

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE



PLAN STRATEGIQUE
DE LA REFORME HOSPITALIERE

Décembre 2010

Contenu

1.	Introduction	5
1.1.	Contexte du pays.....	5
1.2.	Problèmes majeurs du système de santé en RDC.....	7
1.2.1.	Indicateurs de santé.....	7
1.3.	Cadre de la réforme hospitalière.....	7
1.4.	Concept de la réforme hospitalière	9
2.	Diagnostic du système hospitalier	10
2.1.	Les différents problèmes du système hospitalier	10
2.1.1.	La gouvernance dans les formations sanitaires est très peu satisfaisante	10
2.1.2.	L'accès des populations aux soins de santé et services de santé est inéquitable.....	13
2.1.3.	La formation dispensée au personnel de santé et la recherche en santé est inadaptée aux besoins du secteur	14
2.1.4.	La qualité des soins dispensés reste très peu satisfaisante.....	15
2.1.5.	Conclusion	18
2.2.	Goulots d'étranglement.....	18
2.3.	Analyse SWOT	19
3.	Principes directeurs de la réforme.....	21
3.1.	Le système hospitalier de la RDC.....	21
3.2.	Catégorisation des hôpitaux	21
3.3.	Collaborations entre hôpitaux	22
3.4.	Quelques principes pour la réforme hospitalière	22
4.	Vision du système hospitalier d'ici 25 ans	24
5.	Objectifs, orientations stratégiques et cadre logique 2011-2015	25
5.1.	Objectifs de la réforme hospitalière.....	25
5.2.	Les axes stratégiques.....	25
5.2.1.	La gouvernance, décentralisation et intersectorialité	25
5.2.2.	Rationalisation de la gestion des ressources humaines.....	28
5.2.3.	Financement des établissements des soins et la contractualisation	30
5.2.4.	Appui à la gestion rationnelle des formations sanitaires	31
5.2.5.	Amélioration de la couverture et de la qualité des services et des soins	32
5.3.	Cadre logique de l'action 2011-2015	36
6.	Cadre de mise en œuvre de la réforme hospitalière.....	40
6.1.	Préalables	40
6.2.	Pilotage de la réforme hospitalière.....	40
6.3.	Suivi et évaluation de la réforme.....	41
7.	Budget	42
7.1.	Financement des hôpitaux.....	42

7.2.	Budget du secrétariat technique	43
------	---------------------------------------	----

Annexes:

Textes des Lois et règlements ;
Cadre programmatique ;
Bibliographies.

1. Introduction

1.1. Contexte du Pays

La RDC comprend 64.000.000 habitants répartis sur une étendue de 2.345.000 Km², subdivisée en 11 Provinces, 25 districts administratifs, 21 villes, 145 territoires administratifs et 77 communes. La Constitution de la troisième République prévoit le passage de 11 à 26 provinces.

Le droit à la santé est mondialement reconnu depuis 1948 lors de la création de l'organisation mondiale de la santé et ce droit est réaffirmé par la constitution de la République Démocratique du Congo en son article 47.

Pour ce faire, en fin décembre 1999, sur base de l'analyse de l'état des lieux réalisée en 1998 sur la situation du secteur de la santé, les états généraux de la santé, ont déclaré « la santé pour tous et par tous » comme politique nationale de la santé et les soins de santé primaires comme stratégie pour y parvenir. Le système national de la santé devait rendre opérationnelle cette stratégie qui devait aboutir à l'amélioration de l'offre des services des soins de santé de qualité ainsi que l'utilisation de ces services de santé par l'ensemble de la population congolaise.

Il est à noter que la République Démocratique du Congo avait déjà fait siennes la Déclaration d'Alma-Ata sur les Soins de santé primaires (SSP) en 1978 et plus récemment les conclusions de l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2009 qui du reste a demandé la mise en place des 4 axes de la santé à savoir : la réforme de la couverture universelle pour améliorer l'équité en santé, la réforme des prestations des services pour mettre l'individu au centre des systèmes de santé, la réforme des politiques de santé pour promouvoir et protéger la santé des communautés et en fin la réforme du leadership pour rendre les responsables sanitaires plus efficaces.

En 2006, au vu de la situation sanitaire peu luisante, la Stratégie de Renforcement du Système de Santé, SRSS en sigle, a été adoptée par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses partenaires techniques et financiers (PTF) lors de la revue annuelle organisée en février 2006. Le but poursuivi est d'améliorer l'offre de qualité ainsi que l'utilisation des services de santé par l'ensemble de la population congolaise. Coptée par le Ministère du Plan dans le document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, DSCRP en signe, cette stratégie est devenue la contribution du secteur de la santé à la lutte contre la pauvreté.

L'objectif ultime que le Gouvernement vise à travers le DSCRP est l'amélioration durable et effective des conditions de vie des populations réparties dans 26 provinces pour une période d'une génération, c'est-à-dire une période de 25 ans (vision 26/25), en s'attaquant aux principales causes de la pauvreté. Le DSCRP repose sur 5 piliers : (i) Promouvoir la bonne gouvernance et consolider la paix notamment par le renforcement des institutions ; (ii) : Consolider la stabilité macroéconomique et la croissance ; (iii) Améliorer l'accès aux services

sociaux et réduire la vulnérabilité ; (iv) : Combattre le VIH/Sida ; et (v) Promouvoir la dynamique communautaire. Ces piliers sont étroitement liés et interdépendants les uns des autres, et les progrès dans un domaine sont tributaires des avancées faites dans les autres — il en est ainsi de la croissance et de la réforme de l'État, ou encore des prestations de services sociaux dont la santé, de la réforme de l'État et de la dynamique communautaire.

En plus, dans le cadre du Contrat de Gouvernance, en particulier aux termes de la Déclaration de Paris (2005) et de l'Agenda de Kinshasa (2009), le Gouvernement souligne 5 principes de gestion de la chose publique (1) la transparence, (2) l'esprit de rendre compte, (3) l'harmonisation, (4) la Gestion Axée sur les Résultats (GAR), (5) les responsabilités mutuelles dans le développement entre tous les Partenaires pour la santé avec division de travail efficace.

En RDC, les hôpitaux occupent une place essentielle au sein du système national des prestations des soins et services publics de santé. Cependant, la manière dont ils sont organisés et fonctionnent met en évidence un certain nombre d'insuffisances majeures qui ne peuvent être corrigées qu'à travers un programme de réformes de l'ensemble du système hospitalier national. Face à cette situation, le Ministère de la Santé Publique a décidé de donner à la réforme hospitalière qui figure parmi les programmes prioritaires du plan national de développement sanitaire 2011-2015, toute l'importance qu'elle mérite.

Depuis 2003, le Gouvernement a initié la Réforme de l'Administration Publique en vue de la rendre plus productive et plus efficace. Pour le secteur santé, cette Réforme vise notamment à conférer au Ministère une structure qui soit à la fois efficace et efficiente par rapport à son mandat et missions.

Les résultats de l'enquête EDS de 2007 indiquent que 43 % de la population vivent en milieu urbain contre 57 % en milieu rural et que le rapport de masculinité de la population s'établit à 97 hommes pour 100 femmes. Seulement 21 % des ménages sont dirigés par une femme. La taille moyenne des ménages est de 5,4 personnes pour l'ensemble du pays, 5,9 personnes en milieu urbain contre 5,2 personnes en milieu rural.

La population congolaise est caractérisée par sa jeunesse : 48 % ont moins de 15 ans et 4 % ont 60 ans et plus. La proportion de femmes de 15-49 ans sans instruction est quatre fois plus élevée que celle des hommes (21 % contre 5 %) et les hommes sont proportionnellement deux fois plus nombreux que les femmes à avoir achevé les niveaux secondaires ou supérieurs (65 % contre 41 %). La proportion des personnes de 15-49 ans qui ne savent ni lire ni écrire (analphabètes) atteint 41 % parmi les femmes et 14 % parmi les hommes de 15-49 ans. Par ailleurs, au moment de l'enquête, 48 % de la population congolaise disposaient d'eau potable ; 18 % de la population avaient accès à l'électricité et 18 % de la population utilisaient des latrines hygiéniques.

1.2. Problèmes majeurs du système de santé en RDC

Lors des Etats Généraux de la Santé, en 1999, l'analyse de la situation sur l'ensemble du territoire national, on a mis en évidence les problèmes majeurs de la Santé ; ils sont regroupés en quatre points suivants :

- La désignation profonde du Système de Santé qui se traduit par la désarticulation de ses éléments, l'exercice anarchique des activités de Santé, la production des services de Santé de qualité douteuse, la déshumanisation des services de Santé ;
- L'insuffisance, voire le manque de ressources pour la Santé suite au délabrement progressif des structures et équipements de Santé, l'inefficacité du système d'autofinancement, l'insuffisance en qualité et en quantité de médicaments essentiels, la démotivation, la déperdition et la baisse de la capacité gestionnaire des responsables des services de Santé, l'insuffisance du budget de l'Etat alloué à la Santé, la non coordination des appuis, l'insuffisance de programmes d'appui tels que le Système National d'Informations Sanitaires, le suivi, la supervision, l'évaluation ainsi que l'éducation pour la Santé.
- La détérioration de l'écosystème en raison du relâchement des mesures d'hygiène individuelle et collective et de salubrité publique et, l'insuffisance de l'approvisionnement en eau saine.
- L'aggravation de la situation épidémiologique caractérisée par la résurgence de maladies jadis maîtrisées et la survenue de nouvelles pathologies dues à l'insuffisance de la capacité de déploiement des programmes de prévention, de promotion et de lutte contre les maladies.

1.2.1. Indicateurs de santé

Beaucoup de congolais n'ont pas confiance dans les services de santé, en raison de la faible qualité des soins, ce qui s'explique elle-même par (1) le faible moral chez le personnel, (2) l'accès limité aux médicaments de qualité, et (3) le manque de matériel de base pour l'établissement des diagnostics ainsi que (4) la prise en charge des maladies, affections courantes et autres infirmités.

Du point de vue de la gestion, une enquête menée récemment à Kinshasa (2007) par le Ministère de la santé a souligné plusieurs évidences dans l'offre des services hospitaliers : (1) les capacités techniques et logistiques sont faibles ; (2) des proportions financières trop faibles sont allouées au fonctionnement, voire l'inexistence de celles-ci; (3) les plateaux techniques sont sous-équipés avec une faiblesse remarquable en imagerie médicale ; (4) les agents de santé en poste apparaissent pléthoriques en particulier pour la catégorie du personnel administratif dont la majorité sont éligibles à la retraite; (5) la faible disponibilité du personnel médical pendant le temps de travail par le fait que la majorité travaille à plus de 2 formations médicales ou ailleurs, en-dehors de l'hôpital d'affectation officielle. (6) il y a dégradation des conditions d'hygiène hospitalière; (7) le manque de subsides pour le fonctionnement, la plupart des services publics fonctionnant sans subsides de l'Etat et les créances pour les ayants-droit du secteur officiel ne sont guère recouvrées.

1.3. Cadre de la réforme hospitalière

Le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 (PNDS 2011-2015), constitue le plan de mise en œuvre de la Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) adoptée comme contribution du secteur de santé aux efforts de lutte contre la pauvreté. Le PNDS et la SRSS sont les déclencheurs pour le Gouvernement du point d'achèvement de

l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés, en matière de santé, point atteint le 1^{er} juillet 2010.

