

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTERE DE LA SANTÉ
SECRETARIAT GENERAL A LA SANTÉ
PROGRAMME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENT
ESSENTIELS

PLAN STRATEGIQUE 2008 – 2012

Avec l'appui technique de



Juin 2008

ACRONYMES

AS	Aire de santé
ASBL	association sans but lucrative
BCZS	Bureau central de la zone de santé
CDF	Francs Congolais
CDR	Centrale de distribution sous-régionale
CS	centre de santé
DEP	Direction d'études et planification
DPM	Direction de la Pharmacie, médicaments et plantes médicinales
DSCRIP	documents de stratégie de la croissance et de réduction de la pauvreté
ECP	Equipe cadre de la province
ECZ	Equipe cadre de la zone de sante
EDS	Enquête Démographique et de sante
FEDECAME	Fédération des centrales d'approvisionnement en médicaments essentiels
HGR	hôpital general de reference
IDH	Indicateur de développement humain
LNME	Liste nationale des médicaments essentiels
MED	Medicaments
MICS	multiple indicators cluster survey
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la sante
ONATRA	Office national des transports
ONG	Organisation non gouvernementale
PIP	Pharmacien Inspecteur Provincial
PNAM	Programme national d'approvisionnement en médicaments essentiels
PPN	Politique pharmaceutique nationale
RDC	République Démocratique du Congo
RDCongo	République Démocratique du Congo
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquis
SNAME	Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels
SNCC	Société nationale des chemins de fer du Congo
SNIS	système national d'information sanitaire
SSP	Soins de santé primaires
USD	Dollars américains
VIH	virus d'Immunodéficience humaine
ZS	Zone de santé

RDC

PREFACE

Le présent document que nous mettons à la disposition de tous ceux qui s'intéressent et interviennent dans le domaine des approvisionnements du Pays en médicaments et consommables médicaux a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de la santé des populations de la République Démocratique du Congo en mettant à disposition des médicaments et consommables médicaux sûrs, efficaces, de bonne qualité et accessible à la majorité de la population.

Il n'est pas lassant de rappeler que l'on peut procéder à des diagnostics sophistiqués mais s'il n'y a pas des médicaments de bonne qualité tous les efforts restent vains. En effet, il n'y a pas des soins de santé sans médicaments de qualité.

Le manque des médicaments de bonne qualité dans les formations sanitaires est parmi les facteurs favorisant la diminution du taux d'utilisation de service curatif sur toute l'étendue de la RDC.

Fort de ce qui précède, le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments essentiels, se propose actuellement un outil en vue de l'exécution des activités de la période 2008-2012. Ce plan stratégique présente une vue d'ensemble des actions pouvant conduire la RDC à rendre les médicaments de qualité disponibles au niveau de toutes les structures des soins et à mener des approvisionnements efficaces et pertinents.

Puisse ce document de plan stratégique du PNAM servir de repère à tous les partenaires et bailleurs des fonds dans le but d'un engagement vers une nouvelle convergence et la synergie des interventions afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de nos populations.

Dr Jean Honoré MIAKALA mia NDOLO

Secrétaire Général à la santé

INTRODUCTION

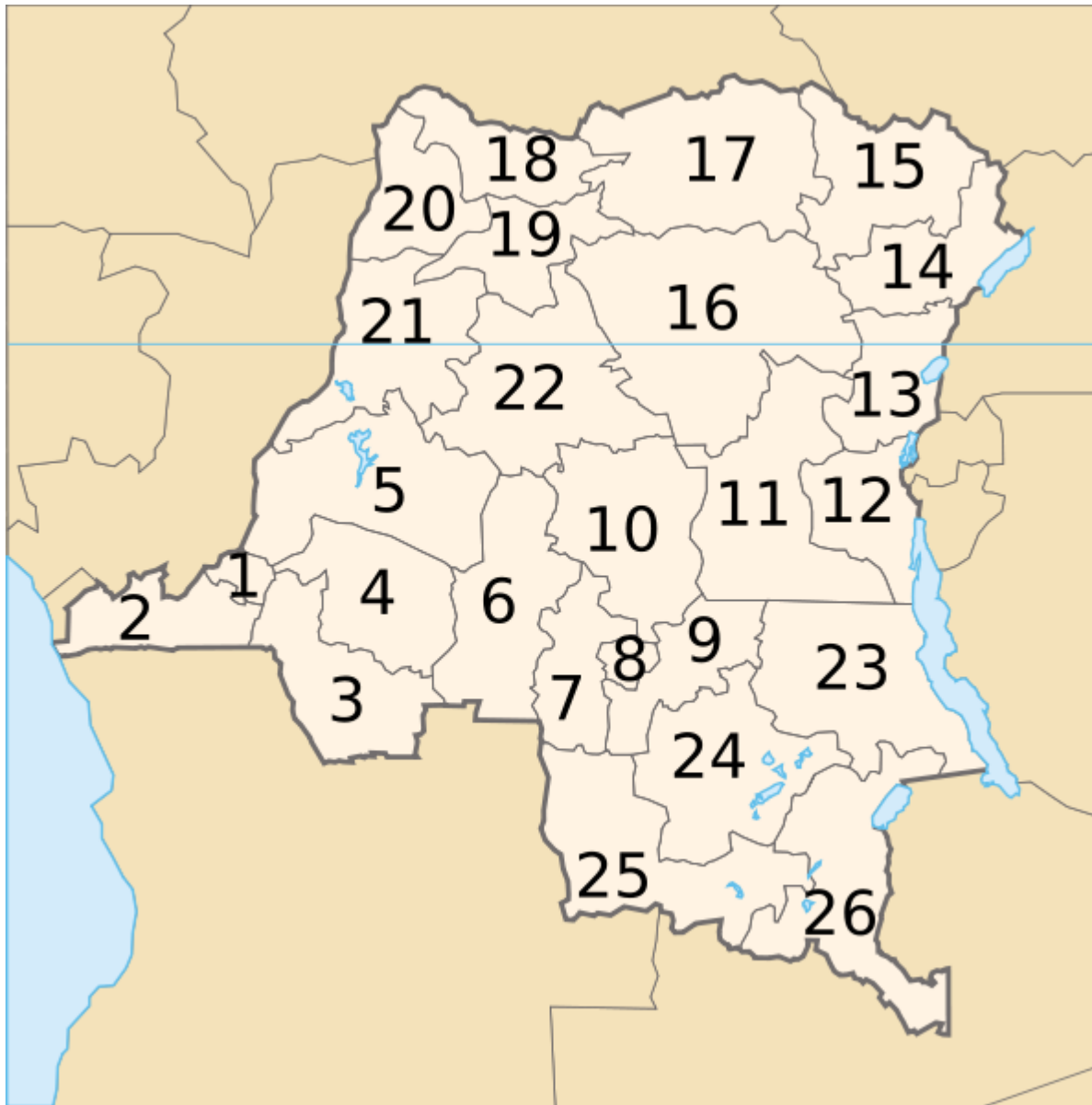
I. Présentation générale de la République Démocratique du Congo

