail de services de collecte de données, de communication et d'autres services numériques. Mezzanine possède, entre autres applications, une solution de visibilité du stock qui suit la disponibilité des vaccins au Mozambique, la médecine du paludisme en Tanzanie et les médicaments pour la tuberculose pharmacorésistante extrême en Afrique du Sud. La plateforme Mezzanine a également soutenu certains projets axés sur la gestion des soins communautaires, la gestion des patients et la gestion de la main-d'œuvre en Afrique subsaharienne. Vodacom prévoit de commencer la construction de Mezzanine en RDC en avril 2018 et prévoit de l'achever en octobre 2018. Vodacom est activement à la recherche de clients potentiels intéressés par ces services et a déjà des partenariats et des contrats avec le MSP et ses partenaires d'exécution, comme *Management Services for Health* (MSH) (Vodacom 2017).

## Orange



Orange s'est implantée en RDC en 2012 en rachetant CCT, un opérateur télécom chinois, puis a renforcé sa présence avec l'achat de Tigo en 2016. En 2017, Orange a annoncé environ 9,5 millions d'utilisateurs actifs et une part de marché de 30 pour cent d'abonnements mobiles. Orange Money, la branche de l'argent mobile d'Orange, compte 1,2 million d'abonnés, ce qui représente un quart du marché de l'argent mobile. Parmi ses avantages compétitifs, Orange souligne une forte présence régionale en Afrique de l'Ouest francophone qui offre des ressources auxquelles les autres opérateurs ne peuvent accéder. Soutenue par l'acquisition de Tigo, Orange a une présence assez forte dans de nombreuses provinces, mais

a une faible présence dans la région centrale de la RDC (Bandundu et Twshwapa, par exemple). Orange prévoit d'investir davantage dans les infrastructures dans les zones rurales, un intérêt qui convergerait avec le souhait du MSP d'améliorer la connectivité dans les zones et aires de santé rurales. Orange a également travaillé sur un certain nombre de projets de développement, y compris un projet sur le paludisme avec Soins de Santé Primaires en milieu Rural (SANRU) et un projet d'éducation sur la collecte de données mobiles (Orange 2017).

## Airtel



Airtel compte huit millions d'utilisateurs actifs et estime avoir 24 pour cent du marché mobile. Airtel concentre actuellement ses efforts de développement de sa clientèle sur les entreprises et les ONG. En outre, Airtel essaie de se distinguer en tant que « The Smartphones Network », et sa stratégie commerciale est davantage axée sur les données, le haut débit et l'accès à Internet. Airtel a été le premier opérateur à implanter une agence d'argent mobile en RDC en 2013. À la fin 2017, Airtel a déclaré environ un million d'utilisateurs d'argent mobile, dont environ 700 000 étaient actifs. D'après la comptabilité d'Airtel, la compagnie est la société ayant le plus d'encaissements dans toute la nation. D'un point de vue géographique, Airtel a noté une utilisation et une présence particulièrement fortes dans l'Est du pays, au Katanga et à Kinshasa, et une présence modérée au Kongo Central, à Matadi et au Kivu / Goma. Les investissements d'Airtel dans l'infrastructure de données ont été ralentis par l'instabilité politique. Airtel a également des partenariats de développement, mais ne semble pas avoir une forte responsabilité sociale d'entreprise ou une présence de fondation en RDC (Airtel 2017).

## Africell



Africell RDC a été créée fin 2012, mais elle n'a reçu d'autorisation en tant que société de télécoms qu'en 2014. Il s'agit donc d'une nouvelle venue en RDC, avec des opérations en Ouganda, en Gambie et en Sierra Leone, ce qui implique qu'elle est

beaucoup plus petite et plus localement concentrée que les trois autres grands opérateurs internationaux. Commercialisée sous le nom de « Réseau du peuple », Africell fait la promotion de services voix et données à faible coût, ce qui permet à la compagnie d'atteindre des segments de marché à faible revenu. Africell compte environ 3,5 millions d'abonnements et cherche à accroître sa part de marché. Africell Money, lancé en 2017, propose des services classiques d'argent mobile. Géographiquement, Africell opère principalement dans Kinshasa et Katanga, avec quelques services supplémentaires dans Kongo Central et Bas-Congo. Bien qu'il n'il n'y ait pas de division de responsabilité sociale des entreprises à Africell, la compagnie a soutenu un certain nombre de projets de développement, notamment pour le VIH, la violence sexiste, l'éducation et Ébola (en collaboration avec l'OMS en Sierra Leone). Le soutien d'Africell est souvent achevé via leur maison de production, qui prend en charge les émissions, les événements et d'autres communications par le biais de la télévision, de la radio et d'autres canaux de télécommunications (Africell 2017).

## 8.4 INNOVATIONS NUMÉRIQUES DANS LA SANTÉ

Cette section contient deux études de cas en RDC et dans la région en vue de stimuler la réflexion créative sur les possibilités de soins de santé innovants dans les milieux à faibles ressources.

### 8.4.1 WapiMed : une solution numérique pour l'identification des services de santé et l'accès à ceux-ci

WapiMed est un outil de cartographie et de nomination des établissements de santé basé sur une application mobile développée en 2016 pour la RDC (« wapi » signifie « où » en swahili). Actuellement en phase pilote dans cinq hôpitaux de Kinshasa et de Lubumbashi, WapiMed aide les personnes cherchant un traitement médical à localiser des établissements publics ou privés, des prestataires et des pharmacies dans leur zone géographique, et à prendre des rendez-vous. Tous les rendez-vous sont actuellement pris par téléphone, de sorte que les four-

nisseurs n'ont même pas besoin d'un téléphone intelligent ou d'Internet, mais une plus grande numérisation est prévue afin que les rendez-vous puissent être pris en ligne.

L'approche de WapiMed pour identifier et ajouter des installations consiste à travailler avec l'Ordre des Médecins et à cartographier les réseaux d'hôpitaux de référence et les centres de santé. Souvent, l'Ordre n'a pas de données de localisation pour ses médecins membres, ce partenariat profitant à la fois à l'Ordre et à WapiMed. WapiMed bénéficierait d'un partenariat plus poussé avec le MSP, qui dispose de listes plus étendues d'établissements publics et privés.

D'après le modèle d'affaires prévu, WapiMed est conçu pour que les prestataires de soins de santé et les établissements puissent s'abonner au service. Actuellement, s'inscrire et utiliser l'application est gratuit pendant la création d'une base de clients. À long terme, WapiMed veut limiter la participation aux établissements qui ont un certain niveau de qualité, mais pour le moment, ils n'ont pas de critères de qualité clairs et admettent que l'acceptation des établissements est actuellement subjective.

En plus des services de géolocalisation et de prise de rendez-vous, WapiMed souhaite développer un portefeuille mobile pour la santé qui puisse faciliter les envois de fonds de 12 à 15 millions USD envoyés annuellement par la diaspora pour payer les services de santé des amis et de la famille en RDC. WapiMed s'étend également en Côte d'Ivoire et a une vision pour toute l'Afrique de l'Ouest francophone.

### 8.4.2 M-Tiba : un outil numérique pour le financement de la santé

M-Tiba est un portefeuille de santé mobile qui permet aux gens d'utiliser leur téléphone pour envoyer, enregistrer et recevoir de l'argent numérique qui ne peut être utilisé que pour les services de santé et les paiements associés. Développé au Kenya, ce produit a été lancé en 2016 grâce au partenariat de quatre parties prenantes importantes : Safaricom, opérateur dominant au Kenya ; CarePay, une entreprise sociale kenyane qui gère les paiements parmi les bailleurs de fonds, les patients et les prestataires de soins de santé, et qui a développé et administre la plateforme numérique openCarePool sur laquelle fonctionne M-Tiba ; PharmAccess, l'ONG coordinatrice ; et Pfizer





Clinique utilisant M-Tiba au Kenya

Foundation, qui a soutenu financièrement les paiements pilotes et de bons.

En 2017, M-Tiba a commencé à évoluer au-delà d'un simple porte-monnaie mobile avec des bons, incluant des partenariats plus sophistiqués avec des assureurs privés, dont le *National Health Insurance Fund* du Kenya, et une plateforme intégrant le paiement avec des données médicales. En décembre 2017, M-Tiba comptait 805 421 bénéficiaires, et 465 prestataires étaient inscrits dans le système (PharmAccess, 2017). Les applications supplémentaires soutenues par M-Tiba en 2017 comprennent HealthConnect, qui permet aux membres de la diaspora d'acheminer des fonds pour couvrir les coûts de l'assurance-maladie pour les familles kenyanes et un produit d'avance mobile facilitant l'accès au financement pour les prestataires.

L'un des facteurs qui a contribué au succès de M-Tiba est l'environnement numérique au Kenya, qui est beaucoup plus favorable qu'en RDC. Au Kenya, la pénétration de la téléphonie mobile est de 89 pour cent, la pénétration de l'argent mobile est de 58 pour cent et l'opérateur dominant (Safaricom) détient 73 pour cent du marché du mobile (Communications Authority of Kenya, 2017). En revanche, la pénétration de la téléphonie mobile en RDC est de 26 pour cent, la pénétration de l'argent mobile de 9 pour cent et l'opérateur dominant (Vodacom) détient 38 pour cent du marché du mobile. Un produit tel que M-Tiba pourrait incarner un objectif à long terme atteignable, mais il nécessiterait une approche progressive avec des projets pilotes, une formation et l'établissement d'un réseau de prestataires privés appropriés, ainsi que

des cycles d'apprentissage rapides. Lorsque l'infrastructure numérique et les systèmes de santé auront davantage progressé pour être prêts, les étapes d'un projet pilote de portefeuille de santé mobile en RDC pourraient consister à 1) identifier les parties prenantes, y compris les prestataires du secteur privé et ceux du secteur public, présents dans les réseaux existants, PharmAccess, CarePay, WapiMed, les opérateurs de réseaux mobiles et d'autres partenaires techniques pour participer à un projet pilote du portefeuille de santé mobile ; 2) tester un portefeuille de santé mobile dans une configuration telle que celle de Kinshasa ou de Lubumbashi ; et 3) surveiller et évaluer continuellement les réalisations, les difficultés, ainsi que les possibilités de reproduction et de dimensionnement d'un portefeuille de santé mobile.

## 8.5 RECOMMANDATIONS

### Examen et amélioration des indicateurs de santé infantile et de PF dans le DHIS2

**Constatation :** Actuellement, les indicateurs de PF du DHIS2 comprennent le nombre de produits contraceptifs spécifiques fournis, certaines données liées au programme et le nombre d'utilisateurs nouveaux ou en renouvellement. Les informations fournies par ces indicateurs sont limitées et ne donnent pas un aperçu complet de l'offre ou de la demande de produits de base pour la PF. Comme le DHIS2 est relativement nouveau et continue d'évoluer, il est possible d'ajouter et d'améliorer les variables et de collecter des données systématiques et exploitables pour améliorer les services, réduire les ruptures de stock, et suivre la prévalence contraceptive ainsi que la demande. L'Université de Tulane et le FNUAP ont indiqué que les indicateurs de PF sont des priorités pour les mises à jour du SNIS et travaillent à l'amélioration des indicateurs de PF. De la même manière, les indicateurs sur la santé infantile peuvent avoir besoin d'être révisés et actualisés, ce qui pourrait être fait en collaboration avec le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et dans le cadre des directives de la GIME de l'OMS.

**Recommandation :** En collaboration avec les parties prenantes, procéder à un examen multidisciplinaire du DHIS2 afin d'identifier où des indicateurs supplémentaires peuvent être ajoutés pour la PF et la santé de l'enfant. Identifier les indicateurs les plus importants et faciles à établir pour que les acteurs du secteur privé puissent les déclarer et les utiliser.

## Enquête, cartographie et enregistrement des établissements du secteur privé non encore enregistrés

**Constatation :** Le pourcentage des établissements privés en RDC enregistrés dans le DHIS2 n'est pas clair, ce qui rend difficile la collecte d'informations complètes ou la question de savoir si les établissements privés qui participent actuellement sont représentatifs de l'ensemble du pays. Les établissements plus petits et plus pauvres du secteur privé ne sont pas en mesure de répondre aux exigences nationales en matière d'enregistrement et ne sont donc pas inclus dans le registre des établissements. De plus, les mises à jour du registre des établissements ne sont effectuées qu'une fois par an, ce qui crée un long retard pour l'ajout de nouveaux établissements dans le DHIS2.

### Recommandations :

- Soutenir une enquête dans le secteur privé pour identifier, géolocaliser et rassembler des informations clés sur les établissements de santé privés en RDC, y compris les pharmacies et les points de vente de médicaments, afin de faciliter leur participation au DHIS2. Cela pourrait être effectué dans le cadre de la cartographie prévue de la DPM des parties prenantes de la chaîne d'approvisionnement privée.
- Recueillir des informations sur ce qui empêche l'enregistrement officiel des établissements et identifier les réformes nécessaires pour mettre à jour plus régulièrement le registre national des établissements afin d'intégrer les établissements les plus récents, ceux qui ont déménagé et ceux qui ont fermé ; ces informations peuvent être utilisées pour relier rapidement de nouveaux établissements au DHIS2 et pour soutenir la mise en œuvre d'un nouvel eSIGL.

Ces activités pourraient être mises en œuvre en partenariat avec l'ASPS, comme cela a été fait au Sénégal.

## Améliorer la convivialité et la pertinence des données du DHIS2 pour la supervision du secteur privé

**Constatation :** Parmi les établissements enregistrés dans le DHIS2, un nombre significatif ne sont pas classés comme étant publics ou privés, ou encore des organisations confessionnelles. Les options actuelles (public, privé, organisation confessionnelle) limitent également la compréhension des différences entre les secteurs privés

à but lucratif et à but non lucratif. En outre, il n'y a pas de rapports récurrents générés en interne pour offrir aux décideurs un aperçu des différences entre la fourniture de services dans le public et dans le privé. Le *Health Data Collaborative* soutient les efforts des pays pour améliorer la qualité et l'utilisation des données de santé, et dispose de ressources pour soutenir des activités telles que l'harmonisation des ensembles de données incompatibles, le développement de paquets de formation et l'utilisation efficace des données.