Le **but** du PNDS est de contribuer au bien-être de la population congolaise d'ici 2015. Son objectif général est de contribuer à l'amélioration de la santé de la population dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, tandis que son objectif sectoriel est d'assurer des soins de santé primaires de qualité et à toute la population, en particulier aux groupes vulnérables, en vue de combattre les grandes endémies et les maladies non transmissibles pour réduire les maladies, les décès, les infirmités évitables.

Le PNDS s'articule sur **quatre axes stratégiques**: (i) le développement des Zones de Santé, (ii) l'appui au développement des Zones de Santé, (iii) le renforcement du leadership et de la gouvernance dans le secteur et, (iv) le renforcement de la collaboration inter sectorielle.

Pour la seconde stratégie (appui au développement des ZS), **cinq stratégies d'appui** seront mises en œuvre:

- i. développement des ressources humaines pour la santé
- ii. appui au secteur du médicament
- iii. réforme du financement de la santé
- iv. construction et/ou réhabilitation des infrastructures sanitaires, équipement et implantation de nouvelles technologies
- v. amélioration de la gestion de l'information sanitaire.

La **mise en œuvre** du PNDS 2011-2015 sera effectuée par les trois niveaux du système national de santé, selon les compétences constitutionnelles de chacun d'eux, et de manière conjointe avec l'ensemble de parties prenantes y compris la société civile. Cette approche participative permettra aux zones de santé de bénéficier de l'expertise des autres niveaux de la pyramide sanitaire.

Les **principes directeurs** qui guideront cette mise en œuvre sont :

- i. La reconnaissance de la zone de santé comme *seule unité opérationnelle de planification et de mise en œuvre des SSP* dans le respect des principes d'intégration, continuité, globalité des soins centrés sur l'homme
- ii. La progressivité dans le développement des zones de santé et l'amélioration de la couverture sanitaire nationale dans le respect de l'équité et de la justice distributive entre provinces, districts et territoires du pays
- iii. La Décentralisation effective pour la redistribution de l'autorité, de la responsabilité et des ressources dans le respect des compétences constitutionnelles et des missions de chaque niveau de la pyramide sanitaire
- iv. La mobilisation et l'allocation des ressources suffisantes et leur utilisation efficiente pour une prestation intégrée des services de santé essentiels permettant de réaliser l'accès universel
- v. La collaboration intersectorielle impliquant la nécessité d'institutionnaliser l'action intersectorielle coordonnée afin d'améliorer les déterminants de la santé
- vi. L'harmonisation et l'alignement de l'aide pour garantir que le budget de l'état alloué à la santé et les flux de l'aide internationale sont alignés sur les priorités du PNDS et utilisent les mécanismes de gestion consensuels mis en place par le Gouvernement

- vii. La responsabilité mutuelle pour les résultats par la mise en place et utilisation d'un cadre conjoint de suivi et évaluation des résultats du PNDS en conformité avec les engagements de « l'agenda de Kinshasa ».

Au regard de ce qui précède, la réforme hospitalière s'inscrit dans ce cadre qui du reste passe par une série des mesures à caractère organisationnel, managérial et financier, à même d'améliorer l'image de marque du secteur hospitalier et de le rendre plus compétitif.

1.4. Concept de la réforme hospitalière

La réforme désigne à la fois l'action de réformer et son résultat, c.-à-d. « Ramener à une forme meilleure » ou « un changement qu'on apporte dans la forme d'une institution afin de l'améliorer, d'en obtenir de meilleurs résultats ».

Il s'agit d'un « Ensemble d'activités destinées à **changer** les politiques de santé et les structures à travers lesquelles elles sont implantées » en vue d'« **un changement soutenu et déterminant pour améliorer l'efficacité, l'équité et l'efficience du secteur de la santé et plus particulièrement le système hospitalier** ». Comme pour tout changement, la réforme hospitalière bouscule les habitudes actuelles et pourra faire mal, mais elle est nécessaire pour que l'hôpital s'acquitte du mandat lui assigné.

La réforme hospitalière devra contribuer au renforcement institutionnel du secteur hospitalier pour garantir l'accès physique, géographique, économique, financier et social des populations aux services de santé de qualité, à la satisfaction et avec la participation consciente de celles-ci.

La réforme hospitalière est un changement structurant des modes de fonctionnement et de gouvernance des hôpitaux, en vue d'en faire des structures de santé obéissant à une logique d'entreprise, c'est-à-dire de production et de performance, tout en gardant sa mission sociale.

Ces structures sont capables de générer des recettes, de les gérer de manière autonome et de les utiliser dans le but de rendre accessibles les soins et d'améliorer la qualité des prestations offertes aux populations.

La problématique de la Réforme hospitalière est de faire de sorte que les hôpitaux allient mission de service public (donc accessibilité des soins à toutes les populations, en particulier, aux plus démunies) la qualité et la continuité des prestations.

2. Diagnostic du système hospitalier

L'hôpital de la RDC, service public par excellence, fut le pivot du système de santé pendant la période coloniale et quelques années après l'indépendance. Actuellement l'hôpital ne parvient plus à remplir sa mission pour diverses raisons dont la mauvaise gouvernance, le sous financement du système de santé dans son ensemble et de l'hôpital en particulier, les faiblesses dans le développement des ressources humaines, les conditions de vie du malade à l'hôpital, la vétusté des infrastructures, des équipements et du matériel médical et non médical ainsi que l'inaccessibilité aux médicaments de bonne qualité.

Le système hospitalier est calqué sur la pyramide sanitaire de la RDC :

- Au niveau national, il existe des hôpitaux ayant pour missions principales d'administrer des soins de santé du niveau tertiaires, de mener des activités de formation et de recherche.
- Au niveau intermédiaire, il existe 11 hôpitaux provinciaux publics et assimilés et **5 hôpitaux privés** de même niveau technologique ayant tous pour missions primaires d'administrer des soins secondaires et de servir d'appui à la formation et à la recherche.
- Au niveau opérationnel ou périphérique, il y a 393 hôpitaux généraux de référence sur 515 prévus et d'autres hôpitaux privés de même niveau de technologie ayant pour missions primaires de servir d'appui aux services de santé du premier échelon, les centres de santé, chargés des soins de santé de premier contact.

Toutefois, notons que le statut, la classification, la catégorisation et les plateaux techniques respectifs de ces hôpitaux ne sont pas encore bien définis.

Aussi, ces hôpitaux ne fonctionnent pas en système, chacun travaillant en vase clos.

2.1. Les différents problèmes du système hospitalier

Le problème central qui se pose à l'ensemble du système hospitalier de la République Démocratique du Congo est le faible accès des populations aux soins de santé de qualité. Ce problème résulte des 4 causes majeures directes qui sont :

1. la gouvernance dans les formations sanitaires est très peu satisfaisante ;
2. l'accès des populations aux soins de santé est inéquitable ;
3. la formation dispensée aux personnels de santé et la recherche en santé sont inadaptées aux besoins du secteur ;
4. la qualité des services et des soins offerts aux populations reste très peu satisfaisante.

2.1.1. La gouvernance dans les formations sanitaires est très peu satisfaisante

Sept causes principales ont été identifiées pour expliquer le niveau non satisfait de la gouvernance dans les formations sanitaires.

2.1.1.a. La mauvaise organisation de l'offre de soins et services de santé

Elle est due à la non définition et à la non description des missions de services, à la non disponibilité des outils et documents de travail et autres supports de collecte, à la non formulation des obligations du service public, au manque de coordination et de complémentarité horizontale et verticale entre les hôpitaux et autres formations sanitaires notamment publiques, à l'absence de permanence dans les soins à tous les niveaux, aux coûts trop élevés des soins par rapport au revenu moyen des congolais, à l'absence de continuité dans la prise en charge des urgences due elle-même à la non organisation du système de référence/contre référence, à l'inexistence des procédures internes (le circuit du malade entre autres) et à la complexité des mécanismes de prise en charge des malades dans les formations sanitaires.

2.1.1.b. La corruption rampante dans les formations sanitaires

La corruption est favorisée par l'absence de description des tâches et postes dans les formations sanitaires, le laxisme dans l'application des textes, l'impunité face aux fréquents comportements déviants observés (détournement des malades, consultations privées des malades, ventes parallèles des médicaments et consommables), à la non existence de la charte des bénévoles, temporaires et vacataires.

D'autres facteurs ont été identifiés comme étant à l'origine de la corruption dans les formations sanitaires ; il s'agit de l'absence d'harmonisation de la tarification des soins dans les formations sanitaires, l'absence de revalorisation des actes médicaux, la non appropriation de la stratégie gouvernementale de lutte contre la corruption au Ministère de la Santé Publique.

Il a également été noté que l'insuffisance de motivation du personnel est l'une des causes prépondérantes de la corruption ; cette démotivation relève elle-même des mauvaises conditions de travail, du faible niveau des salaires, de la non application de dispositions réglementaires relatives au profil de fonction et de carrière.

2.1.1.c. L'inefficacité et l'inefficience des ressources dans les formations sanitaires

Cette situation s'explique par les différentes causes ci-après :

Concernant les ressources humaines, l'absence de plan de carrière pour le personnel, la gestion encore centralisée des personnels, l'absence d'application de la réglementation dans le recrutement du personnel local (temporaire des hôpitaux et communautaires des centres de santé), l'absence de recyclage et de formation continue et l'inadéquation entre la description du poste et le profil du titulaire, l'inadéquation entre les postes à pourvoir et le nombre d'agents.

Pour ce qui est des ressources financières, les procédures de gestion des crédits de l'Etat sont complexes et lourdes ; la réglementation en vigueur en matière des marchés publics n'est pas appliquée et les recettes propres des formations sanitaires ne sont pas sécurisées ; l'absence presque totale des subsides de l'Etat et les créances pour les ayants droit ne sont guère recouvrées. Notons que les recettes obtenues par la tarification des actes ne peuvent pas couvrir les charges de l'hôpital.

Quant aux ressources informationnelles, l'insuffisance dans la collecte des informations sanitaires et la non exploitation des données sur le site de collecte.

En ce qui concerne les ressources matérielles, l'inexistence de la politique de gestion du patrimoine et d'un plan de développement de celui-ci à cause de la non définition des normes sur les infrastructures et équipements, de la mauvaise définition ou de la non application des procédures d'acquisition et enfin de la mauvaise organisation de la maintenance à cause de la non prise en compte des coûts récurrents des amortissements, des infrastructures et des équipements, la dégradation accrue des conditions d'hygiène et absence des mesures d'assainissement du milieu.

Pour ce qui est des médicaments, réactifs de laboratoire, consommables et dispositifs médicaux, la non disponibilité des médicaments et consommables médicaux d'urgence et à usage hospitalier dans les formations sanitaires, la disparité des outils de gestion, les fréquentes ruptures de stock, les ventes parallèles dans les formations sanitaires, les détournements, la dispensation des médicaments par les non-professionnels du médicament (dans les officines et les formations sanitaires) et enfin une insuffisance quantitative et qualitatives des produits spécialisés tels que antirétroviraux et autres.

2.1.1.d. La faiblesse institutionnelle

La faiblesse institutionnelle observée s'explique par un certain nombre de constats notamment :

- L'obsolescence des textes organiques des hôpitaux ;
- L'absence de règlement d'ordre intérieur et de la charte (droits et obligations) du malade dans les formations sanitaires ;
- L'inadaptation des statuts administratifs et financiers des hôpitaux nationaux ;
- L'absence de projet d'établissement ;
- L'absence de suivi-évaluation ;
- Le non-respect de la réglementation en vigueur en matière de l'exercice de la médecine et de la pharmacie en clientèle privée ;
- Le désengagement de l'Etat des secteurs sociaux dont l'hôpital depuis 1986 ;
- L'autonomie de gestion des hôpitaux sans mesure d'encadrement.