a. Aperçu géographique et morphologique

La République Démocratique du Congo est le troisième pays le plus vaste d'Afrique, avec une superficie de 2 345 409 km². Selon les projections de l'Institut National de la Statistique à partir des données du recensement de 1984, la RDC compterait environ 60 millions d'habitants à ce jour, soit une densité d'environ 26 habitants au km². De par sa situation géographique, le pays recèle d'immenses ressources naturelles. En effet, situé à cheval sur l'équateur, entre 5 degré 20 de latitude Nord et 13 degré 27 de latitude sud et entre 12 et 31 degré de longitude Est, le pays jouit d'un climat équatorial chaud, humide au centre et tropical vers le nord et le sud qui favorise une végétation dense, avec la moitié du pays couverte par les forêts, et l'autre par la savane. On estime que près de la moitié des ressources forestières d'Afrique se trouvent en RDC. La pluviométrie atteint jusqu'à 2000 mm par an, à certains endroits ; il pleut 8 mois sur 12 et pendant la saison sèche de 4 mois les températures peuvent descendre jusqu'à 10 °C dans certaines zones.

Avec ses 9000 km, les frontières de la RDC sont parmi les plus longues du continent. Le pays est délimité au nord par la République Centrafricaine et le Soudan ; à l'est par l'Ouganda, le Rwanda, le Burundi et la Tanzanie ; au sud par la Zambie et l'Angola et à l'ouest par la République du Congo, l'enclave de Cabinda et l'Océan Atlantique. Elle compte 11 provinces, 45 districts et 225 territoires administratifs et communes (figure 1).

Figure 1. Carte administrative de la République Démocratique du Congo



Légende :

1. Kinshasa (city)
2. Kongo Central
3. Kwango

4. Kwilu
5. Mai-Ndombe
6. Kasai
7. Lulua
8. Kasai-Oriental
9. Lomami
10. Sankuru
11. Maniema
12. Sud-Kivu
13. Nord-Kivu
14. Ituri
15. Haut-Uele
16. Tshopo
17. Bas-Uele
18. Nord-Ubangi
19. Mongala
20. Sud-Ubangi
21. Équateur
22. Tshuapa
23. Tanganyika
24. Haut-Lomami
25. Lualaba
26. Haut-Katanga

La RDC présente un gradient d'altitudes important depuis le niveau de la mer jusqu'au sommet du Ruwenzori à plus de 5.000 m. L'immense partie du pays (plus de 85%) est située entre 300 et 1.000 m d'altitude.

En bordure Est et Sud s'étendent des hauts plateaux parsemés d'inselbergs (2.000 m dans la partie Sud du plateau du Katanga), des massifs aux sommets aplanis (monts Mitumba notamment), et des fossés d'effondrement (lac Upemba). Ceux-ci, généralement occupés par des lacs (Tanganyika, Kivu, Édouard et Albert) sont dominés par des môles granitiques couverts des glaciers (Ruwenzori, 5.119 m) et les formations volcaniques du bourrelet occidental du rift (chaîne des Virunga). A l'ouest, la cuvette centrale est bordée par le plateau des Batéké et des chaînes des collines plus ou moins parallèles à la côte atlantique.

b. Aperçu climatique

Située de part et d'autre de l'équateur, la RDC connaît toute la gamme des climats caractéristiques de la zone tropicale humide :

- climat équatorial au centre (saison des pluies de 8 à 10 mois) qu'on retrouve dans la Cuvette typiquement équatoriale avec des précipitations autour de 2000 mm de pluie par an, sans véritable saison sèche, une humidité atmosphérique constamment élevée (70 à 85%), et des températures variant à peine autour d'une moyenne de 25 à 27 °C ;
- climat tropical humide au Nord et au Sud de l'Equateur avec 3 mois de saison sèche et 9 mois de saison des pluies. La pluviométrie moyenne varie entre 1000 et 1500 mm de précipitation..
- Climat tropical sec qu'on retrouve au Katanga méridional où six mois secs alternent avec six mois pluvieux, avec une pluviométrie moyenne annuelle de 500 et 1.000 mm.
- La RDC présente un climat tempéré en altitude à l'Est »¹. Les précipitations varient de moins de 1.000 mm (810 mm) sur la frange littorale à plus de 2.500 mm dans les régions montagneuses à l'Ouest du Lac Kivu. Ces hautes terres, aux températures tempérées, comparables à celles du Rwanda et du Burundi voisins, contrastent vigoureusement avec les étendues chaudes et humides de l'intérieur du bassin.
- L'extrême Est, du Lac Kivu au Lac Mobutu, présente un climat de type montagnard avec des températures moyennes oscillant entre 16 à 18 °C.

c. Aperçu environnemental

L'immense territoire de la RDC est drainé par un réseau hydrographique exceptionnel. Elle comprend une trentaine de grandes rivières totalisant plus de 20.000 km de berges. Les eaux de ces rivières débouchent sur le fleuve Congo, long d'environ 4.670 km de parcours avec un débit moyen de 45.000 m³/sec à l'embouchure (deuxième débit le plus important du monde). Une petite frange marginale du nord-est de la RDC, située dans le rift Albertin au nord des Virunga, est drainée vers le Nil. La RDC compte quinze lacs qui totalisent plus de 180.000 km². Cet important réseau hydrographique offre des gîtes propices à la prolifération de nombreux hôtes intermédiaires et vecteurs de nombreuses maladies, notamment les anophèles.