### Recommandations :

- Travailler avec les parties prenantes du DHIS2 pour créer des catégories plus spécifiques pour les établissements actuellement répertoriés comme étant « privés » (par exemple, à but non lucratif et à but lucratif) et s'assurer que tous les établissements enregistrés dans le DHIS2 sont correctement libellés public, organisation confessionnelle, sans but lucratif ou à but lucratif.
- Travailler avec le MSP pour élaborer des rapports réguliers qui mettent en évidence les différences sectorielles et les défis et réussites propres au secteur privé. Le MSP pourrait contacter le *Health Data Collaborative* pour obtenir des ressources supplémentaires afin d'améliorer la fonctionnalité globale et l'utilisation du système DHIS2.

## Préparer et distribuer des tableaux de bord de données simples et exploitables pour la prise de décisions dans le secteur privé

**Constatation :** Les prestataires privés et les responsables des programmes des partenaires d'exécution ont souligné le manque de retour d'information. Vraisemblablement, les problèmes qui sont identifiés dans les établissements publics par le biais des rapports de routine sont corrigés par l'action du MSP dans son rôle d'intendant des établissements de santé publique. Cependant, les établissements privés ne reçoivent aucun type de retour d'information ou de rapport concernant leur performance par rapport à d'autres établissements ou au fil du temps. IMA World Health travaille sur des tableaux de bord simples qui peuvent être générés automatiquement et partagés avec les établissements pour répondre aux préoccupations concernant les données de flux actuelles pour la prise de décisions. Donner un retour aux pres-

tataires privés les motive à participer à la production de rapports et leur permet de tirer des leçons de leurs propres données.

**Recommandation :** Soutenir le développement et la distribution de tableaux de bord contenant des données simples et exploitables pour les établissements privés afin d'améliorer la qualité et la rapidité des rapports du secteur privé ; travailler avec IMA World Health pour identifier les indicateurs les plus désirés, les plus pertinents et les plus réalisables pour les établissements privés individuels.

### Établir un SIGL et trouver une solution pour intégrer le secteur privé

**Constatation :** Les rapports actuels du secteur privé sur le SIGL sont limités, contraignants et en grande partie sur papier, ce qui conduit à un manqué de disponibilité et de précision des données. Bien que les réformes du DHIS2 puissent aider à résoudre certains problèmes liés aux données, le DHIS2 ne constitue pas une solution universelle. Il est moins habile à gérer les inventaires complexes infranationaux, les commandes, l'assurance qualité, la gestion des flottes, la distribution et d'autres tâches logistiques. Pour combler les lacunes en matière de logistique et de gestion des stocks, de nombreux pays s'orientent vers l'utilisation d'une plateforme séparée et interopérable pour le SIGL, comme OpenLMIS. Le développement d'une plateforme pour le SIGL et son intégration au système DHIS2 pourraient donner un aperçu plus nuancé de l'interaction complexe entre l'offre / la distribution de produits de base et la fourniture de services. Tandis que le secteur public pourrait gérer le SIGL, il devrait également engager le secteur privé pour faire de l'effort un succès et améliorer l'utilité du système. Le gouvernement et les bailleurs devraient explorer les mesures incitatives du secteur privé pour assurer leur participation. Pour cela, il leur est recommandé de s'appuyer sur les leçons tirées de la mise en œuvre d'OpenLMIS par VillageReach et de travailler avec le FNUAP pour évaluer tous les pilotes électroniques du SIGL en cours.

**Recommandation :** Renforcer la plateforme du SIGL et l'intégrer au DHIS2 pour aider à résoudre les difficultés omniprésentes de la chaîne d'approvisionnement, telles que la fraude, les ruptures de stock et le gaspillage dans les secteurs public et privé.

### Évaluer, harmoniser et agréger la demande de services de santé numérique dans le secteur de la santé

**Constatation :** Il existe de nombreux partenaires d'exécution qui travaillent en RDC et s'appuient sur des méthodes numériques pour communiquer avec les bénéficiaires, transmettre et collecter des données, gérer la supervision d'appui, former les travailleurs de santé et les agents communautaires, et gérer les services financiers. Cependant, il ne semble pas exister d'approche coordonnée pour établir des partenariats avec les organismes de télécommunication dans le cadre de ces efforts et de nombreux contrats de services de santé faiblement dimensionnés co-existent. Certaines entreprises telles qu'Orange, Vodacom, Airtel et Africell sont rarement sollicitées pour aider à développer des solutions numériques à des problèmes de santé omniprésents, mais sont plutôt approchées par chaque organisation indépendamment par rapport à des besoins isolés. Cela crée des inefficacités à la fois pour l'organisation de la santé, qui pourrait autrement coordonner et agréger la demande de services et de produits numériques, et l'opérateur mobile, qui doit réinventer ou commercialiser des services à petite échelle et gérer de nombreux contrats distincts. Un domaine potentiel de collaboration est la création d'un double rôle pour les agents de santé en tant qu'agents d'argent mobile. Cela pourrait générer plus de revenus et promouvoir l'inclusion financière numérique, tout en fournissant une sensibilisation de la communauté autour de sujets de santé critiques. Les projets pourraient s'engager à promouvoir et à utiliser des services d'opérateurs spécifiques, et les opérateurs pourraient fournir des frais moins élevés en échange de l'utilisation exclusive de leur plateforme.

**Recommandation :** Enquêter sur les acteurs de la santé pour identifier et hiérarchiser les intérêts, les défis, les capacités et les besoins en solutions de santé numériques. Réunir les partenaires d'exécution, les organismes de télécommunication, ainsi que les fournisseurs du secteur public et du secteur privé pour construire un réseau de la santé numérique, une entité qui harmonise les différentes approches de la communication numérique et diffuse des stratégies pour les principales priorités de santé. Aider le MSP et les bailleurs à convoquer des réunions semestrielles du Réseau de la santé numérique pour prioriser et harmoniser les solutions numériques aux besoins de santé agrégés pour la collecte de données, la transmission de données, la supervision formative et la communication sanitaire, entre autres. Le Réseau de

la santé numérique pourrait également faciliter le développement et/ou l'harmonisation de plateformes interopérables pour la collecte de données, l'analyse, la communication, la supervision de soutien et d'autres priorités clés en matière de santé.

### Explorer les opportunités de créer des partenariats avec les sociétés de télécommunication pour renforcer la sensibilisation et la compréhension des urgences, des produits et des services sanitaires

**Constatation :** Les sociétés comme Orange, Vodacom, Airtel et Africell disposent de vastes réseaux physiques, virtuels et humains en RDC qui seraient susceptibles d'être exploités pour améliorer les communications à l'échelle nationale pour les situations sanitaires d'urgence et prioritaires, telles que la crise d'Ébola, ou pour certains produits et services de santé de première nécessité. Toutefois, la coordination entre les acteurs de la santé du secteur public et ceux du secteur privé est insuffisante pour assurer une communication avec les bénéficiaires et diffuser des informations dans les zones de santé clés. Il peut en résulter des messages peu clairs ou redondants, ainsi qu'un affaiblissement de leur impact sur les comportements.

**Recommandation :** À la suite du premier atelier sur la santé numérique en RDC, organiser une session plus ciblée pour discuter des besoins de services numériques pour la communication des informations sanitaires et les implications d'un partenariat.

### Explorer les opportunités de créer des partenariats avec les sociétés de télécommunication afin d'améliorer la collecte et la transmission de données

**Constatation :** La saisie et la transmission des données dans le DHIS2 se font actuellement au niveau de la zone de santé (516 sites) et, par conséquent, la connectivité Internet et mobile n'est pas un problème urgent pour les fournisseurs privés. Cependant, la connectivité pour la transmission de données était l'un des défis les plus importants relevés par la Division SNIS, ainsi que par les

dirigeants provinciaux. La lenteur des données due à une mauvaise connectivité peut retarder considérablement la prise de décision et est particulièrement problématique dans les épidémies en évolution rapide. En outre, MEASURE Evaluation étudie la possibilité de décentraliser la saisie et la transmission des données au niveau des établissements de santé, ce qui signifie qu'une solution de connectivité plus étendue sera probablement nécessaire au cours des cinq prochaines années. L'amélioration de l'infrastructure de télécommunications doit faire partie des priorités dans les négociations entre les opérateurs de réseau mobile et le MSP. Un PPP entre les opérateurs de réseaux mobiles, les partenaires de mise en œuvre et le MSP peut aider à répondre au problème complexe de la connectivité des données.

**Recommandation :** Après la première réunion du groupe de travail sur la santé numérique en RDC, organiser une session plus ciblée pour discuter des besoins de santé numérique pour la collecte et la transmission de données, ainsi que les implications d'un partenariat.

### Garantir l'intégration du secteur privé au nouveau tableau de bord du projet IHP

**Constatation :** Le projet IHP est en train d'introduire un tableau de bord pour les prises de décisions en matière de programme de santé. Ce système s'appuiera sur des techniques avancées de visualisation et d'organisation permettant de fournir des données concrètes en temps opportun issues des niveaux centraux, des provinces, des zones de santé, des établissements et des communautés, tout en respectant l'engagement de ne pas créer de systèmes parallèles et de ne pas effectuer le travail en double. Le projet IHP est axé sur le secteur public et les données sur le secteur privé n'ont peut-être pas été suffisamment prises en compte au cours de la période de soumission.

**Recommandation :** Étudier la possibilité d'intégrer les indicateurs pertinents du secteur privé à ce tableau de bord au moment de sa conception afin que ce tableau de bord puisse être applicable à l'ensemble du système de santé.

## 9. Feuille de Route Pour L'action à L'horizon de Trois Ans

Lors de l'atelier de validation à Kinshasa, les participants des parties prenantes publiques et privées ont validé la feuille de route pour l'action de trois ans développée sur

la base des recommandations décrites ci-avant. Les participants ont hiérarchisé quelques activités clés par pilier, mises en évidence en bleu.

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année								
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4					
			Leadership et gouvernance																
<b>1</b>	<b>Soutenir l'établissement d'un Ordre des Sages-Femmes</b>																		
1.1	Organisation de réunions de plaidoyer avec la Société Congolaise de la Pratique Sage-Femme (SCPSF) et le MSP	SCPSF, MSP	X	X	X	X													
1.2	Aide à la définition du cadre juridique de l'Ordre	SCPSF, MSP				X	X												
1.3	Création de l'Ordre à Kinshasa	SCPSF, MSP								X	X								
1.4	Déploiement de l'Ordre dans les provinces	SCPSF, MSP										X	X	X	X	X	X		
1.5	Création d'une base de données et d'un site Internet pour l'Ordre des Sages-Femmes									X	X	X	X	X	X	X			
1.6	Organisation de réunions en vue d'encourager les sages-femmes à s'inscrire auprès de l'Ordre	SCPSF, MSP								X	X	X	X	X	X	X			
<b>2</b>	<b>Effectuer un examen juridique et réglementaire pour identifier les articles réglementaires nécessitant une réforme en lien avec le secteur privé de la santé</b>																		
2.1	Définition et approbation du périmètre de travail de l'examen juridique et réglementaire	ASPS, MSP				X													
2.2	Réalisation de l'examen juridique et réglementaire	ASPS, MSP				X													
2.3	Organisation d'une réunion avec le MSP et l'ASPS pour définir les priorités en matière de changements juridiques et identifier les prochaines étapes	ASPS					X	X											
2.4	Organisation d'une réunion de plaidoyer avec le MSP et l'APSP pour changer les lois	ASPS, MSP					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
2.5	Assistance à l'ASPS pour diffuser les nouvelles lois et les nouveaux règlements dans le secteur privé.	ASPS																	X
<b>3</b>	<b>Soutenir l'ASPS pour l'aider à affirmer et à assumer son rôle de leadership au sein du secteur privé et au sein du gouvernement</b>																		
3.1	Réalisation d'une analyse institutionnelle et en fonction de points de référence pour évaluer les performances, ainsi que les besoins financiers, programmatiques et organisationnels de l'ASPS	ASPS				X	X												
3.2	Élaboration d'un plan adapté de renforcement des capacités	ASPS, MSP								X	X								
3.3	Élaboration d'un plan de plaidoyer de l'ASPS axé sur les questions prioritaires, telles que la qualité, l'imposition et les ressources partagées avec le secteur public	ASPS										X	X	X	X	X			



3.4	Création d'une base de données, d'un site Internet et de comptes sur les médias sociaux pour l'ASPS	SCPSF, MSP				X	X	X
3.5	Examen de la liste des membres de l'ASPS afin d'identifier les groupes non représentés	ASPS	X					
3.6	Élaboration d'un plan de mobilisation de ressources	ASPS		X				
3.7	Création de branches régionales de l'ASPS pour répondre aux priorités sanitaires de chaque région	ASPS, MSP			X		X	X
3.8	Création d'un lien entre l'ASPS, la Fédération d'Afrique centrale et la Fédération des soins de santé en Afrique	ASPS				X		X
<b>4</b>	<b>Renforcer et exploiter les capacités de l'ASPS afin qu'elle apporte de la valeur ajoutée au secteur privé de la santé (y compris par le biais d'activités de formations commerciales détaillées ici)</b>							
4.1	Définition de directives et de listes de contrôle pour les prestataires afin qu'ils comprennent les exigences réglementaires liées au maintien de leur agrément professionnel et qu'ils s'assurent que leur activité de prestation de soins de santé soit correctement enregistrée	MSP, Ordres, ASPS	X					
4.2	Gestion d'une base de données des membres que les institutions financières (IF) peuvent consulter afin de contrôler les licences/agréments des prestataires cherchant à emprunter auprès de leur établissement	ASPS		X	X	X	X	X
4.3	Organisation d'un forum afin que les IF et les prestataires privés puissent évoquer leurs préoccupations	ASPS, Ordres	X	X	X	X	X	X
4.4	Organisation de foires commerciales pour rapprocher les prestataires de santé des IF et des autres fournisseurs d'intrants commerciaux	ASPS, IF, sociétés privées		X		X		X
4.5	Appui d'études sectorielles concernant notamment les moyens d'améliorer la fourniture et la maintenance des équipements médicaux en RDC, ou l'identification des besoins spécifiques de financement des organisations confessionnelles (OC) ou des femmes exerçant une activité de prestataire	ASPS		X				X
4.6	Évaluation de la possibilité de structurer un instrument d'atténuation des risques, tel qu'un fonds de garantie mutuel, dont pourraient bénéficier les membres de l'ASPS respectant certaines exigences minimales	ASPS			X		X	X

(continue en page 98)