2.1.1.e. La mauvaise organisation du partenariat

Le partenariat en matière de soins et services de santé demeure mal organisé parce que ce concept est encore très peu vulgarisé et ne dispose pas d'un cadre juridique bien défini ni d'un guide technique bien élaboré (approche contractuelle) coulé sous forme d'acte réglementaire. Le vade-mecum du partenariat élaboré depuis 2001 n'a jamais fait l'objet d'un acte réglementaire. Les autres raisons de cette mauvaise organisation du partenariat sont : la non définition des mécanismes de complémentarité entre les hôpitaux et la non existence des pôles d'excellence.

2.1.1.f. La mauvaise organisation de la participation communautaire

Cette situation est due à la non maîtrise du concept de participation communautaire, à une mauvaise compréhension du financement et de la cogestion, à l'inadéquation du cadre juridique de la participation et du financement communautaires. Elle s'explique également

par la faible capacitation des membres des structures de dialogue dont le système de formation n'est pas défini, les mécanismes de motivation non élaborés et la non implication des communautés dans le processus d'évaluation des formations sanitaires.

2.1.1.g. L'insuffisance de la communication interne et externe dans les hôpitaux

La communication interne et externe dans les formations sanitaires est encore très faible parce que très peu d'entre elles disposent d'un plan média. Souvent, la plupart des personnels des hôpitaux n'apprennent certains événements ou mesures prises dans ces derniers que par voie de presse ou à travers d'autres canaux ou par la rumeur.

Les moyens de communication qui peuvent grandement contribuer à l'amélioration de l'accès des populations aux soins de qualité, restent encore peu développés : route, téléphone, Internet, radiophonie, etc.

Le marketing ou mieux les relations publiques des établissements des soins n'ont pas encore été réglementées.

Savoir s'orienter au sein de l'hôpital est parfois une gageure car souvent il n'y a aucune indication du circuit du malade.

2.1.2. L'accès des populations aux soins de santé et services de santé est inéquitable

L'accès aux soins est encore inéquitable parce que l'accessibilité physique, financière et socio-culturelle aux soins et services de santé demeurent inéquitables.

2.1.2.a. L'accessibilité physique de soins et services est inéquitable

Cette situation provient de la couverture sanitaire inadéquate, elle-même due à l'insuffisance quantitative et qualitative des services de santé de 1^{er} échelon, la faible opérationnalité des services de santé de 1^{er} échelon, la distribution géographique irrationnelle des formations sanitaires, l'absence d'organisation dans la prise en charge des urgences et des victimes des catastrophes, l'inéquité dans l'accès aux soins de très haut niveau (évacuation sanitaires), la répartition inadaptée des ressources humaines et matérielles, la disponibilité irrégulière des médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux.

2.1.2.b. L'accessibilité financière aux soins et services de santé est inéquitable

Elle est marquée par une forte proportion des ménages pauvres, l'absence d'organisation de la prise en charge des indigents, l'insuffisance de l'allocation des crédits de l'Etat au secteur santé, les difficultés de mobilisation des fonds alloués par l'Etat, l'absence d'un système de partage de risque maladie, l'existence d'une forte proportion des groupes vulnérables, les coûts de prestation encore élevés par rapport au revenu moyen de la population et enfin l'absence d'intégration et de coordination de l'utilisation des contributions des partenaires au développement.

2.1.2.c. L'accessibilité socioculturelle des populations aux soins et services de santé est inéquitable

Elle est caractérisée par l'existence des barrières socioculturelles, le faible niveau d'instruction/éducation de certaines populations et la non prise en compte de l'aspect genre.

2.1.3. La formation dispensée au personnel de santé et la recherche en santé est inadaptée aux besoins du secteur

Cette situation est due à deux causes principales :

- L'absence de définition de stratégies de formation des personnels de santé ;
- Le déficit d'organisation de la recherche opérationnelle.

L'absence de définition de stratégies de formation des personnels de santé résulte de trois causes directes qui sont :

2.1.3.a. L'inexistence d'une gestion prévisionnelle des effectifs

L'inexistence d'une gestion prévisionnelle des effectifs est causée elle-même par :

- l'inadaptation des cursus de formation aux besoins des utilisateurs,
- la non définition des besoins de formation,
- l'insuffisance de la formation pratique dans les écoles de formation,
- la non implication des ordres professionnels à la formation des professionnels de santé.

2.1.3.b. La non formalisation des missions de formation assignées aux structures sanitaires des différents niveaux

Elle est due à :

- la non formalisation de la politique nationale de formation ;
- l'absence d'un plan stratégique de formation basée sur des données pertinentes et des mesures urgentes ;
- l'inadaptation de l'organisation (structurelle et fonctionnelle) des structures sanitaires aux missions de formation ;
- la non définition formelle de la notion du centre hospitalo-universitaire et son organisation conséquente.

2.1.3.c. La faible coordination des ministères et organismes impliqués dans la formation des personnes de santé

Elle résulte de :

- l'inexistence d'une instance formelle de coordination de la formation des personnels de santé,
- l'absence d'un cadre juridique de coordination de la formation des personnels de santé,
- l'absence de plate-forme de concertation entre les ministères de la santé publique et de l'enseignement supérieur.

2.1.4. La qualité des soins dispensés reste très peu satisfaisante

Elle est la résultante de cinq causes majeures :

2.1.4.a. Le développement des ressources humaines n'est pas satisfaisant

Cette non satisfaction est inhérente à :

- l'inadaptation des formations initiale et continue consécutive aux faiblesses que sont l'inadaptation des cursus des formations de base aux besoins et réalités du terrain, l'absence d'organisation qui caractérise la formation continue et l'inexistence de plusieurs filières essentielles ;
- la planification défectueuse des effectifs tributaire d'un système de recrutement non rationalisé, et d'une distribution inéquitable des effectifs et la mise à la retraite sans indemnisation préalable ;
- le déficit quantitatif et qualitatif des personnels à tous les niveaux surtout les spécialistes cliniciens ;
- les effectifs pléthoriques dans les milieux urbains surtout du personnel administratif.

2.1.4.b. La gestion des ressources humaines n'est pas satisfaisante

Cette situation est favorisée par les affectations des personnels, la mauvaise exploitation de l'expertise et la répartition inadéquate des effectifs, les comportements déviants à tous les niveaux du système consacrés par l'absence de modalités d'évaluation des personnels de santé, les pressions diverses sur les gestionnaires desdits personnels, l'impunité de certains personnels et la démotivation généralisée du personnel.

Ce déficit en motivation, quant à lui, résulte de l'inexistence d'un plan de carrière, d'une rémunération insuffisante, des conditions de travail non satisfaisantes, d'une protection insuffisante contre les risques professionnels, de la sous information du personnel sur ses droits et devoirs et enfin de la non organisation de l'exercice de l'activité privée au sein des formations sanitaires publiques.

2.1.4.c. L'inadéquation entre les ressources financières et les missions des établissements

Elle est caractérisée par un financement sans rapport avec le coût réel des prestations, l'indisponibilité des fonds de l'Etat en temps réel, par l'insuffisance et l'allocation peu rationnelle des ressources, par l'utilisation peu rationnelle de celles-ci et enfin par l'absence de sécurisation des recettes de structures de santé.

Le diagnostic du financement de l'hôpital public ne s'écarte pas du diagnostic du financement de l'ensemble du système de santé qui se caractérise par : (i) le budget reste faible par rapport aux besoins et aux engagements internationaux et son taux d'exécution est également faible, (ii) l'allocation budgétaire ne prend pas toujours en compte les priorités du secteur, (iii) le Ministère de la Santé n'est pas associé dans la fixation des enveloppes, l'élaboration du plan d'engagement ainsi que du plan de trésorerie, (iv) la passation des marchés publics échappe à la maîtrise du Ministère de la Santé.

L'aide extérieure consacrée à la santé sous forme de projets constitue le mode de financement extérieur apportant un appui aux investissements. Mais cette aide est en grande

partie destinée aux programmes verticaux. Ce qui conduit facilement à des services de santé basés sur les indicateurs des programmes contre la maladie en lieu et place des services de santé basés sur l'homme ainsi qu'à la fragmentation du leadership de l'hôpital dans l'organisation des services de santé dans la zone de santé. En outre, le financement international alloué au secteur de la santé a un caractère extrabudgétaire, avec un faible alignement et peu d'harmonisation sur les programmes de développement de la zone de santé.

Avec la compression drastique des financements publics, les ménages sont amenés à supporter la quasi-totalité de la charge de fonctionnement des services de dispensation des soins de santé. Ce mode de paiement direct par les ménages constitue pourtant un important obstacle financier à l'accès aux soins par les couches les plus pauvres de la population et entraîne une baisse du taux d'utilisation des services curatifs.

Garant du bien-être de la population, le gouvernement devrait mettre en place des mécanismes facilitant l'accessibilité financière des tous aux soins de santé de qualité, même pour les couches sociales des démunis. Le principal mécanisme développé par l'Etat pour ce faire fut la carte d'ayants droit. Mais depuis que l'Etat ne donne plus des subsides aux formations sanitaires, cette carte a perdu sa valeur monétaire.

D'autres mécanismes qui auraient pu faciliter l'accessibilité financière de la population aux soins de santé de qualité ce sont l'assurance maladie et les mutuelles de santé. Ces deux mécanismes ne fonctionnent que sous forme de quelques initiatives limitées dans l'espace et dans la pénétration au sein de la communauté.

Analyse des différentes sources :

Les principales sources de financement d'un hôpital sont :

- Les subventions du gouvernement, à partir du budget de l'Etat
- Les financements extérieurs : projet d'appui bi- ou multilatéral
- Les recettes propres : recouvrement de la consommation des soins par la population
- Des dons et legs

Le financement public devrait être la principale source de financement de l'hôpital public, tant en investissement qu'en fonctionnement. La longue situation de désengagement de l'Etat a fait basculer la charge des investissements majeurs sur le financement extérieur et la charge du fonctionnement courant sur les ménages. Le recouvrement des soins auprès des ménages permet le fonctionnement (fournitures de bureau, consommables médicaux, médicaments et motivation du personnel) non seulement des structures prestataires des soins (centre de santé et hôpital), mais également des services hiérarchiques d'encadrement, de régulation et de coordinations.

Le financement de l'Etat pour l'hôpital public se caractérise par une absence des subventions suffisantes, régulières et adéquates pour couvrir les coûts de fonctionnement et investissement. De même, il y a une absence des financements extérieurs orientés vers l'hôpital sauf pour acheter quelques prestations dans le cadre de paiement basé sur la performance ou d'actions caritatives et humanitaires.

Du fait de leur sous financement, l'hôpital public n'a pas les ressources nécessaires pour remplir pleinement sa mission et jouer son rôle de pivot de développement de la zone de santé.

Budgétisation et décaissement des fonds

La confection du budget de l'hôpital public ne se fait plus conformément aux prescrits de la loi sur les finances publiques. La revue des dépenses publiques du secteur de la santé a même établi que les services publics des provinces ne préparent plus des prévisions budgétaires ou présentent juste une reconduction des budgets des exercices précédents. La non-exécution des budgets alloués aux établissements des soins, surtout en frais de fonctionnement et d'investissement, a conduit à ce relâchement.

Les quelques hôpitaux qui émargent parfois au budget de l'Etat subissent les conséquences des violations fréquentes des règles d'affectation des crédits. Des décrets d'avances, d'annulations et de transferts de crédits, l'utilisation de période complémentaire permettant d'imputer des opérations d'un exercice à un autre, contournant ainsi les principes budgétaires comme l'annuité, l'unicité.