Les ressources en eau de surface (immense réseau fluvial, plaines inondées et lacs) représentent 52% des réserves totales du continent et couvrent environ 86.080 km², soit 3,5 % de la superficie du pays.

Les problèmes environnementaux se posent beaucoup plus en termes de destruction de principaux biomes (écosystèmes) à savoir les forêts, les sols, les eaux, lesquels biomes doivent coexister harmonieusement dans un système environnemental.

¹ Institut géographique national

Par ses pratiques aussi bien traditionnelles que modernes, le Congolais se trouve être au centre de la rupture de l'équilibre environnemental. Cette rupture tient essentiellement au fait que les sols sont érodés, les forêts décimées, les déserts progressent, les plantes et les animaux sont menacés d'extinction et les précieuses sources d'eaux s'épuisent plus rapidement qu'elles ne se renouvellent.

Les principales causes de cette dégradation sont : l'agriculture itinérante sur brûlis, l'exploitation forestière (bois d'œuvre, bois de chauffe, charbon de bois), caducité et non application des lois et règlements, construction anarchique, pollution des eaux, exploitation minière, pratique de feu de brousse, élevage extensif, explosion démographique, constructions industrielles, absence d'une politique nationale cohérente de gestion des déchets...

Face à cette destruction, le citoyen Congolais a de la peine devant un environnement péri domiciliaire avec des conditions susceptibles de favoriser l'éclosion de la maladie et donc la prolifération du vecteur transmetteur.

d. Aperçu démographique

La République Démocratique du Congo est le pays le plus vaste et le plus peuplé de l'Afrique Centrale. A l'accession à l'indépendance en 1960, sa population était estimée à 14.106.000 habitants. Au recensement scientifique en 1984, la population était chiffrée à 30.731.000 habitants.

Les données obtenues par estimation basée sur les projections démographiques de ce recensement, calculées pour 2008, sont présentées dans le tableau suivant : Tableau 1 :

Quelques indicateurs socio-économiques et sanitaires de la RDC

Indicateurs	Niveau	Appréciation
Population	67,272,544(28hab/km2)- PEV	moyenne
Structure par tranche d'âge 0-19 ans 20 – 59 ans 60 ans et plus	59% 37% 4% (MICS 2001)	Population jeune
Croissance de la population	3,1 % (EDS 2007)	Rapide en rapport avec les offres des services
Indice synthétique de fécondité	6,3 enfants par femme (EDS 2007)	Élevé
Mortalité infanto-juvénile	148 pour 1000 (EDS 2007)	Très élevé
Mortalité infantile	92 pour 1000 (EDS 2007)	Très élevé
Mortalité maternelle	1789 pour 100 000 NV (MICS 2001)	Très élevée
Population urbaine	50,6 % (EDS 2007)	Faible
Mortalité néonatale	42 pour 1000(EDS 2007)	Très élevé

Les femmes représentent 52 % de cette population. La proportion des personnes âgées de moins de 15 ans est de 49 %. Ce qui illustre l'ampleur des besoins en terme des soins de santé et d'éducation pour les jeunes (Anonyme, 2003).

e. Infrastructures et voies de communication

Les populations entières vivent dans l'isolement par rapport au reste du pays du fait de l'inaccessibilité de leur milieu et cela à la suite de la détérioration très avancée des routes et à l'absence des mass media.

Le réseau de transport date pour l'ensemble de l'époque coloniale et est constitué de 16.238 Km des voies navigables, de 5 033 Km de voies ferroviaires et de 145.000 Km des routes avec 7400 Km d'axes urbains ainsi que de 270 aéroports dont 5 internationaux. En milieu rural, le transport est essentiellement assuré par les exploitants privés, en dehors des zones desservies par l'Office National des Transports (ONATRA) et la Société Nationale des Chemins de fer du Congo (SNCC).

L'insuffisance qualitative et quantitative de l'offre des services de transport est accentuée par le mauvais état des infrastructures de transport. Cela constitue l'un des problèmes prioritaires du pays, une entrave à une croissance économique durable, aux échanges commerciaux, à l'accès des populations aux services sociaux de base. La télécommunication publique commence à peine à être développée. Les petits réseaux des phonies privées desservent les centres d'intérêt commercial et les communautés confessionnelles. Les phonies de 31 antennes du Programme Elargi de Vaccination installées dans les chefs-lieux des districts administratifs sont les moyens de télécommunication semi-publique.

Cette situation favorise le maintien des populations dans un état de pauvreté en les empêchant d'exporter ou d'importer des produits. Elle empêche aussi les structures d'appui aux populations d'opérer.

f. Situations socio-économique et culturelle

La crise socio-économique de la RDC, depuis bientôt une vingtaine d'années, a engendré des implications sur le revenu familial qui agit négativement sur l'accessibilité de la population aux soins de santé de base. Pourtant, le pays dispose, au plan économique, d'énormes potentialités humaines, agricoles, minières et énergétiques.