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année									
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4						
<b>5</b>	<b>Lancement de forums de dialogue public-privé aux niveaux national et du district</b>																			
5.1	Formation d'un comité technique réduit au niveau national qui se réunira tous les mois ou tous les trimestres	CNP-SS, ASPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5.2	Instauration de forums de dialogue public-privé au niveau des zones de santé 1) en organisant des formations de formateurs avec le personnel des DPS qui ensuite 2) redéfiniront les plateformes de zone de santé (ZS) existantes avec les parties prenantes du secteur public et du secteur privé	DPS, ASPS, ZS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5.3	Création d'outils de communication et de sensibilisation pour soutenir les forums	ASPS, MSP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>6</b>	<b>Parvenir à la finalisation de la convention des organisations professionnelles</b>																			
6.1	Organisation de réunions avec les OC et le MSP pour finaliser le protocole d'accord avec les OC	OC, MSP	X	X																
<b>7</b>	<b>Renforcer la capacité du MSP pour tirer un meilleur parti des PPP</b>																			
7.1	Lancement d'une cellule du secteur privé qui rend directement compte au Secrétaire Général	MSP – Dir. de Partenariat	X	X																
7.2	Clarification du rôle de la Division de Partenariat et contractualisation au sein de la Direction de Soins et Partenariat avec la cellule du secteur privé proposée	MSP – Dir. de Partenariat	X	X	X	X														
<b>8</b>	<b>Élaborer une stratégie de PPP en matière de santé pour guider les activités de partenariat du MSP</b>																			
8.1	Organisation de réunions pour définir une stratégie de PPP pour la santé alignée sur le Vadé Mécum du Partenariat	MSP, ASPS	X	X	X	X														
8.2	Construction d'un modèle pour évaluer les PPP potentiels et formation du personnel du MSP à son utilisation	MSP, ASPS	X	X																
8.3	Établissement d'une liste préliminaire de PPP à envisager	MSP, ASPS	X	X																
<b>9</b>	<b>Collaborer avec les laboratoires pharmaceutiques et les sociétés spécialisées dans le matériel médical afin d'améliorer l'accès aux services de santé et la qualité de leur fourniture</b>																			
9.1	Évaluation des dispositifs pharmaceutiques et médicaux prometteurs qui doivent être introduits/étendus	MSP, sociétés privées	X	X																
9.2	Organisation de rencontres individuelles avec les fabricants de dispositifs pharmaceutiques et médicaux prometteurs afin d'évoquer les possibilités de partenariat (en fonction des besoins)	MSP, sociétés privées	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Travailler en partenariat avec des entreprises qui développent et lancent à titre expérimental des technologies pouvant être appliquées au sein du système de santé		Prestation de services												
10	10.1	Organisation de réunions selon les besoins afin de consulter les sociétés technologiques au moment d'envisager la mise en œuvre de nouveaux programmes et/ou réformes pour le système de santé (certaines opportunités de collaboration spécifiques sont décrites dans les Activités 41, 47, 48 et 49)	MSP, ASPS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	<b>Collecter des informations supplémentaires sur la prestation de service dans le secteur privé</b>													
11.1	Intégration des questions liées au secteur privé dans les études à venir et investissement dans des études complémentaires	MSP, ASPS, CNOS, INGO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	<b>Renforcer l'accès des prestataires privés aux formations cliniques, en particulier en matière de planification familiale (PF)</b>													
12.1	Identification des prestataires privés susceptibles d'avoir besoin de formation clinique en PF ou dans d'autres domaines prioritaires de la santé grâce aux indicateurs sur la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant définis dans le DHIS2, ou en utilisant un autre moyen d'identification	MSP, ASPS, CNOS	X	X										
12.2	Définition d'un programme pilote « cibler et former » en partenariat avec PSI et l'ABEF en vue d'une formation clinique rapide, regroupée et équitablement répartie entre les régions et les différents types de prestataires	MSP, ABEF		X	X									
12.3	Mise en œuvre d'un programme de formation et suivi des changements intervenant dans les principaux indicateurs de résultat	MSP, ABEF			X	X	X	X	X	X				
13	<b>Investir dans des programmes de PF dans le secteur privé</b>													
13.1	Évaluation de la faisabilité et du rapport coûts/bénéfices de la mise en œuvre d'un programme de bons pour la PF qui stimulera à la fois l'offre et la demande de services de PF dans les établissements privés	MSP, ASPS	X	X	X									
13.2	Activités en partenariat avec les prestataires privés pour déterminer la façon dont ils peuvent soutenir et participer à ces stratégies	MSP, ASPS		X	X									
13.3	Pilotage, surveillance/évaluation de l'atteinte des objectifs, ajustement/dimensionnement du/des programmes(s) et suivi des indicateurs clés de la PF	MSP, ASPS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(continue en page 100)

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
14	Tirer parti d'une approche intégrée à quatre volets pour améliorer la prise en charge des maladies d'enfance (Lubumbashi)													
14.1	Offre													
14.1.1	Travaux d'évaluation des goulots d'étranglement dans la chaîne d'approvisionnement du secteur privé pour les produits essentiels liés à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et destinés aux prestataires, pharmacies et points de vente de médicaments privés dans le but de déterminer la disponibilité des produits de PCIME dans le secteur privé	MSP, ASPS, FEC	X											
14.1.2	En fonction des résultats de l'évaluation de la chaîne d'approvisionnement, conduite d'initiatives avec les fabricants/importateur/distributeurs/grossistes du secteur privé (identifiés grâce à l'évaluation d'ensemble décrite dans l'activité 13.1.5) afin de développer/améliorer les systèmes standard de réapprovisionnement et veiller ainsi à ce que les produits circulent efficacement dans la chaîne d'approvisionnement en fonction des besoins du secteur privé	MSP, FEDECAME, ASPS, FEC		X										
14.1.3	Formation des prestataires, des pharmaciens et des agents des points de vente de médicaments du secteur privé aux principes fondamentaux de la chaîne d'approvisionnement et aux processus de réapprovisionnement	MSP				X								X
14.1.4	Apport d'un soutien à la FEDECAME pour renforcer la quantification et la coordination des achats au niveau national des produits essentiels de PCIME	PNAME, FEDECAME, ONG internationales				X								X
14.1.5	Évaluation d'ensemble des fabricants/importateurs/distributeurs/grossistes de produits essentiels de PCIME au niveau local, comprenant notamment une cartographie des principaux fournisseurs/distributeurs et du processus de distribution, ainsi que des différents obstacles en matière de disponibilité	MSP, ASPS	X											X

		MSP, ONG, ASPs	X	X	X	X
14.1.6	Présentation d'une analyse de rentabilité aux fabricants/importateurs/distributeurs/grossistes locaux en mettant en évidence les estimations de la demande de produits essentiels de PCIME, y compris pour les achats effectués par le gouvernement/les institutions					
14.1.7	Création et organisation d'un forum annuel des fournisseurs réunissant les fabricants/importateurs/distributeurs/grossistes/détaillants locaux (propriétaires de points de vente de médicaments) de produits essentiels de PCIME	MSP	X	X	X	X
14.2	Création de la demande					
14.2.1	Analyse de la situation pour cerner les connaissances des prestataires de soins et des praticiens en matière de pratiques de soins pour la PCIME	MSP	X	X	X	X
14.2.2	Identification des objectifs concernant les groupes de population cibles et les changements de comportements spécifiques	MSP	X	X	X	X
14.2.3	Développement des messages clés	MSP	X	X	X	X
14.2.4	Choix des activités et des actions	MSP	X	X	X	X
14.2.5	Mise en œuvre et évaluation de la campagne de création de la demande pour les produits de PCIME	MSP	X	X	X	X
14.3	Renforcement des capacités					
14.3.1	Initiatives visant à s'assurer que l'ensemble des ZS disposent des directives et de la documentation en matière de PCIME pour tous les établissements de santé privés	MSP, ASPs	X	X	X	X
14.3.2	Organisation de formations par type de professionnels de la santé (prestataires privés, pharmaciens et agents de vente)	MSP, ASPs	X	X	X	X
14.3.3	Définition/mise en place d'un système de supervision d'appui pour les cadres du secteur privé de la santé afin de renforcer les connaissances/compétences des pharmaciens et des agents de ventes en particulier	MSP, ASPs	X	X	X	X
14.3.4	Rassemblement de données grâce aux activités de supervision d'appui pour le suivi des besoins de formation supplémentaire des pharmaciens et des agents de vente	MSP, ASPs	X	X	X	X
14.3.5	Déploiement d'un processus d'agrément pour les pharmaciens et agents de vente formés	MSP, ASPs	X	X	X	X

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
15	<b>Accroître l'engagement du secteur privé dans les programmes de nutrition (Lubumbashi)</b>													
15.1	Organisation et mise en place d'un réseau dédié à la nutrition pour le secteur privé étayé de réunions annuelles pour stimuler l'engagement du secteur privé vis-à-vis des produits nutritionnels fabriqués localement, et éventuellement afin d'impliquer le secteur privé dans le transport des produits thérapeutiques vers les zones difficilement accessibles ainsi que dans la promotion du développement des produits alimentaires locaux	MSP – PRONAUT/ UNICEF, ASPS, FEC	X				X							X
15.2	Analyse permettant d'identifier les produits alimentaires nutritifs locaux préemballés existants et vendus actuellement dans les cliniques privées de Lubumbashi	MSP – PRONAUT, ASPS, FEC, sociétés privées	X											
15.3	En fonction de l'analyse menée, détermination de la viabilité de l'implication des fournisseurs privés dans le conditionnement en petites quantités de produits de grande qualité et hautement nutritifs en contrepartie d'activités de création de la demande soutenues par le gouvernement et promouvant ce type d'aliments	MSP – PRONAUT, sociétés privées			X									
15.4	Selon les résultats de l'analyse de viabilité, organisation de rencontres individuelles afin d'évoquer les possibilités spécifiques de partenariats (selon les besoins)	MSP – PRONAUT, FEC, sociétés privées					X		X	X	X	X	X	X

### Accès aux médicaments essentiels

16	<b>Continuer de fournir un soutien technique au système de la FEDECAME</b>													
16.1	Organisation de réunions, selon les besoins, pour identifier les différentes possibilités d'apporter une assistance technique pour le contrôle des coûts, la commercialisation et la gestion des risques liés aux créances irrécouvrables, aux phénomènes de surstockage, à la concurrence et à la gouvernance dans les programmes d'appui des partenaires	MSP – DPM					X				X	X	X	X

<b>17</b>	<b>Soutenir les CDR pour mieux gérer le risque de créances irrécouvrables</b>								
17.1	Organisation de réunions avec le réseau de la FEDECAME et les partenaires pour rechercher des moyens d'améliorer leur accès à des capitaux pour le financement de leurs activités et identifier des moyens permettant de minimiser les risques liés aux créances irrécouvrables	MSP – DPM	X					X	
<b>18</b>	<b>Encourager la collaboration parmi les bailleurs, les ONG internationales et le système de la FEDECAME</b>								
18.1	Organisation de réunions de coordination, selon les besoins, avec la FEDECAME, le PNAME et d'autres parties prenantes pour soutenir les prévisions des besoins, des achats et de la distribution, et amélioration de la planification dans les CDR et de la réduction des risques	PNAME, FEDECAME, ONG internationales	X				X		X
18.2	Poursuite et/ou extension des pratiques existantes en matière de sous-traitance du stockage et de distribution vers les CDR	PNAME, FEDECAME, ONG internationales	X	X	X	X	X	X	X
<b>19</b>	<b>Investir dans la capacité logistique de la chaîne d'approvisionnement</b>								
19.1	Analyse régionale du secteur des transport	MSP–DPM, PNAME	X	X					
19.2	Renforcement de capacités ciblées pour les sociétés disposant des réseaux de distribution les plus importants et les mieux gérés pour les opérations de transport de médicaments (par exemple, diffusion des exigences, construction de capacités pour la chaîne du froid, et ainsi de suite.)	MSP–DPM, PNAME	X	X	X	X	X	X	X
19.3	Présélection des sociétés amenées à travailler avec le gouvernement et les autres parties prenantes (par exemple, les CDR, les grossistes privés, les ONG internationales)	MSP–DPM, PNAM					X		X
<b>20</b>	<b>Réformer le secteur pharmaceutique commercial de manière approfondie</b>								
20.1	Définition d'un nouveau champ de pratique pour les points de vente de médicaments de deuxième niveau incluant un programme de formation pour les opérateurs de point de vente de médicaments	MSP–DPM, Ordre des Pharmaciens, écoles de médecine, ASPS	X	X	X				
20.2	Examen participatif et définition de règlements sur les pratiques des grossistes pharmaceutiques pour soutenir le nouveau champ de pratique des points de vente de médicaments de deuxième niveau	MSP–DPM	X	X	X			X	X

(continue en page 104)

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année					
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
20.3	Organisation de formations et apport d'un appui pour aider les points de vente actuels à s'adapter au nouveau champ de pratique	MSP-DPM, Ordre des Pharmaciens, ASPs								X	X	X	X	X	X	X
20.4	Conception et mise en oeuvre de campagnes de communication à destination du public concernant le nouveau champ des points de vente de médicaments et les risques liés aux médicaments répondant à des normes inférieures	MSP-DPM, agences de communication sous contrat								X	X	X	X	X	X	X
20.5	Renforcement des capacités logistiques et de mise en application de la DPM	MSP, IGS, Ministère de la Justice								X	X	X	X	X	X	X
20.6	Inspection et fermeture des points de ventes de médicaments et grossistes non conformes	MSP, IGS, Ministère de la Justice								X	X	X	X	X	X	X
20.7	Plaidoyer pour une affectation budgétaire à long terme permettant d'initier et entretenir une surveillance des points de vente de médicaments par le gouvernement	MSP, IGS, Ministère des Finances								X	X	X	X	X	X	X
<b>21</b>	<b>Encourager la création de réseaux de pharmacies et de points de vente de médicaments</b>															
21.1	Organisation de réunions, selon les besoins, avec les grandes pharmacies pour un plaidoyer en faveur de l'extension des réseaux de points de vente de médicaments	MSP, Ordre des Pharmaciens, ASPs								X	X	X	X	X	X	X
21.2	Plaidoyer avec les banques et les bailleurs de fonds pour une amélioration de l'accès aux financements destinés à soutenir l'extension des réseaux de points de vente de médicaments (selon les besoins)	Ordres des Pharmaciens, ASPs, banques commerciales								X	X	X	X	X	X	X
<b>22</b>	<b>Évaluer la faisabilité de réviser les régimes douanier et fiscal pour encourager la fabrication au niveau local</b>															
22.1	Évaluation de la faisabilité d'une révision des régimes douaniers et fiscaux afin d'encourager les fabricants locaux	Ministère des Finances, MSP, ASPs								X	X	X	X	X	X	X
22.2	Plaidoyer pour une réforme du régime douanier/d'imposition des importations	Ministère des Finances, MSP, ASPs								X	X	X	X	X	X	X