Tarification des soins et des actes médicaux

Pour régler les prix à payer pour des soins et services de santé, le Ministère de la Santé a publié l'arrêté n°005/71 déterminant la tarification des actes professionnels des médecins, chirurgiens et spécialistes exerçant à titre privé et l'arrêté départemental n° D.SASS/1250/0002/82 déterminant les règles générales de tarification des prestations sanitaires, la valeur numérique des lettres clés ainsi que les frais d'hospitalisation dans les formations médicales. Depuis plusieurs années, ces arrêtés ne sont ni suivis ni actualisés. Les établissements de soins fixent les tarifs sur base des critères différents d'une formation sanitaire à une autre. De même, le mode de paiement, par acte, par forfait ou avec un ticket modérateur n'est pas connu de la population avant de demander les soins.

Le déficit en plateaux techniques

Il est noté une absence de politique nationale en matière de gestion du patrimoine, une répartition géographique inadéquate des équipements, une mauvaise définition des procédures d'acquisition de ceux-ci et l'absence de plan de développement du patrimoine. Cette absence est conséquente à l'inexistence de normes en équipements et infrastructures, à une mauvaise définition et application des procédures d'exploitation ainsi qu'à une inorganisation de la maintenance.

Les faiblesses dans l'organisation et le fonctionnement des formations sanitaires

Elles s'expliquent par une démarche qualité insuffisante, une absence de planification opérationnelle, une gestion insuffisante des informations sanitaires, une organisation technique anarchique résultant de la non définition des missions générales et spécifiques à chaque structure de soins, à la définition des normes en équipements et infrastructures, des protocoles de soins incomplets et la non utilisation de ceux qui existent, en enfin par une organisation administrative inefficace ayant comme corollaires des attributions de contenu

opératoire non pourvues, un cadre juridique obsolète avec des procédures administratives mal définies et complexes.

2.1.5. Conclusion

Au terme de ce diagnostic détaillé, il apparaît clairement que le système de soins en RD Congo est miné par des graves maux, aussi, la réforme hospitalière devient une nécessité impérieuse. Elle doit être le moteur de la réforme du système de soins et de service. Elle est réalisable mais exigeante car bien menée, elle devra conduire à une profonde rupture avec les mentalités et les habitudes du passé.

Elle nécessitera une volonté politique sans faille et une action soutenue pendant de nombreuses années pour atteindre un niveau suffisant de mise en œuvre du nouveau système et garantir sa pérennité. Ainsi, une vision du système de santé réformée est préconisée dans le cadre d'intervention développée ci-après.

2.2. Goulots d'étranglement

Les goulots d'étranglement de la réforme sont, entre autres, le manque de l'autonomie de gestion des hôpitaux, la gestion irrationnelle des ressources humaines, les financements insuffisants, la politisation et népotisation de l'administration, la corruption et antivaleurs, le manque de culture de suivi et d'évaluation des décisions prises ainsi que le manque d'inspection et contrôle.

Dans le renforcement du rôle de l'hôpital dans le système de santé, il s'agit de relever les défis suivants découlant du diagnostic sectoriel :

1. Que les usagers, avec la participation active dans la prise de décisions et la promotion de la santé, reçoivent des services préventifs gratuits et curatifs moyennant paiement d'un ticket modérateur forfaitaire établi en fonction des revenus moyens des populations. En d'autres mots, comment s'approprier l'organisation et le développement des Fonds d'Achat des Services de Santé (FASS), expérimentés depuis 4 ans sous le leadership notamment de l'Union européenne, dans une Convention et sous la tutelle du Gouvernement.
2. Que les soins curatifs soient achetés aux Formations Sanitaires par les agences d'achat des services, ou dans le cadre d'associations mutualistes et d'assurance-maladie pour les soins de santé primaires et les références essentielles pour garantir l'égalité des chances des populations devant les besoins de santé.
3. Que la motivation du personnel de santé soit accrue par l'octroi de primes aux personnels gestionnaires et prestataires des soins de santé.
4. Que le rôle de régulation et de contractualisation tenant compte des réalités locales soit renforcé au niveau de l'Administration Publique.

2.3. Analyse SWOT

Le tableau 1 donne un résumé de l'analyse SWOT du secteur hospitalier.

Tableau 1. Analyse SWOT du secteur hospitalier

Forces	Opportunités
<ol style="list-style-type: none"> 1. Un PNDS adopté dans lequel on a décrit les grandes lignes du secteur hospitalier 2. Une définition claire de la relation entre l'ECZ et l'hôpital de 1^e référence 3. Un nombre suffisant de personnel en général 4. Un grand nombre d'hôpitaux bien construits, mais des bâtiments vétustes 5. Un secteur privé non-lucratif motivé 6. Une motivation manifeste au niveau décentralisé de changer la situation actuelle 7. La reprise de paiement des salaires et primes aux fonctionnaires 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La politique de décentralisation avec les attributions claires aux provinces. 2. Un PNDS adopté avec un budget prévisionnel pour le secteur hospitalier 3. Une volonté manifeste au niveau du MSP de vouloir changé 4. Un redéploiement des moyens actuellement disponibles pourrait déjà changer quelque chose 5. L'engagement de la diaspora congolaise 6. L'émergence de l'approche d'un financement lié à la performance
Faiblesses	Menaces
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le manque de certaines capacités techniques au niveau des ressources humaines 2. L'absence d'une carte hospitalière et une réglementation adaptée 3. L'absence des normes 4. L'absence des outils et des procédures de gestion 5. La mauvaise gouvernance et le manque de leadership dans les hôpitaux 6. La culture de commercialisation de la médecine 7. Une pléthore en personnel malformée d'où le diplôme ne vaut plus rien 8. L'absence des lignes budgétaires dans le budget de l'Etat pour le financement du fonctionnement des hôpitaux 9. Un grand nombre de personnel contractuel non-intégré à la fonction publique 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le budget prévisionnel du PNDS ne sera pas voté comme loi 2. Le budget voté ne sera pas exécuté 3. Le MSP n'investit pas suffisamment (ressources humaines, logement, équipement, budget de fonctionnement) pour le fonctionnement de la structure d'appui à la réforme au niveau national 4. La proposée pour la gestion des ressources humaines ne sera pas accepté par les intéressés et/ou les syndicats 5. La réforme institutionnelle prévue dans le SRSS avance trop lentement et la capacité au niveau des provinces (DPS) ne sera pas mobilisée à temps à fin d'appuyer les hôpitaux à la réforme

Dans le cadre de la Décentralisation et la répartition territoriale des compétences et des ressources, la Constitution assigne à la libre administration des provinces l'organisation et la promotion des soins de santé primaires. Y compris ainsi la référence primaire qu'est l'Hôpital Général de Référence (HGR) de la Zone de santé. C'est dire que toutes les références secondaires ou provinciales ainsi que tertiaires ou nationales et spécialisées feront l'objet de l'attention particulière du pouvoir central.

Il faut souligner aussi l'engagement renouvelé du pays à (1) renforcer les systèmes de santé en passant par la revitalisation de la Zone de santé ; (2) le recentrage plus net des programmes de santé verticaux pour qu'ils appuient le développement des systèmes de santé ; (3) l'alignement de tous aux stratégies de réduction de la pauvreté ; (4) le fait de garder à l'esprit les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ; (5) la Déclaration de Paris sur l'harmonisation et l'efficacité de l'aide, dernièrement concrétisé dans l'Agenda de Kinshasa (2009) ; (6) et l'engagement financier accru de partenaires tels que le Fonds mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, l'Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination, l'Alliance mondiale pour les Personnels de Santé, le Réseau de Métrologie sanitaire, et l'Initiative d'allègement de la dette multilatérale dans le cadre de l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (I-PPTE).

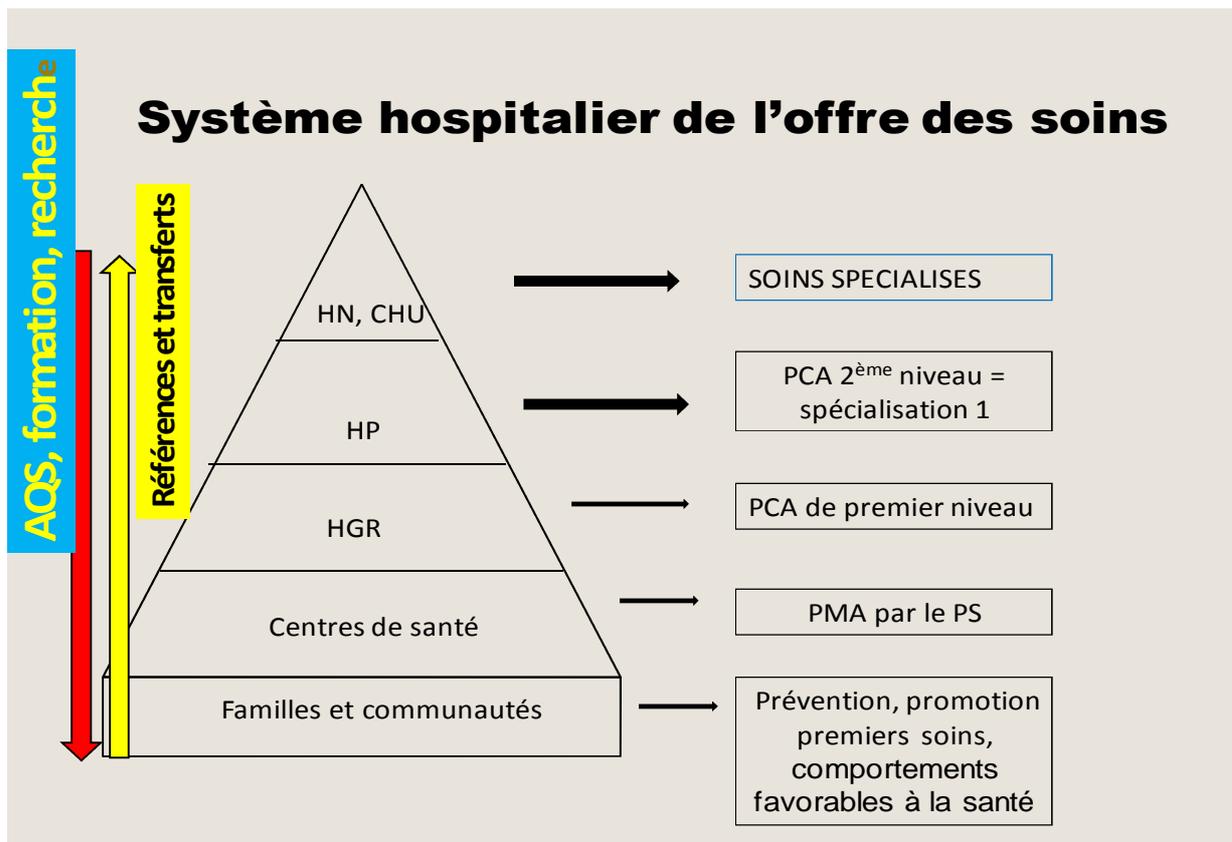
Récemment en novembre 2008, à l'initiative de la Diaspora congolaise, se sont tenues à Bruxelles les Premières Journées de Solidarité Internationale sur la Santé, axées sur la Problématique et stratégies pour la redynamisation des hôpitaux en RDC.