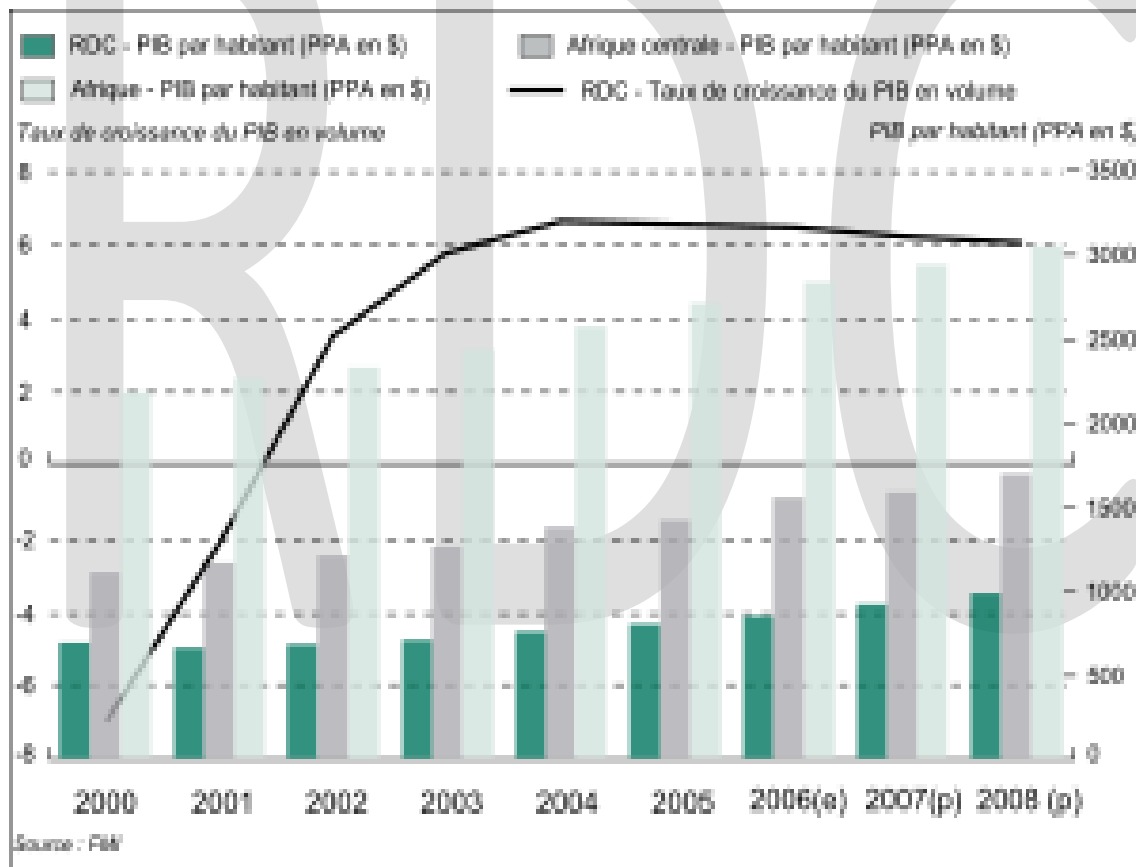
Le PNB est de moins de 100 USD/an/habitant, ce qui place le pays parmi ceux de plus faible revenu du continent.

Les taux de scolarisation sont continuellement en baisse. Pour l'enseignement primaire, le taux est passé de 94,1 % en 1978 à 74,1 % en 1988 et 50.1 % en 1998 pour les adolescents de 15 à 19 ans.

La situation actuelle est marquée par la pauvreté accrue et le pays connaît une crise économique qui n'a cessé de s'accroître. La proportion des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 80% en 2001 et de 70,68% en 2005. (DSCR, juillet 2006). L'incidence globale de la pauvreté est de 71,34 %, une de très élevée des pays de l'Afrique centrale.

Après une baisse réelle ininterrompue du produit intérieur brut (PIB) de 5,5 % en moyenne par an entre 1991 et 2000, le taux de croissance économique est devenu positif, passant de -2,1% en 2001 à 6,6 % en 2005. Mais cette croissance n'est pas encore suffisante pour la réduction de la pauvreté dans le pays (DSCR, 2006).

Graphique 1 : Evolution du PIB par habitant en RDC, de 2000 - 2008
 PIB par habitant (US PPA) 2000 - 2008



Source : www.wikipedia.org

Les ménages disposent en moyenne de 3,3 pièces dans une habitation avec un nombre moyen de 2 chambres à coucher. Il existe des zones de grande promiscuité (MICS-2, 2002). 41% des ménages habitent dans des logements à 1 chambre. Près de 15% des ménages les plus riches occupent des logements de 4 chambres ou plus contre 2% des ménages les plus pauvres. La proportion des logements à une chambre s'est accrue légèrement en milieu urbain (43% en 2001 contre 36% en 1995), tandis qu'elle n'a pas

changé en milieu rural. En même temps, celle des ménages ayant des logements à plus de 4 chambres a baissé sensiblement dans les 2 milieux de résidence.

Au plan de la sécurité alimentaire, 27 % des ménages consomment un seul repas par jour et 59 % en consomment deux.

Au plan des activités de la population adulte, 57 % des personnes âgées de 15 à 64 ans exercent une activité économique dans le secteur surtout agricole. Mais il existe une faible proportion de 7% des travailleurs salariés. La proportion des professionnels du sexe masculin est quatre fois plus élevée que celle des femmes salariées (MICS-2, 2002).

Concernant l'indicateur du développement humain (IDH), le niveau de développement humain est variable selon les provinces avec une moyenne de 0,385, classant le pays au 167eme rang mondial (MICS-2, 2002 ; Rapport sur le développement humain 2006).

Le tableau suivant donne un aperçu des principaux indicateurs socio-économiques de la République Démocratique du Congo.

Tableau 2 : Principaux indicateurs socio-économiques de la RDC

Indicateurs	1990	2001
Proportion des personnes vivant avec moins de 1 \$ par jour	80% (1985)	-
Pourcentage des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	28%	34%
Taux net de scolarisation dans le primaire	56%	52%
Rapport filles/ garçons dans le primaire	74%	90%
Rapport filles/garçons dans le secondaire	45%	54%
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	190‰ (1995)	213‰

Tableau n° 3 : Quelques indicateurs socio économique et sanitaires de la RDC

Sources : Anonyme (2002) : Rapport du sommet de Johannesburg : Profil de la RDC, 199p.

g. Education

Le taux brut de scolarisation au primaire a connu une forte régression, soit 92 % en 1972 à 64 % en 2002. Au secondaire, elle est estimée à 29 % en 2001/ 2002 contre 26 % entre 1977-1978 avec un coefficient d'efficacité interne de 36 %. En outre, on assiste à ce qui suit:

- (i) la détérioration du taux de survie scolaire (25 %) pendant que le taux d'achèvement n'est que de 29 % ;
- (ii) un faible niveau d'encadrement et l'existence des inégalités des taux bruts de scolarisation selon le sexe (72,0 % pour les garçons et 56,0 % pour les

filles) et le milieu de résidence (taux d'admission de 71,6 % en milieu urbain et 43,6 % en milieu rural).