	<b>Fournir un soutien technique aux fabricants locaux et internationaux ayant le plus de potentiel</b>								
23	<b>23.1</b>	Étude de marché visant à identifier les médicaments les plus susceptibles d'être achetés localement par les organisations internationales et détermination des lieux susceptibles de procurer les meilleurs avantages concurrentiels aux fabricants	MSP-DPM, OMS	X	X				
	<b>23.2</b>	Identification des possibilités pour les fabricants internationaux d'investir pour l'ouverture d'une usine locale de fabrication en RDC	MSP-DPM, OMS, IFC						
	<b>23.3</b>	Apport d'une assistance technique et d'un soutien pour l'assurance qualité technique aux fabricants locaux et internationaux	MSP-DPM, OMS, IFC	X	X	X	X	X	X

**24 Construire une base de données consultable pour les médicaments enregistrés et concevoir une méthode de lutte contre les contrefaçons**

	<b>24.1</b>	Conversion en base de données interactive et acceptant les requêtes des listes de médicaments enregistrées existantes et disponibles au format PDF sur le site Internet de la DPM	MSP-DPM, PNAME	X	X	X			
	<b>24.2</b>	Organisation de rencontres avec les fabricants pharmaceutiques, les autorités de réglementation/pharmacovigilance et les partenaires technologiques potentiels (mPedigree) pour évoquer l'importance, la portée et les besoins spécifiques liés à l'amélioration du suivi, ainsi que les solutions de lutte contre la contrefaçon	MSP-DPM, PNAME	X	X	X			
	<b>24.3</b>	Investissement dans une solution de lutte contre la contrefaçon et de surveillance pharmaceutique, et déploiement de cette solution	MSP-DPM			X	X	X	X

**Financement**

**FINANCEMENT DE LA SANTÉ**

**25 Accroître l'engagement des mutuelles et des autres mécanismes de financement de la santé**

	<b>25.1</b>	Examen de la réglementation et des politiques concernées, et résumé des principaux sujets/domaines d'implication des mutuelles et autres mécanismes de financement de la santé	MSP-PNPMS, POMUCO, UMUSAC	X					
--	-------------	--	---------------------------	---	--	--	--	--	--

(continue en page 106)

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année							
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
25.2	Identification des parties prenantes (gouvernement, société civile, employeurs, mutuelle et autres programmes de financement de la santé, partenaires de développement, et ainsi de suite.) qui participeront aux différents forums de plaidoyer	MSP-PNPMS, POMUCO, UMUSAC	X	X														
25.3	Organisation d'une enquête/d'entretiens auprès des parties prenantes dans le but de définir les priorités permettant d'accroître la participation du secteur privé dans les mutuelles et les autres programmes de financement de la santé	MSP-PNPMS, POMUCO, UMUSAC		X	X													
25.4	Préparation/validation du plan d'action et des objectifs pour un plaidoyer en faveur de l'implication des mutuelles et des autres programmes de financement de la santé	MSP-PNPMS, POMUCO, UMUSAC			X	X												
25.5	Organisation de forums et d'activités de plaidoyer et de la participation à ces forums	MSP-PNPMS, POMUCO, UMUSAC				X	X											X
<b>26</b>	<b>Renforcer les programmes de financement de la santé</b>																	
26.1	Rassemblement des parties prenantes pour hiérarchiser les besoins en matière de renforcement de capacités pour les mutuelles, les autres programmes de financement de la santé et les organisations concernées les soutenant	MSP, POMUCO (CGAT), UMUSAC	X															
26.2	Identification des initiatives d'assistance technique en collaboration avec les organisations soutenant les mutuelles et les autres programmes de financement de la santé	MSP, POMUCO (CGAT), UMUSAC		X	X													
26.3	Mise en œuvre de l'assistance technique pour les mutuelles et les autres programmes de financement de la santé	MSP, POMUCO (Centre de Gestion de Risque et d'Accompagnement Technique des Mutuelles de Santé ; (CGAT), UMUSAC				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

26.4	Identification d'entreprises accordant les avantages sociaux et/ou des administrateurs tiers (AT) pour contribuer à une plus grande couverture et à une meilleure efficacité des programmes d'avantages sociaux au profit des employés	MSP, FEC ou employeur, à déterminer ; AT à déterminer	X	X
26.5	Identification des initiatives d'assistance technique avec l'entreprise accordant les programmes d'avantages sociaux	MSP, FEC ou employeur, à déterminer ; AT à déterminer	X	X
26.6	Mise en œuvre de l'assistance technique avec l'entreprise offrant les programmes d'avantages sociaux//AT	MSP, FEC ou employeur, à déterminer ; AT à déterminer	X	X
<b>27</b>	<b>Travailler avec les programmes de financement de la santé pour couvrir les services de PF et préventifs</b>			
27.1	Enquête auprès des principaux programmes de mutuelle et employeurs pour constituer une documentation sur la couverture des services de PF et de santé préventive	MSP, POMUCO, UMUSAC, FEC	X	X
27.2	Développement/évaluation d'une analyse de rentabilité pour l'extension de la couverture des services de PF et de santé préventive	MSP, POMUCO, UMUSAC, FEC	X	X
27.3	Élaboration et mise en œuvre d'un plan de plaidoyer visant à soutenir l'extension de la couverture des services de PF et de santé préventive	MSP, POMUCO, UMUSAC, FEC, ASPS	X	X
<b>28</b>	<b>S'appuyer sur les leçons tirées de l'expérience des programmes de financement de la santé existants</b>			
28.1	Constitution d'une documentation sur l'expérience des programmes de financement de la santé existants, y compris la MESP	POMUCO, UMUSAC, MESP, MSP, ASPS, Ordres	X	X
28.2	Synthèse et diffusion des leçons apprises par les programmes de financement de la santé existants, y compris la MESP, en vue du développement et du dimensionnement de la couverture	POMUCO, UMUSAC, MESP, MSP, ASPS, Ordres	X	X
28.3	Identification des domaines potentiels d'assistance technique pour aider les programmes de financement de la santé, y compris la MESP, à étendre leur couverture et à améliorer leur pérennité financière	POMUCO, UMUSAC, MESP, MSP	X	X

(continue en page 108)

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année				
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
28.4	Mise en œuvre de l'assistance technique	POMUCO, UMUSAC, MESP, MSP					X	X	X	X	X	X	X	X	X
28.5	Étude de cas de démonstration pour l'extension de la couverture d'assurance en se basant sur l'expérience des programmes de financement de la santé existants	POMUCO, UMUSAC, MESP, MSP													X
28.6	Diffusion de l'étude de cas de démonstration	POMUCO, UMUSAC, MESP, MSP													X
<b>29</b>	<b>Renforcer la capacité des prestataires privés à participer aux initiatives de financement de la santé</b>														
29.1	Choix du lieu pour le pilotage du projet d'engagement des prestataires privés (et/ou à but lucratif) dans les initiatives de financement de la santé	MSP, ASPs, OC				X									
29.2	Identification du groupe/des groupes de prestataires susceptibles de constituer un réseau pour les prestataires privés	MSP, ASPs, OC				X	X								
29.3	Définition des objectifs et des orientations de l'assistance technique avec les prestataires retenus	MSP, ASPs, OC							X						
29.4	Élaboration d'un plan de travail et détermination d'une assistance technique (par exemple, initiatives pour les protocoles de traitement, les mécanismes de paiement, les normes en matière de facturation)	MSP, ASPs, OC							X						
29.5	Mise en œuvre de l'assistance technique	MSP, ASPs, OC								X	X	X	X	X	X
29.6	Évaluation rapide pour identifier l'entreprise accordant le programme des avantages sociaux et/ou les administrateurs tiers en vue d'une collaboration avec le réseau de prestataires privés afin de fournir des services de santé de meilleure qualité et plus efficaces	MSP, entreprises accordant des avantages sociaux, administrateurs tiers, réseaux de prestataires									X	X	X	X	X
29.7	Mise en place d'un protocole d'accord pour le partenariat entre un réseau de prestataires privés et une entreprise offrant un programme d'avantages sociaux et/ou des administrateurs tiers	MSP, entreprises accordant des avantages sociaux, administrateurs tiers, réseaux de prestataires													X

29.8 Apport d'une assistance technique pour soutenir le partenariat MSP, entreprises accordant des avantages sociaux, administrateurs tiers, réseaux de prestataires X X X X

30	Développer une culture de l'assurance				
30.1	Établissement d'un point de contact au niveau de l'ARCA et d'un groupe de travail pour la promotion du développement de la demande/de l'offre en matière d'assurance	ARCA, MSP, ASPs, Ordres	X		
30.2	Rassemblement du groupe de travail et développement du protocole d'accord pour les activités	ARCA, MSP, ASPs, Ordres	X	X	
30.3	Travail en collaboration avec l'ARCA pour sensibiliser les usagers à l'assurance maladie (par exemple, développement/pilotage de campagnes médiatiques visant à informer les usagers que l'assurance maladie peut constituer un moyen de protection précieux contre les risques de dépenses considérables liées aux soins de santé)	ARCA, MSP, ASPs, Ordres	X	X	X
30.4	Identification du/des meilleur(s) représentant(s) du secteur privé et élaboration d'un programme de plaidoyer à des fins de promotion et de valorisation du principe de l'assurance	ARCA, MSP, ASPs, Ordres	X		
30.5	Identification du produit d'assurance et du/des partenaire(s) potentiel(s) de distribution de ce produit d'assurance afin de définir l'assistance technique à apporter (par exemple, étude de marché, sensibilisation du marché) dans le but de lancer un produit d'assurance maladie simple	Assureurs privé et partenaire(s) potentiel(s) de distribution/technologique(s) (entreprises de télécommunication, IMF, coopératives)		X	X
30.6	Apport d'une assistance technique pour le lancement du produit d'assurance santé	Assureurs privé et partenaire(s) potentiel(s) de distribution/technologique(s) (entreprises de télécommunication, IMF, coopératives)		X	X

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année							
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
31	<b>Identifier le rôle du FBP pour l'amélioration de la performance des prestataires privés</b>																	
31.1	Recherche documentaire, entretiens visant à confirmer les initiatives en place et celles prévues en matière de FBP, concernant notamment le rôle des prestataires privés	MSP, ASPS				X												
31.2	Identification des possibilités pour les programmes actuels d'impliquer les prestataires privés	MSP, ASPS					X											
31.3	Réalisation de tests permettant de savoir si les programmes de FBP sont susceptibles de promouvoir la qualité et l'efficacité chez les prestataires privés, et le cas échéant, de quelle façon.	MSP, ASPS							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
31.4	Diffusion des constatations	MSP, ASPS																X

### ACCÈS AU FINANCEMENT

<b>Fournir une formation en gestion des affaires et en gestion financière, et des conseils aux prestataires de soins de santé privés</b>																			
32	<b>Fournir une formation en gestion des affaires et en gestion financière, et des conseils aux prestataires de soins de santé privés</b>																		
32.1	Évaluation des besoins des prestataires de santé privés en matière de formation commerciale	ASPS, Ordres, prestataire de services de développement des affaires (SDA)				X													
32.2	Élaboration d'un programme de formation basé sur l'évaluation des besoins et les résultats des premières sessions de formation	ASPS, Ordres, prestataires de SDA				X	X												
32.3	Organisation de sessions de formation commerciale pour les prestataires de santé privés et de sessions de formation de formateurs au sein des organisations professionnelles	ASPS, Ordres, prestataires de SDA					X												
32.4	Conseils individuels, en tête-à-tête, pour les prestataires ayant montré le plus haut potentiel d'amélioration de la qualité et d'expansion de leurs affaires	ASPS, Ordres, prestataires de SDA								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
32.5	Coordination de la formation commerciale et des activités de conseil avec les étapes de formation clinique et d'agrément recommandées pour le personnel de santé	ASPS, Ordres, prestataires de SDA								X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

<b>Travailler avec les établissements financiers pour étendre les prêts au secteur de la santé</b>										
33	33.1	Définition et mise en œuvre d'un ou plusieurs mécanismes de partage des risques, tels que la garantie de portefeuille de l'ACD de l'USAID ou d'autres types de fonds de garantie	Bailleurs, institutions financières, MSP, ASPs, Min. des Finances	X	X	X	X	X	X	X
	33.2	Recherche de possibilités permettant d'identifier et de mettre en œuvre des financements à moyen ou long terme pour les IF dans le but de mieux satisfaire les besoins de financement du secteur de la santé	Bailleurs, institutions financières, ASPs	X	X	X	X	X	X	X
	33.3	Assistance aux IF pour une évaluation des processus entraînant une plus grande efficacité en identifiant et en éliminant les faiblesses opérationnelles afin de réduire les coûts globaux	Institutions financières, IP	X	X	X	X	X	X	X
	33.4	Élaboration de produits financiers adaptés aux besoins des prestataires de santé privés en collaboration avec les IF	Institutions financières, IP	X	X	X	X	X	X	X
	33.5	Organisation de formations, et mise à disposition d'informations sur le secteur privé de la santé et d'une assistance technique pour les IF	Institutions financières, IP, ASPs, MSP	X	X	X	X	X	X	X
<b>34</b>	<b>Établir des partenariats pour accroître l'accès au financement pour les investissements clés</b>									
	34.1	Évaluation de la possibilité d'établir des partenariats et des liens avec le marché (par exemple, entre les IF et les fournisseurs d'équipements médicaux) qui profiteraient à toutes les parties de l'écosystème de santé	Institutions financières, sociétés privées, IP, ASPs, MSP	X	X	X	X	X	X	X
	34.2	Organisation de rencontres individuelles avec les parties prenantes intéressées pour discuter d'opportunités spécifiques de partenariat (selon les besoins)	Institutions financières, MSP, sociétés privées, IP	X	X	X	X	X	X	X
<b>35</b>	<b>Lier la santé à l'entreprise de santé et aux activités d'innovation</b>									
	35.1	Étude d'ensemble des entreprises du secteur de la santé et identification des activités les plus prometteuses pour relancer les sociétés du secteur de la santé	ASPs, MSP	X	X	X	X	X	X	X
	35.2	Organisation d'un atelier permettant de définir les prochaines étapes et de concevoir un plan d'action	ASPs, MSP	X	X	X	X	X	X	X

(continue en page 112)