- Des recommandations pertinentes ont été soulevées : (1) Il faut absolument que l'Etat congolais arrive à appuyer le budget des institutions hospitalières en leur assurant, comme cela est prévu, un budget de fonctionnement correct ; (2) les ministères en charge doivent avoir une vision globale et précise, et renforcer leurs services pour maîtriser ce qui se passe dans les hôpitaux ; (3) il doit pouvoir être centralisé dans ces services toute intervention extérieure en faveur des hôpitaux ; (4) le dialogue devrait se développer avec la diaspora congolaise à travers la Coordination Générale des Congolais de l'Etranger (CGCDE) ; (5) la RDC ne devrait pas se confiner parmi les pays hors de la modernité, incapables de s'approprier les techniques avancées de la science de guérir, tel que par exemple la chirurgie laparoscopique.
- Outre ces recommandations au Gouvernement congolais ce Colloque a souligné des aspects pertinents relatifs à (1) la formation et recherche ; (2) l'accès aux soins notamment par la mutualisation et la prise en charge des coûts des soins ; (3) l'accès des institutions aux équipements ; (4) le pôle d'activités pour soins collectifs, en particuliers les laboratoires collectifs ; (5) le médicament, l'imagerie médicale, l'hygiène hospitalière ; de même que (6) l'éthique.

3. Principes directeurs de la réforme

3.1. Le système hospitalier de la RDC

Le Système Hospitalier de la RDC se conçoit en système comprenant trois niveaux de plateaux techniques calqués sur les trois niveaux du système national de la santé, le périphérique, le provincial et le national. En plus, il est prévu une régionalisation de certaines catégories d'hôpitaux de hautes technicités (de pointe) pour des raisons d'économie et de pratique (une masse critique des clients pour garder un gradient de compétence).



3.2. Catégorisation des hôpitaux

Pour chaque catégorie d'hôpital, les mandats, missions, rôles et attributions sont à préciser et un contrat programme de réalisation de sa mission dans le système hospitalier est fixé entre l'hôpital et la hiérarchie et un programme de suivi et évaluation doit se faire sur base des indicateurs fixés.

Voir hiérarchisation des établissements des soins dans le tableau du paragraphe suivant.

Selon le niveau et le plateau technique de l'hôpital, il sera offert les soins curatifs, hospitaliers, d'urgences et catastrophes, préventifs, promotionnels et de réadaptation et réhabilitation en santé, nursing, techniques spécialisées, télémédecine, interventions à haut impact ou non, Services médico-techniques, services sociaux et psycho-sociaux,

l'assainissement de l'environnement et de l'hygiène hospitalière, l'hôtellerie et autres services d'appoint.

<u>HOPITAL</u>	<u>FONCTION</u>	<u>CATEGORIE</u>	<u>SUPERVISEUR</u>
CENTRE DE SANTE	PMA	SSP	ECZ
HOPITAL PRIVE DANS LA ZS	PCA	SSP	ECZ
HGR ZS	PCA1	SSP	ECZ-ECP
HOPITAL PRIVE DANS LA PROVINCE	PCA2	SSP-SECONDAIRE	ECZ-ECP
HOPITAL PROVINCIAL	PCA2	SSP-SECONDAIRE	ECZ-ECP
HOPITAL NATIONAL	PCA3	SSP-TERTIAIRE	CLIN UNIV
CHU	SOINS SPECIALISES, FORMATION ET RECHERCHE	SSP-TERTIAIRE	CLIN UNIV
CLINIQUES UNIVERSITAIRES	SOINS SPECIALISES, FORMATION ET RECHERCHE	SSP-TERTIAIRE	CLIN UNIV
CENTRES HAUTEMENT SPECIALISE	DIAGNOSTIC & SOINS DE POINTE	HAUTEMENT SPECIALISE	CLIN UNIV

3.3. Collaborations entre hôpitaux

Il sera dressée une cartographie d'implantation des hôpitaux en définissant les mouvements des malades (références et transferts), les lieux des formations de base et initiales, les responsabilités dans les recherches fondamentales et opérationnelles, les appuis techniques, scientifiques et professionnels des hôpitaux à hauts plateaux techniques pour les autres (hôpitaux) de niveau technique inférieur (coaching, audits médicaux,...).

3.4. Quelques principes pour la réforme hospitalière

Dans la réforme hospitalière on doit tenir compte et respecter les quelques principes ci-dessous qui se sont montrés payant dans l'histoire de notre Pays et dans les autres Pays. Il s'agit de :

1. L'hôpital est un service public : l'organisation du système hospitalier est de la responsabilité de l'Etat, les hôpitaux ayant la vocation publique ;
2. L'Etat comme régulateur : L'Etat au niveau national doit jouer pleinement son rôle constitutionnel de régulateur, de leadership ;

3. Séparation des pouvoirs (fonctions) : La réforme du financement de l'hôpital vise un redéploiement de grandes fonctions du système de santé assumées par l'Etat et l'hôpital public notamment la séparation entre la fonction de financement et la fonction de production de soins, la fonction de tutelle et la fonction de gestion ainsi que le développement de la fonction de régulation contre la fonction de contrôle. Le régulateur (Etat) ne doit pas être prestataire au même moment et le bailleur/financeur ne doit pas être prestataire ni se substituer en régulateur. Le client ou usager a le pouvoir correcteur. On ne peut pas se contrôler soi-même ;
4. L'intégration de l'ECZ dans l'HGR ;
5. Par rapport au financement : le financement des investissements revient à l'Etat tandis que les frais de fonctionnement sont payés de façon concurrente par l'Etat, les Partenaires et les clients ;
6. Le salaire suit le poste : le nombre des postes étant fixé selon les besoins de l'hôpital, l'employeur (représenté par l'hôpital) ne rémunère que l'employé qui est à son poste de prestation des services ; le peu d'argent devant être réparti à ceux qui travaillent effectivement ;
7. Redevabilité effective à tous les niveaux : chaque personne et structure impliquée doit savoir à qui rendre compte et le faire. Il ne doit pas subsister deux systèmes parallèles (national et autre) ;
8. La réforme doit être systémique : Approche de l'ensemble du système de santé, d'un établissement ou d'une zone de santé : changer le tout à la fois pour être plus efficace ;
9. Le statut juridique : Quel que soit le statut juridique, la gestion de l'hôpital doit être autonome avec des mécanismes transparents et orthodoxes de gestion, des organes de décisions et ceux d'exécutions avec des mécanismes de contrôle ;
10. La qualité des soins offerts doit être garantie ;
11. L'hôpital a un rôle à jouer dans la formation du personnel de santé ; ce rôle doit être défini pour chaque hôpital déterminé ;
12. Le système d'information de l'hôpital doit être informatisé et l'archivage des dossiers et des données pertinentes organisé ;
13. Le tableau des dépenses doit se faire par rubrique et conformément aux textes ;
14. La tarification des soins se fera de préférence par épisode et de façon forfaitaire.

4. Vision du système hospitalier d'ici 25 ans

Notre vision est une société dans laquelle tous les Congolais sont en bonne santé et participe au développement du Pays. Pour ce faire, il faut que d'ici 25 ans, soit la durée d'une génération, le système hospitalier de la RDC atteigne et dépasse les niveaux des indicateurs de santé atteints par le Pays à l'un ou l'autre moment de son histoire. La réforme du système hospitalier pourra ainsi :

1. Améliorer la satisfaction des besoins exprimés ou non de toute la population par une meilleure réponse à ses principales attentes ;
2. Optimiser le fonctionnement du système hospitalier ;
3. Développer les ressources humaines œuvrant dans les hôpitaux.

De manière concrète, d'ici 25 ans on aura :

1. Tous les textes des lois et réglementaires nécessaires pour le développement du système de santé en général et du système hospitalier en particulier promulgués, vulgarisés et mis en application ;
2. Les normes relatives aux établissements des soins de santé fixées et appliquées ;
3. Le cadre de travail approprié et qui stimule les initiatives individuelles et collectives ;
4. Les communautés stimulées à la cogestion du système hospitalier en vue de la satisfaction de leurs besoins et responsabilisées dans la prise en charge effective de leurs problèmes de santé ;
5. Chaque établissement des soins de santé avec son plan stratégique et son contrat-programme ;
6. Les établissements des soins de santé fonctionnant en système cohérent où chacun joue son rôle à la satisfaction de tous les autres ;
7. La gestion du système hospitalier transparente, efficace et efficiente ;
8. Tous les professionnels de santé prestant leurs services en conformité aux règles de déontologie et d'éthique professionnelle ;
9. La bonne gouvernance appliquée sous le leadership de l'Etat place la RDC parmi les pays modèles ;
10. La corruption et les autres antivaleurs systématiquement sanctionnés selon les textes en vigueur ;
11. Les soins de santé offerts de bonne qualité et utilisés ;
12. L'accès aux soins de santé est rendu universel par un système de financement alternatif permettant la solidarité nationale ;
13. La médecine de pointe est développée et accessible à tous suivant les mécanismes de solidarité nationale dans le Pays ;
14. La médecine traditionnelle intégrée dans le système de santé en général et dans le système hospitalier en particulier ;
15. Les 5 piliers du système de santé de la RDC développés à la satisfaction de l'ensemble de la population : les produits pharmaceutiques de bonne qualité sont disponibles partout à des prix accessibles, le personnel de santé motivé est disponible en quantité et qualité adéquate dans tous les établissements des soins de santé, le financement du système hospitalier est adéquat, introverti et pérenne ;
16. Les niveaux des indicateurs de santé placent le Pays parmi les meilleurs d'Afrique.

5. Objectifs, orientations stratégiques et cadre logique 2011-2015

5.1. Objectifs de la réforme hospitalière

Objectif général

La réforme hospitalière vise à rendre l'ensemble des hôpitaux du Pays capables de réaliser pleinement leur mandat, dans le cadre du Document de la Croissance et de la Réduction de la Pauvreté (DSCR), celui de contribuer au bien-être physique, mental et social de la population en général et des mères et enfants en particulier et ainsi que des autres groupes vulnérables.

La réforme hospitalière devra contribuer à l'amélioration de la santé de toutes les communautés couvertes quelles que soient leur statut et conditions, et les groupes les plus vulnérables en particulier, par un accès pérenne aux soins de santé de qualité.

Objectifs spécifiques

Cinq objectifs spécifiques ont été retenus. Il s'agit d'ici 2015 :

1. De rendre satisfaisante la gouvernance dans toutes les formations sanitaires de la RDC ;
2. D'adapter la formation de base et continue des personnels de santé aux besoins du système de santé du pays ;
3. D'adapter la recherche en santé aux besoins du système national de santé ;
4. De rendre équitable l'accès de toutes les populations de la RDC aux soins et services de santé de qualité ;
5. D'améliorer la qualité des soins et de services de santé dispensés dans toutes formations sanitaires de la RDC.

Produits attendus

Les produits attendus sont décrits dans le cadre programmatique en annexe.

5.2. Les axes stratégiques

Les 5 axes stratégiques d'intervention dans le programme de la réforme hospitalière suivent les objectifs spécifiques et comprennent :

1. La gouvernance, décentralisation et intersectorialité ;
2. La rationalisation de la gestion des ressources humaines ;
3. Le financement des établissements des soins et la contractualisation ;
4. L'appui à la gestion rationnelle des formations sanitaires ;
5. L'amélioration de la couverture nationale et de la qualité des services et des soins.