Par ailleurs, le retard de scolarisation a atteint plus de 16,0 % des garçons, contre 12,0 % des filles en 2001. Ces déficiences relèvent de l'inadéquation du système éducatif à faire face aux besoins recensés.

Cela démontre à suffisance le faible taux de scolarisation constaté dans le ménage qui de ce fait demeure la cellule de base pour la gestion des aspects sanitaire au sein de la famille

Des études menées ont identifié plusieurs problèmes importants qui minent l'accès à l'enseignement et la qualité de l'enseignement en RDC, à savoir une couverture relativement faible au niveau primaire, avec de grandes inégalités dans l'accès et une extension incontrôlée au niveau du secondaire et du supérieur. Il est aussi noté une grave détérioration de la qualité de l'éducation à tous les niveaux et un système d'administration scolaire lourd et désuet, ainsi qu'un très bas niveau des dépenses et un système de financement inefficace et inéquitable.

II. Le secteur de la santé en République Démocratique du Congo

a. Politique et système de santé

L'évolution historique du système de santé de la RDC, comme celle d'autres Etats africains, est marquée par le caractère institutionnel et par l'initiative des pouvoirs publics.

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

Avec les changements socio-politiques des années 1960 et 1970, le système de santé à connu de profondes perturbations. La population ne pouvait accéder aux rares soins de santé que grâce aux efforts de plusieurs intervenants qui ont commencé à expérimenter des politiques de santé communautaire respectivement à Bwamanda (province de l'Equateur), à Kisantu (province du Bas-Congo), à Kasongo (province du Maniema) et Vanga (province du Bandundu). Ces expériences vont être déterminantes et vont influencer la politique de santé de la RDC et dont l'évolution a abouti à l'adhésion de la RDC à la charte africaine de développement visant la Santé pour Tous à l'horizon 2000 et a adopté la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) comme stratégie de base. En vue de favoriser l'accessibilité géographique aux SSP, le pays a été subdivisé en 306 Zones de Santé (ZS) en 1985 puis en 515 en 2004. Elles desservent chacune en moyenne 100.000 habitants en milieu rural et 150.000 en milieu urbain. Chaque ZS comprend un bureau central de la ZS (BCZS), un hôpital général de référence (HGR) et une constellation de 15 à 20 centres de santé (CS) desservant chacun une Aire de Santé (AS), émanation de la communauté locale.

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

- l'éducation concernant les problèmes de santé et les méthodes de lutte ;
- la promotion de bonnes conditions nutritionnelles ;
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
- la lutte contre les épidémies et les grandes endémies ;
- la vaccination contre les maladies infectieuses ;
- le traitement des maladies et des lésions courantes ;
- l'approvisionnement en eau saine et les mesures d'assainissement de base ;
- la fourniture des médicaments essentiels ;
- la Santé mentale ;
- le Processus gestionnaire ;
- la formation continue.

b. Mission et organisation du Ministère de la Santé Publique

Le ministère de la santé a pour mission d'assurer la fourniture à l'ensemble de la population des soins de santé de qualité à meilleur coût.

Ces différentes fonctions sont essentiellement :

- l'administration des soins de santé, du médicament et des équipements techniques ;
- la gestion de l'environnement pour la santé ;
- la gestion du partenariat pour la santé ;
- la gestion des ressources humaines, des finances et du patrimoine ;
- Etudes, planification et normalisation ;
- L'organisation de l'enseignement des sciences de la santé.

La République Démocratique du Congo (RDC) a adhéré en 1980 à la Charte Africaine de Développement Sanitaire avec la stratégie de Soins de Santé Primaires qui vise à assurer l'accès aux services de soins à la communauté avec sa pleine participation. Pour bien remplir ses fonctions, Le Ministère de la santé Publique est structuré en pyramide sanitaire qui comprend le niveau central, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique.

i. Le niveau central

Il a essentiellement un rôle normatif, stratégique et de régulation. Il comprend le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, 13 directions centrales et 52 programmes/services spécialisés tels que les programmes de lutte contre le paludisme, l'onchocercose, la tuberculose, le VIH/SIDA et IST, le Programme national d'approvisionnement en médicaments essentiels PNAM en sigle, le Programme National de la Nutrition, le Programme National de Santé de la Reproduction et le Programme Elargi de Vaccination

(PEV). Les programmes de lutte contre la maladie sont placés sous la Coordination de la Direction de la lutte contre la maladie (4e Direction) et le PNAM est sous la coordination technique de la Direction chargée du médicament, de la pharmacie et des plantes médicinales. Dans le cadre de la réforme de la fonction publique, un audit institutionnel est en cours de réalisation et pourra conduire probablement à la rationalisation des services et structures du Ministère de la santé.

ii. Le niveau intermédiaire

Ce niveau joue le rôle d'appui technique, d'accompagnement, d'encadrement et logistique aux zones de santé. Dans sa configuration actuelle, il est constitué de 11 divisions provinciales et de 48 districts de santé. Chaque division provinciale comprend des bureaux correspondant aux directions normatives du niveau central, un hôpital et un laboratoire du niveau provincial de référence.

Chaque district de santé comprend trois cellules chargées (1) des services généraux et études, (2) de l'inspection des services médicaux et pharmaceutiques et (3) du service d'hygiène. Ces cellules sont supervisées par le Médecin Chef de District. Un district supervise environ une dizaine de zones de santé.