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année				
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
<b>Personnel de santé</b>															
<b>36</b>	<b>Améliorer la coordination entre les parties prenantes impliquées dans la gestion des RHS</b>														
36.1	Mise en place d'un cadre de collaboration formel entre le nouveau bureau des Ressources Humaines du MSP et le Ministère de l'enseignement primaire, secondaire et professionnel (MEPSP), le Ministère de l'Enseignement supérieur et universitaire (MESU)	MSP, MEPSP, MESU	X	X	X	X									
36.2	Conception et mise en œuvre d'un cadre collaboratif pour les Ordres, les associations de santé du secteur privé (par exemple, l'ASPS) et le MSP	Ordres, associations de santé du secteur privé, MSP				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>37</b>	<b>Établir et renforcer le système d'agrément pour les établissements de formation</b>														
37.1	Assistance au MSP, MEPSP et MESU pour la révision des normes d'agrément des écoles de formation aux métiers de la santé	MSP, MEPSP, MESU		X	X										
37.2	Assistance au MSP, MEPSP et MESU pour la mise en œuvre des normes révisées	MSP, MEPSP, MESU				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>38</b>	<b>Construire des liens public-privé pour faciliter la formation pratique</b>														
38.1	Organisation de réunions avec le MSP, MEPSP, MESU et les OPFM pour clarifier et codifier les procédures opérationnelles relatives au placement des étudiants des OPFM dans les établissements publics	MSP, MEPSP, MESU, OPFM				X	X	X	X						
38.2	Organisation de réunions avec le MSP, MEPSP, MESU et les OPFM et les différents réseaux de prestataires (OC et ASPS) pour concevoir et tester un modèle de stage pratique pour le secteur privé	MSP, MEPSP, MESU, OPFM, OC, ASPS							X	X	X	X	X	X	X
<b>39</b>	<b>Améliorer la qualité et faciliter l'accès à la formation</b>														
39.1	Assistance au MSP pour réviser et harmoniser les programmes des écoles de formation aux métiers de la santé	MSP, MEPSP, MESU, Ordres				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
39.2	Assistance au MSP, MEPSP et MESU pour la mise en place d'organismes de formation de formateurs en s'appuyant sur les centres de formation de Yaoundé	MSP, MEPSP, MESU, Ordres							X	X	X	X	X	X	X



39.3	Assistance au MSP, au MEPSP et MESU pour la conception et les tests d'un programme de bourses permettant aux prestataires d'acquies les bonnes compétences dans certaines zones de santé ciblées	MSP, MEPSP, MESU	X	X	X	X	X
39.4	Assistance au MSP, au MEPSP et MESU dans la recherche de possibilités d'amélioration de l'accessibilité à la formation par le biais du développement d'une plateforme de formation en ligne	MSP, MEPSP, MESU, Ordres, ASPS	X	X	X	X	X
<b>40</b>	<b>Identifier et combler les lacunes en matière de RHS en collaboration avec les partenaires</b>						
40.1	Organisation d'un atelier avec toutes les parties prenantes concernées pour définir une feuille de route permettant de combler les lacunes liées aux RHS dans le secteur public et le secteur privé en se basant sur les constatations consécutives à la cartographie des établissements publics et l'enquête menée auprès des établissements privés (Activité 43)	MSP, ASPS				X	X
40.2	Assistance aux Ordres et aux associations privées de professionnels de la santé pour la conception et/ou la mise à jour de leur base de données des membres en s'appuyant sur les résultats de l'enquête (Activité 43)	MSP, Ordres, associations de professionnels de la santé				X	X
<b>41</b>	<b>Intégrer le secteur privé à but lucratif dans la planification de la dotation en personnel du MSP</b>						
41.1	Organisation de réunions dans le but d'intégrer le secteur privé à but lucratif aux plans des effectifs des RHS	MSP, ASPS	X	X	X	X	X
41.2	Mise en place et développement de mécanismes de contractualisation en contrepartie d'allègements fiscaux, tels que ceux en place pour le secteur à but non lucratif, en se basant sur la feuille de route pour les RHS (Activité 38.1)	MSP, Ministère des Finances			X	X	X
<b>42</b>	<b>Mettre en œuvre une approche systématique pour augmenter la motivation des RHS</b>						
42.1	Organisation de réunions, selon les besoins, dans le but de concevoir et mettre en œuvre des méthodes systématiques visant à motiver les personnes composant les RHS en vue d'améliorer la qualité des services dans le secteur public et le secteur privé	MSP, MEPSP, MESU, Ordres, ASPS	X	X	X	X	X

(continue en page 114)

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année				
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
<b>Systèmes d'information de santé</b>															
<b>43</b>	<b>Examen et amélioration des indicateurs de santé infantile et de PF dans le DHIS2</b>														
43.1	Organisation d'un atelier pour inviter le MSP-DSNIS, l'UNICEF, l'UNFPA et l'OMS à participer à l'identification, la hiérarchisation, et la mise en œuvre opérationnelle d'indicateurs clés sur la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant qui devront figurer dans le DHIS2	MSP-DSNIS, Ordres, ASPs	X	X	X										
43.2	Travail en collaboration avec les partenaires de mise en œuvre et les programmes de santé pour une meilleure intégration/mise en œuvre opérationnelle des indicateurs dans les travaux routiniers de collecte des données	MSP-DSNIS		X	X										
<b>44</b>	<b>Enquête, cartographie des établissements privés nouvellement identifiés et enregistrement de ces établissements dans le DHIS2</b>														
44.1	Conception d'une stratégie d'échantillonnage et identification des données prioritaires pour une enquête représentative sur le plan national portant sur les pharmacies, les points de vente de médicaments et les établissements privés de santé non enregistrés	MSP-DSNIS/DPS, Ordres, ASPs, OC	X	X	X										
44.2	Mise en œuvre de l'enquête	MSP-DSNIS/DPS, Ordres, ASPs, OC			X	X	X	X	X						
44.3	Diffusion des résultats de l'enquête et définition d'une stratégie permettant d'améliorer l'intégration du secteur privé dans les systèmes d'information nationaux sur la santé	MSP-DSNIS/DPS, Ordres, ASPs, OC						X	X	X	X	X	X	X	X
<b>45</b>	<b>Améliorer la convivialité et la pertinence des données du DHIS2 pour la supervision du secteur privé</b>														
45.1	Organisation d'entretiens avec les parties prenantes pour mieux appréhender les différences fonctionnelles entre les différentes catégories d'établissements (à but lucratif, à but non lucratif, confessionnels, publics et dépendant d'ONG) ; finalisation et publication de définitions claires de chacune des catégories	MSP-DSNIS/DPS, Ordres, ASPs, OC	X	X	X	X									

45.2	Obligation pour les établissements de s'identifier en se basant sur les catégories officielles publiées	MSP- DPS/DSNIS	X	X	X	X	X	X	X
45.3	Révision et finalisation de la liste des catégories d'établissements du secteur privé enregistrés dans le DHIS2	MSP- DSNIS/DPS	X	X	X	X	X	X	X
45.4	Élaboration d'un tableau de bord pour les variables et les différences clés entre les établissements publics et privés qui devront faire l'objet d'un suivi au fil du temps selon la stratégie retenue pour l'inclusion du secteur privé	MSP-DSNIS/DPS	X	X	X	X	X	X	X
<b>46</b>	<b>Préparer et distribuer des tableaux de bord de données simples et exploitables pour la prise de décisions dans le secteur privé</b>								
46.1	Rassemblement d'un échantillon de prestataires enregistrés dans le DHIS2 représentant différents niveaux d'établissement et issus du secteur privé/du secteur public, et expérimentation d'un certain nombre de tableaux de bord qui devront être diffusés dans les établissements	MSP-DSNIS, ASPS, IMA World Health	X	X	X	X	X	X	X
46.2	Présentation des restitutions de ces tableaux de bord aux réunions de validation mensuelles au niveau des ZS	MSP-DSNIS, IMA World Health	X	X	X	X	X	X	X
<b>47</b>	<b>Établir un SIGL et trouver une solution pour intégrer le secteur privé</b>								
47.1	Rassemblement des principales parties prenantes de la chaîne d'approvisionnement (MSP-DPM, CDR VillageReach, UNFPA, FEDECAME, partenaires technologiques) pour définir une feuille de route permettant de sélectionner une plateforme nationale du SIGL, d'élaborer des politiques et protocoles nationaux, de mettre en place un comité de supervision de la mise en œuvre doté de moyens, et de garantir l'intégration du SIGL au DHIS2, ainsi que l'inclusion du secteur privé	MSP-DPM, PNAME, ASPS	X	X	X	X	X	X	X
47.2	Test de la plateforme du SIGL en utilisant un sous-ensemble de produits prioritaires et de médicaments essentiels	MSP-DPM	X	X	X	X	X	X	X
47.3	Poursuite des activités de cycles rapides de surveillance, d'évaluation et d'amélioration ; révision des systèmes de reporting, de la distribution et des fonctions de surveillance en conséquence	MSP-DPM	X	X	X	X	X	X	X

(continue en page 116)

## Feuille de route pour l'action sur trois ans pour engager le secteur privé dans l'amélioration du système de santé en RDC (Continued)

N°	Activité	Organisation directrice	1 <sup>e</sup> année				2 <sup>e</sup> année				3 <sup>e</sup> année								
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4					
48	<b>Évaluer, harmoniser et agréer la demande de services de santé numérique dans le secteur de la santé</b>	MSP																	
48.1	Conception et mise en œuvre d'une enquête de base sur l'utilisation des services numériques actuellement en place, et sur les besoins des parties prenantes du secteur public et du secteur privé de la santé, tout en mettant l'accent sur les différents domaines de communication avec les bénéficiaires, la collecte/transmission des données, la SS des agents de santé et des prestataires, et les services financiers numériques	MSP	X	X	X	X													
48.2	Rassemblement des parties prenantes du secteur public et du secteur privé de la santé, et des agences de télécommunication au cours d'un atelier sur la santé numérique dans le but 1) de partager les constatations issues de l'enquête, et d'identifier les domaines prioritaires pour les investissements dans les services numériques et pour une harmonisation des systèmes des parties prenantes du secteur de la santé et 2) d'évaluer l'intérêt de constituer un groupe de travail visant à soutenir l'interopérabilité et l'harmonisation des systèmes entre les parties prenantes du secteur de la santé	MSP																	
48.3	Rassemblement du groupe de travail sur la santé numérique afin de poursuivre les travaux de soutien des investissements numériques et d'harmonisation des systèmes des parties prenantes du secteur de la santé, et activités visant à faciliter l'élaboration d'un protocole d'accord avec les opérateurs de réseaux mobiles (ORM) permettant de définir les partenariats prioritaires	MSP												X					

**49 Explorer les opportunités de créer des partenariats avec les sociétés de télécommunication pour renforcer la sensibilisation et la compréhension des urgences, des produits et des services sanitaires**

49.1	À la suite du premier atelier sur la santé numérique en RDC, organisation d'une session plus ciblée pour évoquer le partenariat entre les ORM, le MSP et les partenaires techniques et financiers permettant de faciliter les communications en matière de santé en RDC	MSP					X	X	
49.2	Organisation de rencontres individuelles pour discuter d'opportunités spécifiques de partenariat (selon les besoins)	MSP					X	X	X

**50 Explorer les opportunités de créer des partenariats avec les sociétés de télécommunication afin d'améliorer la collecte et la transmission de données**

50.1	À la suite du premier atelier sur la santé numérique en RDC, organisation d'une session plus ciblée pour évoquer le partenariat entre les ORM, le MSP et les partenaires techniques et financiers permettant la collecte et la transmission des données	MSP					X	X	
50.2	Organisation de rencontres individuelles pour discuter d'opportunités spécifiques de partenariat (selon les besoins)	MSP					X	X	X

**51 Garantir l'intégration du secteur privé au nouveau tableau de bord du projet IHP**

51.1	Rassemblement des parties prenantes du secteur public et du secteur privé de la santé afin de donner forme à l'élaboration, la mise en œuvre et l'utilisation du tableau de bord du projet IHP	MSP, IHP, ASPS					X	X	X
------	--	----------------	--	--	--	--	---	---	---

## 10. Conclusion

Ce document, *Le rôle du secteur privé dans l'amélioration de la performance du système de santé en République démocratique du Congo*, se compose de trois parties : 1) une évaluation de la situation actuelle basée sur des recherches documentaires, qui fournit un aperçu du rôle actuel du secteur privé en utilisant les blocs de construction de l'OMS (leadership/gouvernance, prestation de services, accès aux médicaments essentiels, financement, personnel de santé et systèmes d'information sanitaire) ; 2) constatations et recommandations en utilisant les piliers de santé de l'OMS comme cadre de travail ; et 3) une feuille de route pour l'action à un horizon de trois ans à utiliser comme guide de mise en œuvre.

Ces trois livrables combinés aident à clarifier le rôle du secteur privé en ce qui concerne l'amélioration du système de santé pour soutenir le MSP, la Banque mondiale, l'USAID, les bailleurs et les autres parties prenantes clés dans leurs efforts visant à accroître l'engagement public-privé à tous les niveaux du système de santé. Les informations présentées dans ce rapport ont pour but de créer une opportunité pour un dialogue multisectoriel, en soutenant un système de santé qui tire parti des compétences, des ressources et des talents de tous les acteurs du système de santé pour atteindre l'objectif de soins de santé de qualité accessibles pour tous en RDC.

# Annexes

## ANNEXE A. ÉNONCÉ DES TRAVAUX

### Contexte

Le gouvernement s'est engagé depuis de nombreuses d'années à renforcer le système de santé en lançant un certain nombre de réformes adressant les défis liés aux piliers du système congolais, à savoir, les faiblesses au niveau des prestations de services de santé, de l'accessibilité des produits et technologies pharmaceutiques et médicaux, des solutions de financement de la santé, des systèmes d'information sanitaires, des ressources humaines, et enfin, de la gouvernance générale du système.

Dans la perspective de mieux orienter le Ministère et les partenaires de développement dans leurs stratégies et investissements en vue du renforcement du système de santé de la RDC, la Banque Mondiale, en partenariat avec l'IFC, la Fondation Bill et Melinda Gates et l'USAID, a mis en œuvre une étude portant sur l'évaluation du secteur privé de la santé. Cette évaluation est conduite par Abt Associates en collaboration étroite avec le Ministère de la Santé Publique.