5.2.1. La gouvernance, décentralisation et intersectorialité

Le pays vient de se lancer dans le programme de réforme de son système hospitalier ; et pour réussir celui-ci, il faudra mettre en place un cadre propice prenant en compte l'amélioration de la gouvernance ainsi que la conduite du programme sectoriel de

décentralisation conformément aux textes légaux en vigueur, tout cela dans un contexte de collaboration intersectorielle. Cet axe stratégique comprend donc les sous-axes ci-après :

5.2.1.a. La définition du mandat et rôle du système hospitalier ainsi que des normes

Il s'agit d'arriver à une formulation claire du mandat et du rôle social des établissements hospitaliers à travers quatre grandes actions :

- Couler sous forme de textes légaux et réglementaires l'organisation, le fonctionnement, les mandats et missions de l'hôpital (loi hospitalière, normes et autres textes...) ;
- Vulgariser les documents une fois disponibles ;
- Amener les hôpitaux à élaborer leurs projets d'établissement en tenant compte de ces mandats ;
- Elaborer un plan d'acquisition des équipements adéquats en fonction de besoins exprimés.

5.2.1.b. Le renforcement de pilotage

Le renforcement de pilotage se traduira par la standardisation des organes, la production des textes de base incluant les aspects de représentativité des différentes parties prenantes, de diversification de l'encadrement selon les domaines de prestation ainsi que de fonctionnalité des organes existants. Il y aura donc nécessité à prendre des actes légaux (Lois, Edits) pour y arriver.

5.2.1.c. Structuration / Cadre organique

Cet axe vise une standardisation par niveaux des structures organiques. Il faudra pour cela examiner rapidement et enrichir le cadre organique existant (2003) de manière à reformuler les fonctions et les attributions du ministère de la santé à tous les niveaux pour garantir l'encadrement des établissements des soins et l'accès universel aux soins.

5.2.1.d. Renforcement des rôles des parties prenantes

Ce renforcement de rôle se fera conformément aux spécificités et aux apports de chaque partie prenante :

i. Public santé

Le public santé est constitué par les structures du Ministère de la Santé à divers niveaux. Le rôle de ce public est la configuration correspondant à la mission de chaque niveau dans le cadre de la décentralisation. Le renforcement de ce rôle passe par deux actions :

- Reformuler les fonctions et les attributions du ministère de la santé à tous les niveaux pour garantir l'encadrement des établissements des soins et l'accès universel aux soins ;
- Renforcer la coordination à tous les niveaux (surtout central et provincial).

ii. Public intersectoriel autre que territorial

Le rôle de ce public comprend la bonne collaboration intersectorielle. Pour y arriver, il faudra mener des actions de renforcement de cette collaboration.

iii. Parapublic : corporations professionnelles

Les corporations professionnelles sont appelées à garantir l'amélioration de la prestation dans les hôpitaux ainsi que leur relations avec les syndicats. A cette fin, il sera nécessaire de leur apporter, le cas échéant, un appui matériel (habilitation des cadres et conseil de discipline).

iv. Privé associatif ou lucratif

Cette partie prenante devra renforcer son implication à l'action médicale de l'Etat et s'harmoniser avec les services internes des institutions sanitaires (encadrement moral et spirituel). L'action à mener consiste à actualiser l'ordonnance portant participation des personnes privées à l'action médicale de l'Etat.

v. Individu / Famille / Communauté

Une participation effective et améliorée au processus de prise de décision à tous les niveaux de la gestion du système hospitalier est la finalité du rôle que doit jouer la communauté. L'action envisagée pour arriver à cette situation souhaitée est le renforcement de l'implication (participation) de cette communauté à l'action médicale de l'Etat.

vi. Partenaire technique et financier

Le rôle du partenaire technique tel que décrit dans la Déclaration de Paris concerne l'alignement, le transfert de technologie ainsi que le partage de responsabilité mutuelle. Le ministère de la santé devra renforcer son leadership à tous les niveaux pour accompagner les partenaires dans ce rôle.

vii. Public des entités territoriales

Ce public doit assurer à travers un leadership politico-administratif une bonne collaboration intersectorielle, harmonisée et apaisée. Il devra pour cela renforcer le cadre de concertation entre les partenaires multisectoriels intervenants dans le système hospitalier.

5.2.1.e. Rapportages périodiques

La mise en œuvre de ce sous-axe viendra combler le déficit criant de rapportage à tous les niveaux.

i. Prestations des services cliniques et para cliniques hospitaliers et d'hôtellerie

La finalité de ce programme est d'assurer un rapportage effectif, régulier, conforme et utile à la prise de décisions. Ce qui demandera comme action de renforcer les différentes mesures de faisabilité.

ii. Prestations des services d'encadrement des stages

Dans le cadre de l'encadrement des stages, les formations hospitalières ont le devoir de rendre disponible le rapport réel reflétant le déroulement et le résultat des stages et des apprenants. Les actions pour atteindre cette situation comprennent :

- Formuler des instructions pour exiger le rapportage ;
- Renforcer la collaboration entre les établissements de formation et ceux de stage.

iii. Prestations de facilitation de recherche en santé

Après les actions de recherche, les formations hospitalières devront disposer des rapports sur les recherches effectuées afin que les résultats de ces actions puissent être exploités à toute fin utile. L'action à mener à ce niveau concerne le développement de la culture de rapportage sur les recherches.

iv. Pilotage local et tutelle du niveau

Le pilotage local ainsi que la tutelle doivent se faire de façon régulière. Cela demande de développer les outils appropriés à cette fin.

5.2.1.f. Contrôle et inspection

Pour arriver à disposer d'une réglementation sur les différents types d'inspection et de contrôle (administratif, technique, déontologique et juridique), il faudra redynamiser les services de contrôle et inspection.

5.2.2. Rationalisation de la gestion des ressources humaines

Elle comprend 5 sous-axes :

5.2.2.a. Rationalisation du fonctionnement des formations sanitaires, des RHS et de la carte sanitaire

Concernant la rationalisation des ressources humaines pour la santé, le PNDS préconise des actions ci-après :

1. Redéployer le personnel pléthorique dans les formations sanitaires qui en ont besoin ;
2. Recruter les catégories qui en manquent (pharmacien, anesthésiste, radiologue, etc.) ;
3. Actualiser les listes de mise en retraite du personnel de santé en collaboration avec la fonction publique ;
4. Définir les modalités pratiques d'une fin de carrière honorable.

5.2.2.b. Renforcement de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire

En matière de Développement des ressources humaines pour la santé, les hôpitaux doivent disposer d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de services et de soins de santé de qualité.

Pour atteindre ce résultat, dans le cadre du renforcement de la formation de base du niveau secondaire, supérieur et universitaire, les hôpitaux devront contribuer à l'effort du Ministère de la Santé, pour :

1. Opérer l'assainissement des établissements d'enseignements des sciences de la santé, promouvoir la réforme de cet enseignement et l'amélioration des conditions de stages des apprenants et promouvoir les filières pour lesquelles **il existe encore une insuffisance en personnel de santé ;**

2. Mettre en place un cadre de concertation entre les établissements de formation de base des RHS et le Ministère de la Santé qui en est le principal utilisateur (Désigner les modalités de collaboration entre les hôpitaux et les établissements de formation) ;
3. Elaborer les critères de sélection des hôpitaux devant accueillir les stagiaires ;
4. Renforcer les capacités des encadreurs locaux des stagiaires (Organiser le suivi et le recyclage régulier des encadreurs des stagiaires) ;
5. Doter les hôpitaux des salles et équipements appropriés pour la pratique des stagiaires.

5.2.2.c. Utilisation efficace et rationnelle des RHS

Pour matérialiser l'objet de ce sous-axe, les hôpitaux devront sous l'encadrement des instances hiérarchiques :

1. Respecter les normes nationales en dotation du personnel pour les hôpitaux ;
2. Adapter la gestion des RHS au contexte de la décentralisation ;
3. Harmoniser les critères de recrutement ;
4. Recruter le personnel sur base d'un test ;
5. Fournir des outils de travail pour chaque poste organique.

5.2.2.d. Renforcement des capacités des RHS en cours d'emploi

Pour préserver la qualité des prestations, le système hospitalier devra promouvoir les actions ci-après:

1. Constituer et rendre opérationnelle dans chaque hôpital une cellule chargée de la formation ;
2. Organiser la formation continue basée sur une évaluation continue des performances du personnel ;
3. Procéder à l'analyse des besoins en formation continue pour les personnels des hôpitaux ;
4. Développer des référentiels de métier pour les personnels de l'hôpital ;
5. Elaborer les référentiels de compétences pour les personnels de l'hôpital ;
6. Elaborer les programmes de formation en cours d'emploi pour les hôpitaux, y compris ceux de formation à distance (Elaborer des programmes de formation sous forme de stage dans les hôpitaux de référence tertiaire) ;
7. Former l'équipe des formateurs dans chaque hôpital ;
8. Définir une ligne budgétaire pour la formation en cours d'emploi ;
9. Développer des stratégies pour la supervision formative des équipes des CS par des hôpitaux, en ce qui concerne les soins curatifs ;
10. Mettre en place des équipes d'encadreurs des stagiaires dans les hôpitaux de référence tertiaire ;
11. Mettre en place des mécanismes de suivi de ces formations ;
12. Assurer la production et/ou la diffusion des ressources (modules, matériels didactiques, outils de gestion...) de formation agréés pour les hôpitaux ;
13. Instaurer des réunions internes pour étude des cas et actualisation des connaissances ;

14. Organiser des rencontres scientifiques périodiques pour hôpitaux ;
15. Réaménager les bibliothèques dans les hôpitaux ;
16. Connecter les hôpitaux à l'internet et éventuellement à l'intranet ;
17. Organiser un réseau d'abonnement des hôpitaux aux revues scientifiques ;

5.2.2.e. Amélioration des conditions sociales et de travail pour les RHS

La promotion de la motivation du personnel dans les hôpitaux aura pour base les actions suivantes :

1. Promouvoir les stratégies de rétention et de fidélisation du personnel de santé (tel que l'octroi des primes de brousses entre autres, d'éloignement, le logement du personnel, les soins médicaux et la scolarité) développées par certains projets/programmes de santé ;
2. Doter au personnel hospitalier d'un statut spécifique compte tenu de la carrière plane du personnel de santé et des risques liés aux conditions de travail ;
3. Payer les postes et non les individus (à l'instar du Ministère de l'EPSP).

5.2.3. Financement des établissements des soins et la contractualisation

Cette stratégie se décline en 3 sous axes.

5.2.3.a. Budget et planification

Des actions ci-après seront menées pour renforcer le budget du secteur santé en général et celui des hôpitaux en particulier :

1. Elaborer les prévisions budgétaires en tenant compte des besoins de l'hôpital en matière d'investissement et de fonctionnement ;
2. Entreprendre des actions utiles pour le subventionnement des établissements des soins publics au niveau central, provincial et local (ETD) ;
3. Définir le costing et la planification des ressources pour les hôpitaux provinciaux, les hôpitaux tertiaires, les services de la division provinciale de la santé et le niveau central ;
4. Négocier avec le privé lucratif et non lucratif pour améliorer la pertinence des affectations de leurs ressources et éviter le double emploi.

5.2.3.b. Accessibilité financière

Pour promouvoir l'accessibilité financière des communautés aux soins de qualité, des actions suivantes seront menées :

1. Organiser la sensibilisation de la population pour son adhésion aux mutuelles de santé ;
2. Créer les fonds de promotion de la santé (principalement les subventions de l'Etat) ;
3. Vulgariser les textes en rapport avec le PBF ;
4. Mettre en œuvre les engagements de l'Etat dans le cadre de l'appui aux établissements des soins : exonérations pour les intrants, paiement des salaires entre autres, décaissements des fonds alloués aux établissements des soins, institutionnalisation de l'assurance maladie et la subvention des mutuelles de santé ;
5. Financer le réseau intra net dans les hôpitaux.