Avec la décentralisation et le nouveau découpage administratif du Pays, plusieurs districts sanitaires vont devenir des divisions provinciales de santé de nouvelles Provinces dont le nombre envisagé est de 26.

iii. Le niveau périphérique

La zone de santé est le niveau opérationnel. Il comprend un Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS), un hôpital général de référence et un réseau de centres de santé. La Zone de Santé est dirigée par le Médecin Chef de Zone appuyé par les membres de l'équipe cadre de la ZS. Sur recommandation des Etats Généraux de la Santé tenus en février 2000, le Ministère de la Santé a initié le processus de révision de la carte sanitaire du pays, en vue de rapprocher les services de santé de la population et d'éviter le chevauchement d'une zone de santé entre deux entités administratives décentralisées. Ainsi, le nombre de zones de santé de la RDC est passé de 306 à 515 en 2004.

Avec le processus d'élaboration du Plan national de développement sanitaire qui est envisagé en suivant une approche ascendante, il est possible que le nombre de zones de santé à développer soit inférieur à 515 si l'on se conforme aux normes pour le découpage du territoire national en zones de santé.

c. Personnel de santé et infrastructures

i. Personnel de santé

Les données actuelles montrent que les ressources humaines pour la santé constituent un problème sérieux pour le secteur dans son ensemble en RDC.

Tableau 4 : Effectifs de différentes catégories du personnel de santé en RDC

#	CATEGORIES	EFFECTIFS
1	Médecins	5967
2	Pharmaciens	1300
3	Dentistes	71
4	Administrateurs gestionnaires	1104
5	Infirmiers	43021
6	Kinésithérapeutes	253
7	Techniciens de radio	212
8	Techniciens de Laboratoires	870
9	Techniciens en Assainissement	156
10	Assistants en pharmacie	270
11	Techniciens anesthésistes	73
12	Nutritionniste	301
13	Ingénieurs sanitaires	1
14	Techniciens odontologistes	3
15	Techniciens Orthopédistes	6
16	Epidémiologistes	2
17	Biologistes	5
18	Hygiénistes	15
19	Administratifs	36 645
	Total	

Le nombre de médecins est certes passé d'environ 2000 en 1998 à 5967 en 2008, celui des pharmaciens est de 1300 actuellement et celui des infirmiers de 27000 à 43021 pour la même période, mais ce nombre demeure insuffisant au regard du poids de la population et surtout de la mauvaise répartition de ce personnel. En RDC en effet, il y a un médecin pour 11 274 habitants alors que la norme est d'un médecin pour 10 000, un pharmacien pour 51 748 (alors que la norme est de un pharmacien pour 20 000 habitants) et un infirmier diplômé pour 8000 habitants alors que la norme est d'un infirmier diplômé pour 5000 habitants. Aussi, presque 60% des médecins qui travaillent dans le secteur public sont basés à Kinshasa (capitale) ou on ne dénombre que 10% de la population. Cette situation a comme conséquence la carence du personnel dans certaines provinces notamment les provinces du Maniema et de l'Equateur. Elles ne disposent respectivement que de 13 et 31 médecins. C'est généralement l'infirmier diplômé qui est titulaire du centre de santé dans ces zones.

ii. Infrastructures

La RDC compte actuellement 401 hôpitaux dont 176 appartenant à l'Etat, 179 aux confessions religieuses, 46 aux entreprises des secteurs public et privé ; 7725 autres établissements de soins comprennent les centres de santé de référence, les centres de

santé, les maternités, les dispensaires et les polycliniques appartenant également à l'Etat, aux entreprises, aux confessions religieuses, aux ONG et aux personnes privées physiques et morales.

iii. Décentralisation et déconcentration

Dans le but de consolider l'unité nationale et de créer des centres d'impulsion et de développement à la base, la nouvelle constitution votée par referendum en 2006 a structuré l'administration congolaise en 26 provinces dotées de la personnalité juridique et exerçant des compétences de proximité. Les zones de santé sont situées dans les entités territoriales dénommées « territoire ou commune » et seront à ce titre directement financées par les budgets déconcentrés.

Depuis 2004, les Aires de Santé (AS) élaborent des micro-plans intégrés qui sont consolidés au niveau du BCZS pour en faire un plan de la Zone de Santé (ZS). Ce plan de la ZS est transmis au niveau provincial, qui a le pouvoir de mobiliser d'autres partenaires potentiels.

Des mécanismes de passerelles sont mis en place, notamment par l'ouverture des lignes de crédits pour les ZS afin de faciliter le suivi des flux financiers et des dépenses à tous les niveaux du système de santé.

d. Financement du secteur de la santé

La République Démocratique du Congo a fait siens les objectifs du Millenium pour le Développement (OMD) qui devaient consister à :

- Réduire de 3/4 la mortalité maternelle d'ici 2015;
- Réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015 ;
- Stopper et inverser les tendances de la propagation du VIH/SIDA d'ici 2015.

L'engagement du Gouvernement dans ce domaine s'est traduit par l'allocation des ressources importantes au secteur de la Santé. Ainsi, dans le cadre du budget aménagé 2004 et 2005, il a accordé la priorité aux dépenses du secteur social. Les crédits relatifs aux dépenses de lutte contre la pauvreté dans le secteur social ont représenté 31 % du Budget total évalué à 528 milliards de Francs Congolais (CDF). Sur ce montant 5,6 % soit 29,7 milliards de CDF ont été affectés au secteur de la santé, ce qui représente 1,2 % du PIB nominal de 2004.

Tableau 5 : Evolution du budget alloué (en franc congolais) au Ministère de la Santé Publique en RDC, de 2003 à 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Budget global pays	334 629 891 724	528 333 000 000	806 169 429 000	1 039 561 000 000	1 370 309 606 010
Budget accordé à la santé	16 394 063 465	28 671 595 376	35 936 413 659	41 848 168 202	49 609 895 796
Pourcentage alloué à la santé	4,90%	5,43%	4,4%	4,03%	3,62%
Budget exécuté	9 012 975 111	9 355 927 078	19 676 548 930	18 756 844 993	
Taux d'exécution du Budget Accordé	54,98%	32,63%	54,75%	44,82%	

III. La situation pharmaceutique en République Démocratique du Congo

La santé et le bien-être du peuple congolais constituent une préoccupation permanente de l'Etat.