### Objectifs

L'évaluation du secteur privé s'inscrit pleinement dans la lignée des réformes en cours. En effet, le secteur privé (lucratif, confessionnel et associatif) qui fait déjà partie intégrante du système sanitaire congolais, a un rôle essentiel à jouer dans la matérialisation de la vision du gouvernement de services de santé abordables et de qualité, accessible à tous. En soutenant cette évaluation, le gouvernement entend ainsi :

- comprendre les dynamiques et la structure du secteur privé afin de mieux l'intégrer dans la mise en œuvre des programmes de renforcement du système de santé,
- identifier les mesures à prendre pour créer un cadre réglementaire propice au développement d'un secteur privé partenaire du public dans la santé,

- évaluer la contribution du secteur privé à l'économie nationale et au budget national,
- stimuler les investissements privés dans le secteur de la santé.

### Étapes

L'approche d'Abt Associates divise les activités de l'évaluation du secteur privé en quatre étapes principales :

1. **Planification** : Au cours de cette étape, l'équipe RDC de la Banque Mondiale finalisera la portée de l'évaluation, le calendrier de mise en œuvre et la liste des principaux intervenants pour les entrevues avec les informateurs clés.
2. **Revue de la littérature et analyse des données** : l'équipe effectuera une revue documentaire, complètera une analyse de segmentation de marché basée sur cette revue, développera des questions adaptées aux différentes parties prenantes pour les entrevues et rédigera le plan et l'ébauche de l'Évaluation de l'état actuel, qui comprendra les conclusions initiales sur les contributions du secteur privé aux domaines de santé clés.
3. **Travail sur le terrain** : la troisième étape de l'évaluation se concentrera sur la collecte et l'analyse d'informations supplémentaires. L'équipe technique d'Abt Associates se rendra en RDC fin novembre/début décembre pour mener des entrevues avec des informateurs clés et des visites sur le terrain pour combler les lacunes d'information identifiées durant la recherche documentaire et commencer à élaborer des recommandations.
4. **Validation, priorisation et finalisation** : les activités de cette étape sont la finalisation de l'Évaluation de l'opportunité, des priorités stratégiques et de la Feuille de route pour l'action. Au cours de l'atelier, les intervenants des secteurs public, privé et bailleurs valideront les résultats de l'évaluation, prioriseront

les recommandations, élaboreront un plan pour la mise en œuvre des recommandations et finaliseront le rapport.

## Entrevues avec les parties prenantes

Lors des entrevues avec les parties prenantes du 20 novembre au 15 décembre, l'équipe d'Abt Associates posera une vaste gamme de questions adaptées aux différentes catégories de parties prenantes, comme l'illustre la liste de questions ci-dessous.

### Liste de questions à titre illustratif

#### Gouvernance

- *Quelles sont les politiques du gouvernement face aux prestataires privés offrant des services de planification familiale, santé maternelle et infantile et autres services ?*
- *Quels types de collaboration existent entre le gouvernement, les organisations confessionnelles/ONG, et les autres structures du secteur privé, particulièrement en ce qui concerne la planification familiale et la santé maternelle et infantile ?*
- *Existe-t-il actuellement des partenariats public-privé mis en place avec des entités du secteur privé qui se focalisent sur la planification familiale, la santé maternelle et infantile, l'innovation numérique ou mobile pour la santé ou d'autres domaines ?*
- *Les investissements sociaux actuels des entreprises en RDC sont-ils liés à la pénétration et au développement de nouveaux marchés ? Comment se perçoivent-ils en tant que partie prenante dans le système de santé de la RDC ?*

#### Prestation de services

- *Quelles sont les lacunes du secteur public que le secteur privé remplit en matière de prestation de services et/ou distribution/vente de produits ?*
- *Quels sont les facteurs qui affectent la provision de produits et services par le secteur privé en matière de planification familiale, santé maternelle et infantile, et autres domaines de la santé ?*
- *Quelles sont les contraintes à l'augmentation de la demande et de l'utilisation de produits et services du secteur privé ?*

#### Médicaments et technologies

- *La vente ou la distribution de produits pharmaceutiques est-elle suffisamment réglementée (particulièrement en ce qui concerne la planification familiale et la santé maternelle et infantile) ?*
- *Quels sont les principaux défis et opportunités dans le secteur privé par rapport à la vente/distribution et la généralisation de produits de planification familiale, santé maternelle et infantile, et autres ?*

#### Financement

- *Quels sont les défis et les opportunités pour les différents programmes de financement de la santé (publics et privés) ? Quelles sont les prochaines étapes immédiates envisagées pour progresser ?*
- *Est-ce que les prestataires privés participent dans les différents programmes de financement de la santé ? Pourquoi ou pourquoi pas ?*
- *Les prestataires privés ont-ils accès à des financements ou des formations en gestion ? Si oui, d'où proviennent-ils ?*
- *Quels sont les contraintes principales auxquels font face les institutions financières qui empêchent/limitent les prêts au secteur privé de la santé ?*

#### Ressources humaines

- *Quel est le profil des prestataires de santé privés dans le pays (y compris les docteurs, gynécologues obstétriciens, médecins généralistes, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, soigneurs traditionnels et autres) ?*
- *Quels sont les besoins en termes de ressources humaines dans le secteur privé de la santé ?*
- *Quels sont les structures qui contribuent à la formation des prestataires du secteur privé (initiale et continue) et quel est le processus d'accréditation pour ces structures ?*

#### Information

- *Quelles sont les contraintes clés qui limitent les contributions du secteur privé au système d'information sanitaire ?*
- *Veillez décrire vos initiatives mobiles ou numériques pour la santé. Avez-vous utilisé l'argent mobile pour les activités de santé ?*



## ANNEXE B. LISTE DES PRINCIPALES PARTIES PRENANTES

L'équipe d'évaluation sur le terrain a rencontré les parties prenantes suivantes dans chacune des villes indiquées.

<b>Bukavu</b>	
Partenaire de mise en œuvre	American Refugee Committee – ASILI Project
Secteur privé (organisation professionnelle)	BDOM
Secteur privé (organisation professionnelle)	Hôpital Général de Référence Dr Rau - Ciriri
Secteur privé (organisation professionnelle)	Hôpital/Fondation PANZI et 8° CEPAK
Secteur privé (à but lucratif)	Pharmakina
Secteur privé (à but lucratif)	Hôpital Skyborn
Secteur public	Division Provinciale de la Santé (DPS)
<b>Goma</b>	
Partenaire de mise en œuvre	Cordaid
Partenaire de mise en œuvre	Médecins Sans Frontières Pays-Bas
Partenaire de mise en œuvre	Save the Children
Partenaire de mise en œuvre	UNICEF
Secteur privé (organisation professionnelle)	Hôpital Charité Maternelle
Secteur privé (organisation professionnelle)	Hôpital de Kyeshero
Secteur privé (à but lucratif)	CIMAK Hospital
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	ASRAMES
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Heal Africa
Secteur public	Division Provinciale de la Santé (DPS)
<b>Kinshasa</b>	
Société civile	Alliance du Secteur Privé de la Santé (ASPS)
Société civile	Centre de Gestion des Risques et d'Accompagnement Technique des Mutuelles de Santé (CGAT)
Société civile	Association Professionnelle des Coopératives d'Épargne et Crédit (APCEC)
Société civile	Mouvement Ouvrier Chrétien du Congo (MOCC)
Société civile	Plateforme des Organisations Promotrices des Mutuelles de Santé du Congo (POMUCO)
Société civile	Ordre des Médecins
Société civile	Société Congolaise de Pratique de Sages-Femmes (SCOSAF)
Société civile	Ordre des Pharmaciens
Société	Fédération des Entreprises du Congo (FEC)
Société	AIB RDC
Société	Global Access Health Network (GAHN)
Société	iFinance
Société	ProCredit Bank
Société	Trust Merchant Bank (TMB)
Société	Africell
Société	Airtel
Société	Orange
Société	Vodacom

(continue en page 122)

Société	WapiMed
Société	Essor Equipment
Bailleur	USAID
Bailleur	Département pour le Développement International
Bailleur	Union Européenne
Bailleur	GAVI
Bailleur	Banque mondiale
Bailleur	International Finance Corporation (IFC)
Partenaire de mise en œuvre	JSI-Maternal and Child Survival Program
Partenaire de mise en œuvre	UNICEF
Partenaire de mise en œuvre	Engenderhealth
Partenaire de mise en œuvre	FINCA
Partenaire de mise en œuvre	FHI 360
Partenaire de mise en œuvre	MSH
Partenaire de mise en œuvre	Organisation mondiale de la Santé (OMS)
Partenaire de mise en œuvre	Abt Associates – Projet Health Financing and Governance (HFG)
Partenaire de mise en œuvre	Pathfinder
Partenaire de mise en œuvre	DKT
Partenaire de mise en œuvre	PSI
Partenaire de mise en œuvre	Save the Children
Partenaire de mise en œuvre	Tulane University
Partenaire de mise en œuvre	UNFPA
Secteur privé (organisation professionnelle)	IMA World Health
Secteur privé (organisation professionnelle)	Église du Christ au Congo (ECC)
Secteur privé (organisation professionnelle)	BDOM Kinshasa
Secteur privé (organisation professionnelle)	SANRU
Secteur privé (organisation professionnelle)	Armée du Salut
Secteur privé (organisation professionnelle)	Église Kimbanguist
Secteur privé (organisation professionnelle)	Caritas
Secteur privé (organisation professionnelle)	Union des mutuelles de santé du Congo (UMUSAC)
Secteur privé (organisation professionnelle)	Centre Bandal
Secteur privé (à but lucratif-affiliée de l'IPPF)	Clinique Bongisa Libota
Secteur privé (à but lucratif)	Clinique de la Nuit
Secteur privé (à but lucratif)	Clinique IK
Secteur privé (à but lucratif)	Clinique Marie Yvette
Secteur privé (à but lucratif)	MissionPharma
Secteur privé (à but lucratif)	Pharmagros
Secteur privé (à but lucratif)	Phatkin
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Mutuelle de Santé des Enseignants de l'Enseignement primaire, secondaire et professionnel (EPSP)
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Solidarco
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Fédération des centrales d'approvisionnement en médicaments essentiels (FEDECAME)
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	CAMESKIN
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Association de Santé Familiale (ASF)

Secteur public	Programme National de Lutte contre les Infections Respiratoires Aiguës (PNIRA)
Secteur public	Coordinateur de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)
Secteur public	Programme National de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques (PNLMD)
Secteur public	Programme National de Nutrition (PRONAUT)
Secteur public	Direction des Partenariats, MSP
Secteur public	Conseiller en charge du secteur privé-MSP
Secteur public	Programme National de l'Appui de la Protection Sociale (PNAPS)
Secteur public	Autorité de Régulation et de Contrôle des Assurances (ARCA)
Secteur public	Programme National de Promotion des Mutuelles de Santé (PNPMS)
Secteur public	Direction de la Lutte contre les Maladies-MSP
Secteur public	Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)-MSP
Secteur public	Programme National de Santé pour Adolescents (PNSA)-MSP
Secteur public	Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR)-MSP
Secteur public	Directeur de Cabinet-MSP
Secteur public	Direction de développement des soins de santé primaires-MSP
Secteur public	Division de SNIS, Direction de développement des soins de santé primaires-MSP
Secteur public	Direction d'études et de planification (DEP)
Secteur public	Office Congolais du Contrôle (OCC)
Secteur public	Programme National d'Approvisionnement en Médicaments (PNAM)
Secteur public	Direction de la formation continue-MSP
Société civile	Association des sages-femmes
Société civile	Ordre des Infirmiers/Infirmières
Secteur public	Direction des services généraux et des ressources humaines-MSP
Secteur public	Direction de l'enseignement des sciences de la santé-MSP
<b>Lubumbashi</b>	
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Association de Bien-être Familial-Naissances Désirées (ABEF-ND)
Secteur privé (organisation professionnelle)	Agence Adventiste d'Aide et de Développement (ADRA)
Secteur privé (à but lucratif)	Centre Médical du Centre-Ville (CMDC)
Secteur privé (à but lucratif – affiliée d'Enterprise)	Centre Médical de la Communauté
Secteur privé (à but lucratif)	Centre Médical Light
Secteur public	Division Provinciale de la Santé (DPS)
Secteur privé (organisation professionnelle)	Clinique Les Meles
Secteur privé (organisation professionnelle-affiliée d'ABEF)	Clinique Masaidijano
Secteur privé (à but lucratif)	Clinique St. Felly
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Clinique Watoto
Partenaire de mise en œuvre	Concern
Partenaire de mise en œuvre	Catholic Relief Services (CRS)
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Fondation Vie et Santé, Centre de Chirurgie et Traumatologie (Clinique Del Gado)
Secteur privé (organisation professionnelle)	Centre de Santé de St-François d'Assise
Secteur privé (organisation professionnelle – membre de l'Armée du Salut)	Compassion Clinic
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Centre de Santé de Kalebuka

(continue en page 124)

Secteur privé (ONG – Clinique d'ABEF)	Centre de Santé d'Uzazi Bora
Secteur public	Zone de Santé de Kamalondo
Partenaire de mise en œuvre	Catholic Relief Services (CRS) – Projet ELIKIA
Société	LISUNGI
Société	Standard Bank
Partenaire de mise en œuvre	Abt Associates – Projet Health Financing and Governance (HFG)
Secteur public	Hôpital Sendwe
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Hôpital Barak – ONG Arc en Ciel
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Hôpital Radem Hewabora - ONG Radem
Société	Investissement Durable du Katanga (IDAK)
Partenaire de mise en œuvre	International Rescue Committee
Société	Compagnie minière du Katanga Company
Partenaire de mise en œuvre	MEASURE Evaluation
Secteur public	Chef de Province
Société	MMG
Partenaire de mise en œuvre	MSH
Partenaire de mise en œuvre	Pathfinder
Société civile	Ordre des Médecins
Société civile	Ordre des Pharmaciens
Secteur privé (à but lucratif)	Pharmacie Etisalat
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Polyclinique Les Mels
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Polyclinique Medicare
Société civile	Plateforme des Organisations de la Société Civile Intervenant dans le Secteur Minier (POM)
Secteur public	Ministère Provincial
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	CAMELU
Secteur privé (à but lucratif)	Unique
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Association de Santé Familiale (ASF)
Société civile	Syndicat National des Médecins du Congo (SYNAMED)
Société	Kamoto Mining Company
<b>Matadi</b>	
Secteur public	Division Provinciale de la Santé (DPS)
Société civile	Ordre des Médecins
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Centrale d'Achats et d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels au Bas-Congo Ouest (CAAMEBO)
Secteur privé (organisation professionnelle)	Hôpital Saint Gérard Congrégation des Pères Rédemption
<b>Kolwezi</b>	
Société civile	Syndicat National des Médecins du Congo (SYNAMED)
Secteur privé	Hôpital Général de Mwangeji
Société civile	Ordre des Médecins
Secteur privé (à but lucratif – Société)	Hôpital Général de Référence de GECAMINE
Société civile	Syndicat des Infirmiers et Infirmières
Société civile	Ordre des Pharmaciens
Secteur privé (organisation professionnelle)	Polyclinique Adventisse