5.2.3.c. Contractualisation

Les actions pouvant soutenir la contractualisation comprennent :

1. Obtenir un acte juridique adoptant le PBF comme approche de financement ;
2. Actualiser le Vadémécum du partenariat et l'écouler sous forme des textes légaux et/ou réglementaires ;
3. Céder certains hôpitaux publics en gestion auprès des partenaires crédibles.

5.2.3.d. Gestion et suivi des ressources financières

Les 2 sous axes qui constituent cette stratégie comprennent :

i. Comptabilité

Pour mettre fin aux systèmes de comptabilités disparates, des actions suivantes devront être menées :

1. Actualiser la comptabilité en tenant compte du contexte hospitalier ;
2. Organiser des formations en comptabilité ;
3. Former sur la comptabilité et vulgariser le canevas, et l'insérer dans le SNIS
4. Institutionnaliser les audits internes et externes.

ii. Sous axe 2: Tarification

Le système de tarification doit être revu pour permettre à la population une meilleure accessibilité financière. Il faudra pour cela :

1. Définir les modalités de tarification prenant en compte le contexte de la RDC ;
2. Mettre les mesures d'encadrement : suivi, contrôle, inspection, vulgarisation à tous les niveaux.

5.2.4. Appui à la gestion rationnelle des formations sanitaires

Il se fera à travers 3 sous axes :

5.2.4.a. Maintenance des équipements

Le service de maintenance devra être revalorisé dans tous les hôpitaux pour assurer une disponibilité permanente des services. Pour ce faire, le système hospitalier congolais devra :

1. Identifier les besoins réels en équipements à tous les niveaux selon les catégories et les plateaux techniques ;
2. Promouvoir la culture de la maintenance chez l'utilisateur ;
3. Appuyer les services en charge des équipements par la mise en place des pools de maintenance en province avec possibilité de contractualisation ;
4. Elaborer le manuel de procédures de fonctionnement du service de maintenance biomédicale ;
5. Vulgariser les textes normatifs existants sur les équipements et les rendre opposables aux tiers.

5.2.4.b. Développement des outils de gestion des hôpitaux

La disponibilité et l'utilisation des outils de gestion standardisés garantissent une gestion rationnelle des ressources et activités menées par les hôpitaux. Cet objectif peut être atteint à travers les actions ci-après :

1. Assurer la vulgarisation du recueil des outils de gestion ;
2. Elaborer des outils spécifiques aux hôpitaux provinciaux et nationaux et les intégrer dans le recueil des outils de gestion des Hôpitaux de Référence

5.2.4.c. Développement du système d'information hospitalière et informatisation des hôpitaux

Pour redynamiser le système d'information hospitalier, il sera nécessaire de mener les actions ci-après :

1. Définir un modèle unique de dossier du malade ;
2. Assurer l'archivage ;
3. Produire l'information hospitalière sur base du dossier du malade ;
4. Renforcer les capacités logistiques ;
5. Assurer l'analyse et la production des informations pour une prise de décision éclairée ;
6. Mettre en place un réseau informatique au niveau des cliniques universitaires et hôpitaux de référence secondaire.

5.2.5. Amélioration de la couverture et de la qualité des services et des soins

La couverture nationale et la qualité des services et des soins intéressent plusieurs domaines d'activités dans les hôpitaux. C'est pourquoi la mise en œuvre de cette stratégie passera par 13 sous-axes :

5.2.5.a. Amélioration de la couverture nationale en services et soins de santé

L'amélioration de la couverture nationale en services et soins se fera entre autre par la remise en état des infrastructures (constructions et/ou réhabilitations) des formations sanitaires dont les hôpitaux de référence primaire, secondaire et tertiaire. Pour atteindre ce résultat, il sera nécessaire de :

1. Définir le plateau technique par catégorie ;
2. Elaborer une carte hospitalière nationale ;
3. Catégoriser les hôpitaux en fonction de leurs missions et de leurs plateaux techniques à travers tout le territoire national suivant la cartographie du système hiérarchisé de santé ;
4. Contractualiser avec le privé non lucratif et lucratif ;
5. Identifier les besoins en réhabilitation/ construction des infrastructures ;
6. Elaborer un plan de réhabilitation/ construction des infrastructures ;
7. Réhabiliter/ construire les infrastructures en rapport avec les besoins ;
8. Elaborer un plan d'équipement ;
9. Equiper les hôpitaux selon leur niveau ;

10. Instaurer la méthode de 5 S comme outil d'amélioration de la qualité des services et des soins (TQM).

5.2.5.b. Elaboration des standards diagnostic-traitement

Dans la SRSS, la vision est de parvenir progressivement à la dispensation de soins de qualité avec sécurisation des patients ; pour garantir cette qualité dans les hôpitaux, le programme prévoit les actions suivantes :

1. Encourager la création et appuyer les sociétés savantes ou des comités d'experts pour chaque discipline ;
2. Elaborer des normes diagnostiques et des protocoles de traitement ;
3. Mettre en place les comités thérapeutiques au sein des hôpitaux.

5.2.5.c. Humanisation des soins et des services

Les soins sont centrés sur la maladie et non sur l'homme dans sa globalité. Il faut donc placer l'homme au centre de l'action sanitaire. Des actions suivantes sont préconisées:

1. Elaboration de la charte du malade ;
2. Organisation d'un comité d'éthique dans les hôpitaux ;
3. Sensibilisation des organisations professionnelles et corporations sur la déontologie ;
4. Recyclage du personnel en matière d'accueil.

5.2.5.d. Hygiène hospitalière et gestion des déchets biomédicaux

L'hygiène hospitalière longtemps négligée doit être revitalisée grâce aux actions suivantes :

1. Redynamisation des comités d'hygiène hospitalière dans les hôpitaux ;
2. Réhabilitation du système d'approvisionnement en eau courante et d'évacuation des eaux usées dans les hôpitaux ;
3. Dotation des hôpitaux en matériels de traitement des Déchets Bio Médicaux(DBM) ;
4. Formation du personnel sur la gestion des DBM.

5.2.5.e. Coopération inter hospitalière

Elle sera développée à travers 4 actions principales:

1. Instituer un système de coopération horizontale et verticale entre hôpitaux au pays et à l'extérieur ;
2. Organiser le réseautage entre les formations sanitaires ;
3. Organiser le tutorat entre les Hôpitaux secondaires et Hôpitaux tertiaires et entre les Hôpitaux secondaires et les HGR ;
4. Renforcement de la référence et la contre référence.

5.2.5.f. Evaluation et accréditation des hôpitaux

L'évaluation et accréditation des hôpitaux est une stratégie qui exigent que soient menées deux actions clés :

1. Promouvoir des mécanismes d'auto évaluation des hôpitaux (audits cliniques) ;
2. Mettre en place un organe chargé de l'évaluation et de l'accréditation des hôpitaux (ex. Observatoire national de la santé).

5.2.5.g. Instauration d'une inspection effective sur la qualité des soins

Pour réussir la qualité de suivi dans les hôpitaux il est important que les actions de contrôle/suivi soient réalisées. Concrètement il s'agira donc de :

1. Prendre un arrêté interministériel qui institue l'inspection obligatoire en tenant compte du contexte de décentralisation ;
2. Actualiser les outils d'inspection des hôpitaux ;
3. Formation ou recyclage des inspecteurs et OPJ sur la qualité des soins.

5.2.5.h. Approvisionnement en médicaments

Pour garantir la disponibilité médicaments dans les hôpitaux, le ministère de la santé devra :

1. Prendre toutes les dispositions utiles pour rendre disponible, de façon permanente, les médicaments dans les FOSA (fonds de roulement et développer des mécanismes internes pour le garantir) ;
2. Elaborer la liste des médicaments essentiels ;
3. Augmenter la couverture en CDR ;
4. Construire /Réhabiliter les bâtiments devant abriter les pharmacies des Hôpitaux.

5.2.5.i. Accessibilité des médicaments

Assurer l'accessibilité aux médicaments est une exigence pour l'offre des soins de qualité. Par conséquent, des actions appropriées devront être menées pour matérialiser cette stratégie. En priorité il s'agira de :

1. Reconnaître le caractère social du médicament et matière première pour la fabrication des médicaments ;
2. Encourager la production locale des médicaments ;
3. Créer un fond pour le soutien de la santé ;
4. Encourager la création des mutuelles de santé.

5.2.5.j. Usage rationnel des médicaments

Dans le cadre du programme de rationalisation de la prescription des médicaments, des actions ciblant principalement les prescripteurs seront menées. Il s'agira :

1. D'amener les prestataires à faire des prescriptions rationnelles ;
2. De mettre en place les comités thérapeutiques dans les hôpitaux ;
3. D'assurer la supervision et le contrôle.

5.2.5.k. Assurance qualité

Les principales actions pour assurer la qualité des médicaments comprennent :

1. Construire/réhabiliter les pharmacies des hôpitaux ;
2. Equiper les pharmacies ;
3. Renforcer les capacités des prestataires ;
4. Mettre une structure de pharmacovigilance.

5.2.5.l. Ressources humaines

Pour que les personnels soient performants dans l'assurance qualité des médicaments il faudra :

1. Recruter les pharmaciens pour les hôpitaux;
2. Assurer la formation continue des prestataires dans la gestion des médicaments

5.2.5.m. Partenariat

Prendre un arrêté de création du SNAME en vue de renforcer le partenariat dans la gestion du circuit d'approvisionnement en médicament.

5.3. Cadre logique de l'action 2011-2015

	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources et moyens de vérification	Hypothèses
Objectif général	<i>Rendre fonctionnel les 3 niveaux du système sanitaire hospitalier</i>	<i>Une nouvelle loi hospitalière adoptée</i>	<i>Publication officielle de la loi</i>	<i>Le gouvernement et le parlement sont d'accord avec la réforme proposée</i>
		<i>Des subsides alloués à 135 hôpitaux par rapport au nombre de références</i>	<i>Rapports trimestriels des Agences de canalisation des fonds</i>	<i>Le budget de l'Etat/Provinces est exécuté</i>
Stratégies	<i>1) La mise en autonomie de gestion des hôpitaux</i>	<i>Statuts types à 3 niveaux développés</i>	<i>Publication officielle</i>	<i>Le gouvernement et le parlement sont d'accord avec la réforme proposée</i>
	<i>2) La décentralisation de la gestion des ressources humaines</i>	<i>Statut spécifique du personnel de santé</i>	<i>Publication officielle</i>	<i>Risque: les syndicats et l'ordre des médecins s'opposent à la réforme</i>
	<i>3) L'instauration d'un mécanisme de financement des hôpitaux par niveau par rapport à leurs prestations quantitatives et qualitatives</i>	<i>Politique de financement adoptée; indicateurs et normes développés</i>	<i>Ordonnance sortie</i>	<i>Risque: le changement au niveau du gouvernement après les élections de 2011</i>
	<i>4) La création des ECP capables à donner un AT efficace en gestion hospitalière</i>	<i>11 ECP fonctionnels</i>	<i>Organigrammes et rapports annuels des ECP</i>	<i>Les provinces sont prêtes à s'engager dans la réforme</i>
	<i>5) L'instauration d'un programme continu de l'amélioration de la qualité de soins</i>	<i>Les normes et mécanismes de l'amélioration de la qualité des soins sont développés et distribués</i>	<i>Ordonnance sortie</i>	
	<i>6) Le renforcement de l'utilisation des médicaments essentiels dans les hôpitaux</i>	<i>135 hôpitaux ont un fond de roulement correspondant à 3 mois de consommation de médicaments essentiels</i>	<i>Bilan annuel des hôpitaux; rapport annuel provincial</i>	
Résultats attendus	<i>1) 135 hôpitaux ont obtenu un statut spécifique avec une autonomie de gestion</i>	<i>Statuts visés par le MSP</i>	<i>Rapports annuels provinciaux</i>	<i>La communauté est prête à participer dans le conseil d'administration</i>