La constitution de la troisième République consacre le droit de tous les congolais à la santé et la sécurité alimentaire (article 47 de la constitution de la République). Pour concrétiser ce droit, le Ministère de la Santé n'a cessé de formuler des stratégies pour améliorer sa politique sanitaire. En ce qui concerne le médicament, la politique pharmaceutique nationale (PPN) de la République Démocratique du Congo a été élaborée et adoptée en 1997 et, révisée en 2005.

En plus de cette politique pharmaceutique nationale (PPN), il existe deux lois qui servent de cadre juridique légal à la réglementation pharmaceutique. Il s'agit de l'ordonnance 27 bis/hyg du 15 mars 1933 sur l'exercice de la pharmacie et du décret royal du 15 mars 1955 sur l'art de guérir en RDC

La direction de la pharmacie, médicaments et plantes médicinales (DPM) existe au sein du ministère par l'ordonnance 82-027 du 19 mars 1982. Cette direction est revêtue de l'autorité de réglementation pharmaceutique, elle comprend six divisions subdivisées en seize bureaux (Arrêté Ministeriel portant cadre organique provisoire de la fonction publique de 2003).

Dans l'accomplissement de sa mission, la DPM est butée à plusieurs problèmes notamment :

- une infrastructure inadéquate ;
- une insuffisance de moyens logistiques conséquents ;
- des ressources humaines, matérielles et financières insuffisantes, etc.

En 1988, la République Démocratique du Congo a adhéré à l'initiative de Bamako pour la politique de financement des coûts des médicaments. Elle s'est dotée de la liste

nationale des médicaments essentiels depuis 1987, révisée en 2001, 2005 et dont la dernière révision date de 2007.

Depuis 2002, Le Ministère de la santé a créé le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME) grâce aux appuis des partenaires en vue de mettre en œuvre les stratégies de la PPN.

L'essentiel de ces stratégies d'approvisionnement consiste à la centralisation des achats à travers une structure centrale d'acquisition constituée en ASBL (Fédération des Centrales d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels, FEDECAME en sigle) et à la décentralisation de la distribution des médicaments au travers d'un socle d'une vingtaine de centrales de distributions sous-régionales (CDR) dotées des statuts d'ASBL.

Dans le but de coordonner, superviser et évaluer la mise en œuvre du SNAME, le Ministère de la santé a créé le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments essentiels (PNAM) dont le mandat et les missions sont repris plus bas.

Le SNAME est constitué de la FEDECAME, des CDR, des BCZS et des formations sanitaires. A coté du SNAME il existe un secteur privé lucratif constitué par les importateurs et grossistes répartiteurs, les fabricants et les détaillants qui se caractérisent par la prolifération des établissements pharmaceutiques à travers tout le pays. La non intégration de ce réseau au SNAME à la mise en œuvre de la PPN est l'un des problèmes qui handicapent le développement de l'ensemble du secteur pharmaceutique.

L'analyse globale et approfondie du secteur pharmaceutique a fait ressortir les problèmes majeurs suivants :

1. Faible capacité institutionnelle et gestionnaire de la DPM et du PNAM ;
2. couverture insuffisante des formations sanitaires en médicaments et autres consommables essentiels
3. absence d'une loi pharmaceutique et des réglementations adaptées, efficaces et bien appliquées ;
4. circulation des médicaments de qualité et d'origine douteuse ;
5. coût très élevé des médicaments ;
6. insuffisance de la production locale des médicaments essentiels ;
7. vente des médicaments dans des endroits inappropriés et insalubres ;
8. absence d'un plan de communication pour le changement de comportement en relation avec l'usage rationnel des médicaments ;
9. gestion irrationnelle des médicaments dans l'ensemble des structures sanitaires et pharmaceutique ;
10. insuffisance du système d'assurance de qualité et du système OMS de certification ;
11. absence d'un laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments, des aliments, des produits diététiques et cosmétiques ;
12. non vulgarisation des textes législatifs et réglementaires existants;
13. faible financement des médicaments et produits pharmaceutiques par l'Etat ;

14. insuffisance en quantité et en qualité du personnel du secteur ;
15. non intégration du pharmacien dans les zones de santé ;
16. absence d'un programme de formation et d'un texte réglementaire définissant clairement le statut, les attributions et le rôle du Pharmacien Inspecteur ;
17. absence d'un système de pharmacovigilance ;
18. absence d'une politique de tarification des médicaments ;
19. absence de système performant de financement des soins ;
20. inexistence d'une Commission Nationale de Quantification des besoins du Pays en médicaments ;
21. faible Couverture du Pays en CDR ;
22. faible Vulgarisation et Utilisation des Procédures et des Outils standardisés au niveau opérationnel ;
23. insuffisance du Personnel Technique formé au niveau du PNAM ;
24. existences des CDR peu performantes ;
25. non Vulgarisation de la LNME actualisée ;
26. capacité limitée de stockage des CDR ;
27. absence de Formulaire thérapeutique National ;
28. insuffisance du Personnel Technique formé en usage rationnel des médicaments ;
29. absence de cadre de concertation formalisée pour l'intégration effective des programmes verticaux au SNAME ;
30. faible couverture du SNIS MED ;
31. existence des systèmes parallèles d'approvisionnement en médicaments ;
32. faible implication politique dans l'amélioration du système d'approvisionnement ;
33. diversité des politiques des Partenaires en matière de tarification des médicaments
34. mauvais état des routes et des voies de communication pour la distribution des médicaments

La persistance de ces problèmes majeurs pourra entraîner entre autres conséquences :

1. la recrudescence des maladies endémo-épidémiques surtout dans les groupes les plus vulnérables ;
2. l'aggravation de la morbidité et de la mortalité due à l'absence et à l'inaccessibilité aux médicaments de qualité ;
3. la non atteinte des objectifs d'actions sanitaires;
4. la détérioration généralisée de l'état de santé de la population ;
5. l'aggravation de la pauvreté ;
6. l'accentuation du sous-développement.