Secteur privé (à but lucratif – Société)	Centre de Santé de l'Entreprise Minière Komoto Copper Compagny S.A
Société	Komoto Copper Compagny S.A
Secteur privé (à but lucratif – Société)	Centre de Santé de l'Entreprise Minière de la Société Minière de Tenke Fungurume (SMTF)
Société	Société Minière de Tenke Fungurume (SMTF)
Secteur privé (organisation professionnelle)	Hôpital Méthodiste Mama Tabitha
<b>Mbuji-Mayi</b>	
Secteur privé (à but lucratif)	Pharmacie Sapaumed
Secteur privé (à but lucratif)	Pharma KM
Secteur privé (à but lucratif)	Milo Pharma
Société	Advans Bank
Secteur public	Division Provinciale de la Santé (DPS)
Secteur public	Ministère Provincial de la Santé
Secteur privé (organisation professionnelle)	Hôpital Christ Roi
Secteur public/Secteur privé (organisation professionnelle)	Hôpital Kansele
Secteur privé (organisation professionnelle)	Hôpital Presbytérien de Dibindi
Secteur privé (à but lucratif)	Hôpital Valentin Disashi
Secteur privé (à but lucratif)	Pharmacie Sanctuaire
Secteur privé	Université Officielle de Mbuji Mayi (UOM)
Secteur privé (à but lucratif)	Centre Hospitalier Saint-Sauveur
Secteur privé (à but lucratif)	Centre Hospitalier Pédiatrique de Mbuji Mayi (CHPM)
Secteur privé (ONG/à but non lucratif)	Centre de Distribution Régionale CADMEKO
Société civile	Ordre des Médecins
Partenaire de mise en œuvre	Save the Children
Secteur privé (Société)	MIBA (Société Minière de Bakwanga)
Secteur public	Office Congolais de Contrôle
Secteur privé (organisation professionnelle)	CSR Bakhita
Partenaire de mise en œuvre	Caritas
Secteur privé (à but lucratif)	Pharmacie Beldis
Secteur privé (à but lucratif)	Pharmacie Hewa Nzuri
Société civile	Ordre des Pharmaciens
Secteur privé (à but lucratif)	Centre Hospitalier Notre Dame
<b>Autres</b>	
Partenaire de mise en œuvre	Training for Health Equity Network (THENet)
Partenaire de mise en œuvre	Bill and Melinda Gates Foundation
Société	GSK
Partenaire de mise en œuvre	VillageReach

# Références

- 7sur7.cd. 2015, May 20. *Seules 78 pharmacies sur les 6.000 recensées à Kinshasa sont dans les normes*. Accessed September 21 2017. <https://7sur7.cd/new/2015/05/seules-78-pharmacies-sur-les-6-000-recensees-a-kinshasa-sont-dans-les-normes/>
- . 2017, September 26. *4è Congrès ordinaire de l'Ordre des pharmaciens de la RDC: J-B Kalonji Ndoumba plaide pour l'assainissement et la formation de qualité dans le secteur pharmaceutique*. Accessed September 22 2017. <https://7sur7.cd/new/2017/09/4e-congres-ordinaire-de-lordre-des-pharmaciens-de-la-rdc-j-b-kalonji-ndoumba-plaide-pour-l'assainissement-et-la-formation-de-qualite-dans-le-secteur-pharmaceutique/>
- ACTwatch. 2017. DRC 2015 Outlet Survey Findings in Katanga and Kinshasa. Population Services International and ACTwatch. Washington DC: USA.
- African Development Bank Group (AfDB). 2013. *AfDB Supports Access to Finance for Micro, Small and Medium Entrepreneurs in DRC*. AfDB. August 4, 2013.
- Africell. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- Agence Congolaise de Presse (ACP). 2016, August 24. *Pose de la 1ère pierre du bâtiment de l'incubateur pilote de Kinshasa*. Accessed September 22 2017. <http://acpcongo.com/acp/pose-de-la-1ere-pierre-du-batiment-de-lincubateur-pilote-de-kinshasa/>.
- . 2017a, September 10. *Le ministre des PME préconise l'implantation des incubateurs d'entreprises en RDC*. Accessed September 22 2017. <http://acpcongo.com/acp/ministre-pme-preconise-limplantation-incubateurs-dentreprises-rdc/>.
- . 2017b, July 20. *Le ministre de la Santé lance la réunion du comité national de pilotage du secteur de la santé*. Accessed September 22 2017. <http://acpcongo.com/acp/ministre-de-sante-lance-reunion-comite-national-de-pilotage-secteur-de-sante/>.
- Agence d'Information d'Afrique Centrale (ADIAC). 2014, October 2. *PME: des incubateurs pour faciliter l'entreprenariat*. Accessed September 22 2017. <http://www.adiac-congo.com/content/pme-des-incubateurs-pour-faciliter-lentreprenariat-21102>.
- Airtel. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- Altai Consulting. 2016. *Opportunités offertes par le mobile money pour les institutions financières en République démocratique du Congo (RDC). Présentation confidentielle - 13 juillet 2016*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Altai Consulting.
- American Refugee Committee (ARC). n.d. *Asili*. Accessed October 2 2017. <http://arcrelief.org/our-work/asili/>
- ARCA. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.

- ASPS-RDC. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- ASRAMES (Association Régionale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels). 2016. *Guide CDR*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: ASRAMES.
- Atim, C. 2010. *An analysis of the Ghanaian National Health Insurance scheme's contributions to healthcare coverage, financial protection and health financing*. Darkar: Chris Atim, PhD, World Bank, AFTHE/HSO Dakar.
- Avenir Health. 2017. *Exploring Opportunities for mCPR Growth in DR Congo*. Glastonbury, CT: Track 20 Project, Avenir Health.
- Baer, F. and P. Sambu. 2016. "Sustainable Health Systems Reform, Development and Strengthening in DR Congo." Presentation at the Fourth Global Symposium on Health Systems Research, Vancouver, Canada 14-18 November 2016.
- Banque Centrale du Congo. n.d. *Ville Province de Kinshasa*. Banque Centrale du Congo. [www.bcc.cd](http://www.bcc.cd). Accessed January 22, 2018.
- Barnes, J. 2011. *Designing Public-Private Partnerships in Health*. Washington, DC: SHOPS Project, Abt Associates.
- Barroy, H., F. Andre, S. Mayaka, and H. Samaha. 2014. *Investing in Universal Health Coverage: Opportunities and Challenges for Health Financing in the Democratic Republic of Congo*. Washington, DC: World Bank Group.
- Bertone, M. P., and G. Lurton. 2015. *Availability and remuneration of Human Resources for Health in the DR Congo*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: The World Bank and the Ministry of Public Health.
- Bertrand, J. T. et al. 2014. *Using Mapping of Service Delivery Sites to Increase Contraceptive Availability in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo*. Washington, DC: Guttmacher Institute.
- Bertrand, J. T., P. B. Makani, J. Hernandez, P. Akilimali, B. Mukengeshayi, S. Babazadeh, et al. 2017. "Acceptability of the community-level provision of Sayana® Press by medical and nursing students in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo." *Contraception*, 96(3): 211-15.
- Bradley, S. E., L. Rosapep, and T. Shiras. 2017. *Sources for Sick Child Care in DRC*. Bethesda, MD: Sustaining Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS) Plus Project.
- BTOR. 2017. *Local manufacturing of pharmaceuticals in Africa—Bangladesh company invests \$75m in Kenya*. Published January 8, 2017.
- Budde.com. 2017. *Democratic Republic of Congo—Telecoms, Mobile and Broadband—Statistics and Analyses*. Accessed July 20, 2017. <https://www.budde.com.au/Research/Democratic-Republic-of-Congo-Telecoms-Mobile-and-Broadband-Statistics-and-Analyses>
- Cadwalladr, C. 2012. "New Africa: Ghanaian Tech Innovator Who Led Counterfeit Drugs Crackdown." *The Guardian*, August 25. Accessed April 23, 2018. <https://www.theguardian.com/technology/2012/aug/26/new-africa-ghanaian-tech-innovator>
- CAMESKIN. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.

- CENFRI. 2016. "Making Access Possible: Democratic Republic of the Congo—Presentation of Results." Presentation to stakeholders, May 9. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: CENFRI.
- Chakraborty, N. 2013, July 10. "Equity Profiles of Three Social Franchise Networks in West Africa." Presentation at the 9th World Congress on Health Economics, Sydney, Australia.
- CIA. n.d. "The Democratic Republic of Congo," in *World Factbook*. Washington, DC: Central Intelligence Agency.
- Communications Authority of Kenya. *Communications Authority of Kenya*. Accessed October 12 2017. <http://www.ca.go.ke/index.php>
- Cone Communications. 2017. *2017 Cone Communications CSR Study*. Boston: Cone Communications.
- DHS Program. n.d. STATCompiler: Place of live birth. Accessed 10 October 2017. [www.statcompiler.com](http://www.statcompiler.com)
- Dikembe Mutombo Foundation. 2017. *A Mission to Save Lives: The Biamba Marie Hospital*. Accessed September 25 2017. <https://www.dmf.org/biamba-marie-mutombo-hospital.html>
- Direction de Gestion du Partenariat pour la Santé. n.d. Partenariat Public-Prive : Expérience de la RDC en Matière de PPP. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique.
- Discoverworld.com. 2017. *Kisangani, Democratic Republic of the Congo*. <https://www.discoverworld.com/Democratic-Republic-of-the-Congo/Orientale-Province/Kisangani:In-depth#Why-Visit>
- DMI. 2016. *Lessons from a Campaign that Didn't Change Behaviours*. Accessed October 2 2017. <http://www.developmentmedia.net/news/-lessons-from-a-campaign-that-didnt-change-behaviours>
- Durham, J., E. Pavignani, M. Beesley, and P. S. Hill. 2015. Human Resources for Health in Six Healthcare Arenas Under Stress: A Qualitative Study. *Human Resources for Health* 13: 14.
- export.gov. 2017a. *Congo, Democratic Republic—Customs Regulations*. <https://www.export.gov/article?id=Congo-Democratic-Republic-Customs-Regulations>
- . 2017b. *Congo (DR)—Executive Summary*. <https://www.export.gov/article?id=Congo-Democratic-Republic-Executive-Summary>
- . 2017c. *Congo, Democratic Republic-7-Financial Sector*. <https://www.export.gov/article?id=Congo-Democratic-Republic-Financial-Sector>
- . 2017d. *Congo, Democratic Republic—Pharmaceuticals*. <https://www.export.gov/article?id=Congo-Democratic-Republic-Drugs-Pharmaceuticals>
- Falisse, J. B., J. Ndayishimiye, V. Kamenyero, et al. 2015. Performance-based Financing in the Context of Selective Free Health-care: An Evaluation of its Effects on the Use of Primary Health-care Services in Burundi Using Routine Data. *Health Policy and Planning* 30: 1251–60.
- Family Planning in the DRC. 2017. Accessed in 2017. <http://familyplanning-drc.net/>



- Fox, S., S. Witter, E. Wylde, E. Mafuta, and T. Lievens. 2014. "Paying Health Workers for Performance in a Fragmented, Fragile State: Reflections from Katanga Province, Democratic Republic of Congo." *Health Policy and Planning* 29: 96-105.
- Gertler Foundation. 2014, April 1. *Government of Katanga Province Inaugurates GFF Supported Refurbishment of Sendwe Hospital Operating Theaters*. [http://www.gertlerfamilyfoundation.org/en/newsroom.php?id=33&cat\\_id=&p=&search=](http://www.gertlerfamilyfoundation.org/en/newsroom.php?id=33&cat_id=&p=&search=)
- Global Access Health Network (GAHN). 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- GSMA. 2015. *The Mobile Economy 2015*. London: GSMA.
- . 2017. *L'économie du secteur mobile Afrique Subsaharienne 2017*. London: GSMA.
- IMA World Health. n.d. *Creating a National Health Information System in DRC*. Accessed October 3 2017. <https://imaworldhealth.org/creating-a-national-health-information-system-in-drc/>
- Insurance Regulation and Development Authority of India. n.d. Accessed January 10, 2018. [www.irdai.gov.in](http://www.irdai.gov.in).
- Jansson, J. 2010. *Policy Brief No. 9: CSR Practice in the DRC's Mining Sector by Chinese Firms*. Pretoria: Africa Institute of South Africa (AISA).
- Joint Learning Network. July 6, 2012. *Interview with Sam Adjei, Executive Director of CHESS, and Philip Aakanzinge, Ghana Health Service*. Washington, DC: Joint Learning Network.
- JuriAfrique. 2016, August 19 *Un nouveau cadre juridique pour la promotion du partenariat public-privé (PPP) en RDC*. Accessed September 25 2017. <http://juriafrique.com/blog/2016/08/19/un-nouveau-cadre-juridique-pour-la-promotion-du-partenariat-public-privé-ppp-en-republique-democratique-du-congo/>
- Kenya Healthcare Federation. 2016. *KHF Business Profile*. Nairobi, Kenya: Kenya Healthcare Federation.
- Kimball, M., C. Phily, A. Folsom, G. Lagomarsino, and J. Holtz. 2013. "Leveraging Health Microinsurance to Promote Universal Health Coverage." Microinsurance Paper no. 23. Geneva: International Labour Office.
- Kivu Entrepreneurs. n.d. *Incubateur d'entreprises à Goma, RDC*. Accessed October 3 2017. <https://www.kivuentrepreneurs.com/>
- Le Phare. 2013, August 9. *Médecine traditionnelle: la Rd Congo recense ses savants de l'ombre*. Accessed October 3 2017. <http://www.lephareonline.net/medecine-traditionnelle-la-rd-congo-recense-ses-savants-de-lombre/>
- Lightening Africa. 2017. *Democratic Republic of Congo - A Fledgling Off-grid Market in a Difficult Context*. Accessed October 3 2017. <https://www.lightingafrica.org/country/democratic-republic-of-congo/>
- LISUNGI. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- The MasterCard Foundation and BFA. March 2017. *Alternative Delivery Channels for Financial Inclusion: Opportunities and Challenges in African Banks and Microfinance Institutions 2016*. Toronto, Ontario, Canada: The MasterCard Foundation and Bankable Frontier Associates (BFA).