	2) La gestion des ressources humaines dans les FOSA est décentralisée	Dans 135 hôpitaux la quantité et la qualité du personnel répond aux normes	Tableaux du personnel des hôpitaux; rapports annuels provinciaux	
	3) 135 hôpitaux sont contractés et reçoivent des subsides par rapport à leur prestations	Le bilan financier des hôpitaux concernés est équilibré	Rapports annuels des hôpitaux; SNIS	
	4) 11 ECP fonctionnels	Rapports de supervision et d'AT trimestriellement	Rapports de supervision du niveau national	
	5) 135 hôpitaux ont développé un programme interne de qualité de soins	Le programme d'assurance qualité des soins répond aux normes	Rapports de vérification des ECP et rapports d'audits	
	6) 135 hôpitaux ont une pharmacie hospitalière fonctionnelle	Pas de ruptures de stock de 30 médicaments traceurs dans les 135 hôpitaux concernés	Rapports de vérification des ECP et rapports d'audits	
Activités	1.1. Clarifier le mandat et le rôle social des établissements hospitaliers	Moyens et coûts :	Sources d'information sur l'exécution du plan :	Préalables :
	1.2. Renforcer le pilotage des différents organes		Feuille de route du secrétariat technique permanent	1. Un secrétariat technique de la réforme avec des conditions de travail descentes et un budget de fonctionnement
	1.3. Actualiser le cadre organique existant		SNIS?	2. L'engagement des parties prenantes avec la création d'une communauté de changement
	1.4. Redéfinir le rôle des parties prenantes tenant compte de la décentralisation			
	1.5. Renforcer la collaboration intersectorielle	Quels sont les coûts de l'action ?		
	1.6. Actualiser et rendre effectif le rapportage périodique	leur nature ? (Détail dans le budget de l'action)		
	1.7. Renforcer l'inspection et le contrôle pour les hôpitaux et appliquer les sanctions			
	2.1. Développer un statut spécifique pour le personnel sanitaire			
	2.2. Débloquer le processus de mise en retraite			

	<i>2.3. Renforcer la formation de base du personnel de santé et réglementer la relation entre les établissements de formation et les lieux de stages</i>			
	<i>2.4. Actualiser les normes en dotation du personnel par niveau et développer des mécanismes de subsides</i>			
	<i>2.5. Renforcer la capacité de gestion des ressources humaines dans les hôpitaux</i>			
	<i>3.1. Augmenter et faire respecter l'exécution du budget alloué à la santé</i>			
	<i>3.2. Actualiser la loi sur la tarification</i>			
	<i>3.3. Développer des normes et outils de gestion financière</i>			
	<i>3.4. Constituer des mécanismes d'audit interne et externe</i>			
	<i>3.5. Développer une politique et programme de financement basé sur la performance</i>			
	<i>4.1. Créer une cellule nationale d'appui technique aux hôpitaux</i>			
	<i>4.2. Définir la composition de l'ECP et renforcer sa capacité technique par rapport à l'AT aux hôpitaux</i>			
	<i>4.3. Développer des outils de gestion des hôpitaux</i>			
	<i>4.4. Développer un modèle d'information des hôpitaux partant du dossier du malade jusqu'au rapport annuel</i>			
	<i>4.5. Promouvoir la mise en réseau des hôpitaux par rapport aux différents besoins (formation, gestion, maintenance, etc.)</i>			
	<i>5.1. Elaborer un plan de construction, de réhabilitation et d'équipements des hôpitaux</i>			
	<i>5.2. Développer des mécanismes de contractualisation des services connexes</i>			

	<i>5.3. Mettre l'homme au centre de l'action sanitaire</i>			
	<i>5.4. Assainir le milieu hospitalier</i>			
	<i>5.5. Développer des modalités d'évaluation et accréditation des hôpitaux</i>			
	<i>6.1. Créer des fonds de roulement</i>			
	<i>6.2. Construire/réhabiliter les infrastructures</i>			
	<i>6.3. Création d'un fonds national pour le soutien de la santé</i>			
	<i>6.4. Développer et faire respecter des normes diagnostiques et thérapeutiques</i>			

6. Cadre de mise en œuvre de la réforme hospitalière

6.1. Préalables

Quatre préalables sont à résoudre impérativement si réellement le gouvernement souhaite voir la réforme hospitalière amener le système hospitalier à remplir son mandat et sa mission. Il s'agit de :

1. L'autonomie de gestion des hôpitaux avec des organes de décision incluant les différentes parties prenantes et des organes d'exécution ainsi que les mécanismes des contrôles administratifs, financiers et professionnels.
2. La rationalisation de la gestion des ressources humaines avec un statut spécifique du personnel de santé fonctionnaire ainsi que les aspects d'incitation à l'abandon des antivaleurs.
3. Le financement effectif du système hospitalier : Un budget adéquat, décaissement effectif des budgets de l'Etat votés, organisation d'une caisse de solidarité, développement de l'assurance maladie et autres mécanismes.
4. Développement du leadership au niveau du MSP pour piloter la réforme hospitalière notamment en terme de budget, d'appui institutionnel, et d'exigence des résultats pour chaque établissement des soins de santé.

6.2. Pilotage de la réforme hospitalière

Le pilotage de la réforme sera confié au Secrétariat Technique de la Réforme qui devra être consolidé pour qu'il soit à même de jouer pleinement le rôle essentiel qui sera le sien.

Le Secrétariat Technique aura pour mission d'assurer le pilotage de la réforme hospitalière, c'est-à-dire :

- de diriger l'élaboration des différents documents de la réforme,
- de coordonner le travail de tous les acteurs intervenant dans la formulation ou dans la validation de la réforme,
- d'animer les structures qui seront créées pour formuler les différents éléments techniques de la réforme hospitalière, puis suivre leur mise en œuvre.

Il aura notamment pour tâches :

- la conception de la réforme,
- la programmation des activités,
- l'animation du comité technique des chantiers, le suivi des activités de chaque chantier,
- l'organisation des évaluations,
- l'élaboration de notes techniques sur le déroulement de la réforme et d'un rapport annuel sur l'évolution de la réforme,

Il devra par ailleurs :

- assurer la représentation de la réforme hospitalière auprès du Ministre de la Santé Publique,
- faire connaître la réforme auprès des autres structures de l'Etat, de la société civile et des partenaires au développement,
- suivre les systèmes hospitaliers et les éventuelles réformes hospitalières des autres pays,
- participer aux rencontres internationales et aux grandes réflexions sur les hôpitaux.

Il comprendra un comité pluridisciplinaire constitué de 15 membres mais travaillant dans différents niveaux et piliers du système de santé sous l'encadrement de la Direction des Etablissements de soins, la coordination du Secrétaire Général et la supervision de Son Excellence Monsieur le Ministre de la Santé Publique.

Compte tenu de la complexité et l'importance du processus, le Directeur de Cabinet du Ministre ou son délégué serviront des points focaux de la réforme au niveau du cabinet et y assureront un suivi actif.

Il fera appel aussi souvent que nécessaire aux compétences nationales ou internationales qui seront jugées utiles.

Le Secrétariat Technique sera régi par des textes spécifiques. Il disposera de sa pleine autonomie d'action et des ressources matérielles, humaines et financières qui lui seront nécessaires.

6.3. Suivi et évaluation de la réforme

Un cadre de suivi et évaluation sera élaboré avec plan opérationnel pour chaque année.

Dans ce cadre sera élaboré des indicateurs de suivi des performances et suivra la progression des indicateurs des résultats liés aux mandats et missions du système hospitaliers tels qu'arrêtés dans le document de suivi et évaluation du PNDS.

Son rapport sera communiqué lors des différentes occasions telles que les revues périodiques de santé, les visites de terrain et les diverses opportunités.

Système hospitalier		Missions	Types des soins et services de santé	Collaborations entre hôpitaux	Gestion de la qualité	Ressources humaines	Ressources financières	Infrastructures, équipements et technologie	Médicament, fournitures et autres consommables	Consommateurs (accessibilité, utilisation, satisfaction, cogestion)
Etablissements des soins de santé	CS	Indicateurs des performances et des résultats.	spécialisés, télémédecine, interventions à haut impact ou recherches, appuis techniques, scientifiques et professionnels des hôpitaux à hauts coûts	Contrôle de qualité, inspection administrative, Audits financiers						
	Hôpitaux dans la ZS									
	HGR									

	Hôpital provincial									
	Hôpitaux privés de la Province									
	Hôpital National et CHU									
	Hôpital Universitaire									
	Hôpital de haut niveau									
	Centres de diagnostic									
	Centres de traitement spécialisé									
Gouvernance	Lois, règlements, normes, directives, statuts, gestion autonome et axée sur les résultats, partenariat (PPP, contractualisation, organes de concertation et de prise de décision, organes d'exécution, commissions spécialisées, organigrammes, relations intra et inter hôpitaux) , lutte contre la corruption et les antivaleurs, implication de la population, coopération des partenaires techniques et financiers, logistique, accès universel aux soins de santé (physique, géographique, économique, financier, culturel, adaptabilité ...), archivage, etc.									
Mécanismes de planification, suivi et évaluation	Orientations stratégiques et opérationnelles, indicateurs des performances et des résultats, Système d'information (collecte, traitement, transmission, revues, communication, ...), etc.									

7. Budget

7.1. Budget de la réforme

7.2. Budget d'appui au secrétariat technique

Activités	Description	Coût Unitaire U\$D	Quantité	Coût Total/U\$D
3.1 Prime de performance				
Membres du Secrétariat technique (15)	1000\$/mois/5 ans	1 000,00	5	900 000,00
Appui institutionnel D2				-
Chefs de Division (4)	800\$/mois/5 ans	800,00	5	192 000,00
Chefs de Bureau (10)	600\$/mois/5 ans	600,00	5	360 000,00
Personnel d'Appoint(5)	300\$/mois/5 ans	300,00	5	90 000,00
3.2. Réhabilitation bureau	5000\$/7 bureaux	5 000,00	7	35 000,00
3.3. Mobiliers de bureau	Mobiliers	2 000,00	7	14 000,00
3.4. Fournitures de Bureau	500\$/mois/5 ans	500,00	5	30 000,00
3.5. Matériels de bureau				-
3.5.1. Laptop	1200 \$/6 bureaux	1 200,00	6	7 200,00
3.5.2. Desktop	1200 \$/3	1 200,00	3	3 600,00
3.5.3. Onduleurs de 150 A	150 \$/3	150,00	3	450,00
3.5.4. Stabilisateur 200 w	40 \$/3	40,00	3	120,00
3.6. Rétro projecteur (LCD)	1500 \$/1	1 500,00	1	1 500,00
3.7. Matériel roulant Jeep Land cruiser	60000 \$/1	60 000,00	1	60 000,00
3.7.1. Entretien Land cruiser	600/trimestre	600	5	12 000,00
3.7.2.	500/mois	500	5	30 000,00
3.8. Connexion Internet				
3.8.1. Frais d'installation	1500 \$	-	-	1 500,00
3.8.2. Abonnement mensuel	400 \$/mois/5 ans	400,00	5	24 000,00
TOTAL				1 735 870,00

7.3. Financement des hôpitaux

Budget de fonctionnement de ces 135 hôpitaux à mettre à niveau
Budget d'investissement

ANNEXES

Annexe 1.