- Mayanga, B. B. Kolwezi, 2013. envahi par les tradipraticiens. Mwananchi, October 20.
- Mbala, I., and F. Bahati. 2016. "Système protection sociale en santé en RD Congo." COOPAMI. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Government of the Democratic Republic of Congo.
- MCC (Millennium Challenge Corporation). 2017. *Congo, Dem. Rep. FY18*. Accessed October 3 2017. <https://www.mcc.gov/who-we-fund/scorecard/fy-2018/CD>
- MESP. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- Mia, A. n.d. *Investment Guide: D.R. Congo*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: African Resources.
- Midi-Madagasikara. 2017, February 23. *Airtel et Allianz relancent Antoka, l'assurance pour tous*. Accessed October 3, 2017. <http://www.midi-madagasikara.mg/economie/2017/02/23/airtel-et-allianz-relancent-antoka-lassurance-pour-tous/>
- Ministère de la Santé Publique (MSP). 2002. *Vadé mécum du partenariat dans le secteur de la santé*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . (n.d.)a *Vaincre la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans en République Démocratique du Congo—Engagement Commun*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . (n.d.)b. *Expérience de la RDC dans la gestion du partenariat public - privé pour la santé*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2011. *Rapport narratif: Profil Pharmaceutique de la République Démocratique du Congo*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2013. *Projet du plan d'action annuel opérationnel 2013*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2014a. *Indice de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé: République Démocratique du Congo (SARA)*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2014b. *Planification familiale: plan stratégique national à vision multisectorielle 2014–2020*. (Family Planning National Multi-sectoral Strategic Plan 2014–2020.) Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2016. *Plan National de Développement Sanitaire 2016–2020: Vers la Couverture Sanitaire Universelle*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP) de la République Démocratique du Congo.
- . 2017a. *Formations hospitalières de la République Démocratique du Congo*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2017b. *Les centrales de distribution régionale (CDR) autorisées en RDC*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2017c. *Liste des laboratoires de fabrication en RDC*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2017d. *Liste des officines autorisées en RDC*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).

- . 2017e. *Liste des maisons de vente en gros autorisées en RDC*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2017f. *Liste des maisons de vente en gros en RDC*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2017g. *Répertoire des établissements de soins privés autorisés par le Ministère de la Santé Publique*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2017h. *Stratégie de Financement de la Santé*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2017i. *Annuaire national des ressources humaines de la santé*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2017j. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- . 2017k. *Rapport Annuel de Activités de Lutte contre le Paludisme 2016*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- . 2018. DHIS 2 (Ministère de la Santé Publique (MSP)). <https://www.snisrdc.com>. Accessed January 5 2018.
- MPSMRM, MSP, and ICF International. 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo*. Rockville, MD: Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP), et ICF International.
- Mpunga, D., J. Lumbayi, N. Dikamba, A. Mwembo, M. A. Mapatano, and G. Wmbodinga. 2017. "Availability and Quality of Family Planning Services in the Democratic Republic of the Congo: High Potential for Improvement." *Global Health: Science and Practice* 5: 274–85.
- MSF. 2017. Primary and Secondary Data. Bukavu, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- Mushagalusa, C. 2014. "Expériences du Sud Kivu en RDC sur le district sanitaire - contractualisation entre secteur privé confessionnel et ministère de la Santé." Conférence sur le District Sanitaire, Dakar, Senegal, October 21–23, 2013.
- Mutabunga bin Lubula, F., F. Chengeh, B. Criel, A. Mukalay, O. Luboya, and H. M. Tshamba. 2017. "Micro assurance santé comme levier financier à l'accès aux services de santé de qualité en RD Congo: défis, pistes des solutions et perspectives." *International Journal of Multidisciplinary and Current Research* 5: 885–95.
- Nigeria Health Innovation Marketplace (NHIM). 2018. *Nigeria Health Innovation Marketplace*. Accessed January 24 2018. <https://nhim.phn.ng/>
- Ntambue, A. M., F. K. Malonga, M. Dramaix-Wilmet, and R. N. Ngatu. 2016. "Better than nothing? Maternal, newborn, and child health services and perinatal mortality, Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo: A Cohort Study." *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16: 89.
- Ntembwa, H. K., and W. van Lerberghe. 2015. *Democratic Republic of the Congo: Improving Aid Coordination in the Health Sector*. Geneva: World Health Organization.

- Nutriset. n.d. *Amwili SPRL arrête ses activités de production en direction des enfants malnutris en République Démocratique du Congo*. Accessed October 12 2017. <http://www.nutriset.fr/fr/contactpresse/communiques-de-presse/amwili-sprl-arr%C3%AAtes-activit%C3%A9s-de-production-en-direction-des-enfants-malnutris-en-r%C3%A9publique-d%C3%A9mocratique-du-congo.html>
- ONRHS-RDC (Observatoire National des Ressources Humaines pour la Santé). 2015. *Profil pays en ressources humaines pour la santé de la République Démocratique du Congo*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Observatoire National des Ressources Humaines pour la Santé.
- Office Fédéral des Migrations (ODM). 2014. *Focus RD Congo Le système sanitaire à Kinshasa : médicaments et soins du VIH-sida, de l'hypertension artérielle, du diabète de type II et des troubles mentaux*. Berne-Wabern, Switzerland: Confédération suisse.
- Orange. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- Order of Doctors. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- Order of Pharmacists. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- Pact. n.d. *Mines to Market*. Accessed October 12 2017. <http://www.pactworld.org/mines-markets>
- Philips. *About the Philips Community Life Centers*. Accessed October 12 2017. <https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/standard/news/backgrounders/2017/20170713-bg-about-the-philips-community-life-centers.html>.
- PDSS and PVSBG. 2017. *Enquête de base pour le programme de financement basé sur la performance en République Démocratique du Congo*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Projet de Renforcement du système de santé pour améliorer les résultats de santé maternelle et infantile (PDSS) and Projet d'urgence relatif à la violence sexuelle basée sur le genre et la santé des femmes dans la région des Grands Lacs (PVSBG).
- Performance Monitoring and Accountability 2020 [PMA2020]. 2017. *PMA2016/Kongo Central - Vague 2*. Baltimore, MD: PMA2020.
- . 2017a. *PMA2016/Kinshasa-Vague 5*. Baltimore, MD: PMA2020.
- PharmAccess Group. *PharmAccess Foundation*. Accessed October 12 2017. <https://www.pharmaccess.org/>
- PMI (President's Malaria Initiative). 2017. *President's Malaria Initiative Democratic Republic of the Congo Malaria Operational Plan FY 2018*. Washington, DC: U.S. President's Malaria Initiative.
- PNCNS (Programme National des Comptes de la Santé). 2016. *Rapport sur les comptes de la santé RDC 2014*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP) Programme National des Comptes de la Santé.
- POMUCO. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates.

- Private Sector Health Alliance of Nigeria (PHN). 2018. *Nigeria Health Innovation Marketplace*. Accessed January 15 2018. <https://www.phn.ng/nigeria-health-innovation-marketplace-nhim/>
- PSI and FPwatch. 2015. *The DRC 2015 FPwatch Survey: Findings from a Contraceptive Commodity and Service Assessment among Public and Private Sector Outlets*. Washington, DC: Population Services International (PSI) and FPwatch.
- Radio Okapi. 2015, August 22. *RDC: Les tradipraticiens créent un regroupement professionnel*. Accessed September 24 2017. <https://www.radiookapi.net/2015/08/22/actualite/en-bref/rdc-les-tradipraticiens-creent-un-regroupement>
- ResolutionPossible. 2013, October 31. *Corporate Social Responsibility: The Reality*. Accessed September 24 2017. <http://www.resolutionpossible.co.uk/corporate-social-responsibility-the-reality>
- Secrétariat General du MSP. 2006. *Recueil des Normes de la Zone de Santé*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique de la République Démocratique du Congo.
- Shekar, M., M. Mattern, L. Laviolette, J. Dayton Eberwein, W. Karamba, and J. K. Akuoku. 2015. *Scaling Up Nutrition in the Democratic Republic of Congo: What Will it Cost? Health, Nutrition and Population Discussion Paper*. Washington, DC: World Bank.
- SHOPS Project. 2015. *Health Baby Voucher Program—The Path to Improved Maternal Care in Uganda*. Bethesda, MD: Abt Associates.
- SHOPS Project. 2016. *Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project: Final Report 2009–2016*. Bethesda, MD: SHOPS Project, Abt Associates Inc.
- SHOPS Plus. 2017. *Private Sector Counts*. Accessed September 22 2017. <https://data.shopsproject.org/>
- Shwarz, S. 2011. *Entrepreneurs' Challenges to Access Credit in the Democratic Republic of Congo: Experiences from Financial Cooperation*. Frankfurt, Germany: KfW Entwicklungsbank.
- SIAPS, SCMS, IHP, and USAID DELIVER Project. 2014. *DRC LMIS Assessment (Draft)*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Ministère de la Santé Publique (MSP).
- Solidarco. 2017. *Primary and Secondary Data*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.
- Sproxil. *Sproxil*. Accessed September 22 2017. <https://www.sproxil.com/>
- SPS (Strengthening Pharmaceutical Systems). 2011. *Evaluation de la phase pilote de l'introduction de la prise en charge des maladies de l'enfant dans le secteur pharmaceutique privé dans deux zones de santé de la Ville-Province de Kinshasa, République démocratique du Congo*. Arlington, VA: Management Sciences for Health (MSH).
- Soglohoun, P. 2012. *Contribution des mutuelles de santé à l'organisation de la demande des services et soins de santé en RDC*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Health Systems 20/20 Project.
- Stop TB. 2017. *Democratic Republic of the Congo*. Accessed September 24 2018. [http://www.stoptb.org/resources/cd/COD\\_Dashboard.html](http://www.stoptb.org/resources/cd/COD_Dashboard.html)
- SUN. *Democratic Republic of the Congo*. Accessed September 24 2017. <http://scalingupnutrition.org/sun-countries/democratic-republic-of-congo/>

———. 2016. *République Démocratique du Congo—Transformations Institutionnelles en 2015–2016*. Scaling Up Nutrition (SUN).

Track20. 2017. *Exploring Opportunities for mCPR Growth in DR Congo*. <http://track20.org/download/pdf/2017%20Opportunity%20Briefs/english/DR%20Congo%20FP%20Opportunity%20Brief.pdf>

FNUAP (UNFPA). 2014. *The State of the World's Midwifery*. New York: United Nations Population Fund (UNFPA).

———. 2017a. *Rapport approche marché total R.D. Congo*. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: UNFPA.

———. 2017b. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.

UNICEF. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.

U.S. Department of State. 2011. *July–December, 2010 International Religious Freedom Report*. [https://www.state.gov/j/drl/rls/irf/2010\\_5/168399.htm](https://www.state.gov/j/drl/rls/irf/2010_5/168399.htm)

———. 2016. *Investment Climate Statements for 2016—The Democratic Republic of the Congo*. <https://www.state.gov/e/eb/rls/othr/ics/2016investmentclimatestatements/index.htm?dclid=254185&year=2016#wrapper>

USAID. 2014. *Country Development Cooperation Strategy Democratic Republic of the Congo 2014–2019*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID).

———. 2018. *Development Credit Authority*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID).

Viswanathan, R., R. Behl, and C. Seefeld. 2016. *Clinical Social Franchising Compendium: An Annual Survey of Programs: Findings from 2015*. San Francisco: The Global Health Group, Global Health Sciences, University of California, San Francisco.

Vodacom. 2017. Primary and Secondary Data. Kinshasa, Democratic Republic of Congo: Abt Associates Interviews.

Waelkens, M-P. 2017. *Étude des mutuelles de santé en RDC dans le cadre de la couverture sanitaire universelle*. Antwerp, Belgium: Institute of Tropical Medicine.

Wang, W., G. Temsah, and E. Carter. 2016. *Levels and Determinants of Out-of-Pocket Health Expenditures in the Democratic Republic of the Congo, Liberia, Namibia, and Rwanda*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID).

Wilson, T. 2017. *Congo Is About to Destroy the State Monopoly on Insurance*. Accessed January 16 in 2018. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-07-27/congo-regulator-plans-to-open-up-500-million-insurance-industry>

Women's World Banking. 2012. *Microfund for Women's Caregiver Experience: Lessons from Jordan on Health Microinsurance*. New York: Women's World Banking.

World Bank. 2014. *Investing in Universal Health Coverage: Opportunities and Challenges for the Democratic Republic of Congo*. Washington, DC: The World Bank.

———. 2016. DRC Population, total. *World Bank Data*. Washington, DC: The World Bank.

- . 2017a. *Business Reforms in Congo, Dem. Rep.* <http://www.doingbusiness.org/Reforms/Overview/Economy/congo-dem-rep>
- . 2017b. *Cartographie des interventions chaine d'approvisionnement dans le secteur pharmaceutique en RDC: interventions des partenaires de la plateforme du PDSS.* Washington, DC: The World Bank.
- . 2017c. *DataBank—Global Financial Inclusion.* Accessed September 26 2017. <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=1228#>
- . 2017d. *Ease of Doing Business in Congo, Dem. Rep.* <http://www.doingbusiness.org/data/exploreeconomies/congo-dem-rep>
- . 2018. *The Southern Africa TB in the Mining Sector Initiative.* <http://www.worldbank.org/en/programs/the-southern-africa-tb-in-the-mining-sector-initiative>
- . n.d. *Impact Evaluation on Performance-based financing for health in Haut-Katanga District, Democratic Republic of the Congo.* Washington, DC: The World Bank.
- World Food Programme. 2017, July 7. *New Study Reveals Economic Toll of Malnutrition in Democratic Republic of Congo.* Accessed October 15 2017. <https://www.wfp.org/news/news-release/new-study-reveals-economic-toll-malnutrition-democratic-republic-congo>
- World Health Organization (WHO). 2011. *The Abuja Declaration: Ten Years On.* Geneva: WHO.
- . 2012. *Child Health.* Global Health Observatory data. [http://www.who.int/gho/child\\_health/en/](http://www.who.int/gho/child_health/en/)
- . 2015. *Rapport de la Revue de l'Autorité Nationale de Réglementation de la République Démocratique du Congo.* Geneva: WHO.
- . 2016. *Global Tuberculosis Report 2016.* Geneva: WHO.
- Wright, J. 2015. *Essential Package of Health Services Country Snapshot: The Democratic Republic of the Congo.* Washington, DC: Health Finance & Governance Project.