En vue de contribuer à l'amélioration du système national d'approvisionnement, le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels a élaboré le présent plan stratégique qui couvre la période allant de 2008 à 2010.

RDC

MANDAT ET MISSIONS DU PROGRAMME NATIONAL D'APPROVISIONNEMENT EN MEDICAMENTS ESSENTIELS (PNAM)

MANDAT

Le Programme National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels a pour mandat de développer et promouvoir un système d'approvisionnement en médicaments essentiels, consommables médicaux essentiels, fournitures pour imagerie médicale, réactifs, tests et petits consommables de laboratoire, petites instrumentations médico-chirurgicales et plantes et recettes médicinales éprouvées.

MISSIONS

- ✦ installer dans chaque province un réseau officiel des CDR ;
- ✦ mettre en place dans chaque zone de santé un dépôt pharmaceutique pour l'acquisition et la distribution des médicaments essentiels ;
- ✦ accroître d'au moins 50% la production locale de médicaments ;
- ✦ rendre les coûts des médicaments accessibles au pouvoir d'achat de la population ;
- ✦ assurer la qualité des médicaments, réactifs de laboratoires et fournitures en intrants d'imagerie médicale ;
- ✦ instaurer la gestion rationnelle et transparente des médicaments à tous les niveaux du système de santé ;
- ✦ promouvoir l'adoption de comportements positifs à l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et la communauté ;
- ✦ renforcer la capacité institutionnelle et gestionnaire de service de réglementation, de contrôle et d'inspection pharmaceutique ;
- ✦ promouvoir l'industrie pharmaceutique intéressée à la fabrication des médicaments essentiels et traditionnels améliorés.

L'analyse de ces missions révèle que le PNAM a pour fonctions essentielles ce qui suit :

1. Coordination et suivi évaluation du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels pour le secteur public et privé à but non lucratif

Ceci consiste en ce qui suit:

- Le suivi de la FEDECAME sur le plan institutionnel et technique.
- Le suivi technique des CDR opérationnelles.
- La planification des CDR à installer (carte pharmaceutique).
- L'élaboration de normes de mise en place pour les nouvelles CDR (Guide CDR).

- L'accréditation des CDR : évaluation initiale, contrat de performance, le suivi et évaluation annuelle.
- L'interface technique avec le Ministère de la Santé :
 - i. sur le plan normatif, avec la D3,
 - ii. sur le plan de la planification, avec la DEP,
 - iii. sur le plan stratégique, avec le Secrétariat Général et le Ministère.
- L'interface technique et normative avec les partenaires :
 - i. coordination générale au niveau national par la Task Force Approvisionnement,
 - ii. contact et intervention directe selon les dossiers.
- ***NB** : le suivi du SNAME en aval des CDR est assuré par les Pharmaciens Inspecteurs Provinciaux.*

2. Mise en œuvre du SNIS-Médicament :

Il revient au PNAM les fonctions suivantes :

- L'élaboration et diffusion des outils de recueil des données.
- La saisie et consolidation des données au niveau central : un outil informatique adapté devra être développé dans ce sens.
- L'analyse des données.
- L'organisation du feed-back des résultats de l'analyse effectuée vers les différentes structures du système de distribution des médicaments participants au recueil des données.
- La concrétisation des liens avec le « SNIS général »².

3. Rôle technico-normatif : harmonisation et standardisation de documents de référence :

Parmi les documents de référence et normes à établir par le PNAM on peut citer :

- La nomenclature harmonisée des médicaments : liste, codification.
- La nomenclature comptable harmonisée.
- Une proposition d'outils de gestion harmonisés pour les CDR : outil de gestion commerciale et comptable (logiciel APISoft), outil de suivi statistique et de quantification des besoins (Fonctions spécifiques APISoft, logiciel QUANTIS), outils spécifiques (tableaux divers), tableaux de bord, etc.
- Une proposition de standardisation des procédures maîtresses de gestion des CDR.
- Les points précédents participent de l'élaboration d'un Guide CDR (voir plus haut).
- L'élaboration d'outils de gestion standardisés pour les structures intermédiaires et périphériques du SNAME : BCZS, HGR et CS.

² Le SNIS général est géré au niveau du secrétariat général du ministère de la santé. Il regroupe 12 composantes santé d'information parmi lesquelles on retrouve par exemple le SNIS-Médicament, le SNIS-SSP, etc.

- L'élaboration de Fiches Techniques sur les médicaments, dont l'assemblage constituera un Formulaire Thérapeutique, par niveau de soins.

4. Formation (en relation avec les documents de référence élaborés) :

Le PNAM sera surtout impliqué dans les sessions de formation liée aux outils et procédures de gestion proposés ainsi qu'au SNIS-Médicament. Ces formations peuvent être envisagées vis-à-vis des structures suivantes :

- les CDR,
- les PIP,
- les partenaires (dans le cadre d'un projet d'appui au système de santé),
- des formateurs (pour les structures du niveau intermédiaire et périphérique).

L'organisation et la mise en œuvre de ces formations reposeront au préalable sur la conception de modules de formation.

Pour certains aspects et certains outils, une collaboration avec la FEDECAME devra être envisagée (approvisionnement, assurance qualité, quantification, etc.).

5. Promotion des comportements rationnels par rapport à l'utilisation des médicaments (prescription et dispensation) :

Ceci est un aspect particulier des fonctions du PNAM, inscrit dans l'arrêté de création du programme. Il ne s'agit pas d'une promotion de l'usage rationnel du médicament en tant que telle (qui devrait relever plutôt de compétences médicales, donc d'une Direction de Santé) mais plutôt d'une promotion de « comportements rationnels » en matière de prescription et surtout de dispensation des médicaments dans le secteur public.

La mise en œuvre de cette fonction particulière demande des compétences spécifiques dans le domaine du marketing social et de la communication : analyse de la problématique, identification des cibles de la communication, élaboration de messages appropriés, organisation des campagnes de communication par les canaux appropriés, etc.

6. La « promotion de la production locale des médicaments » :

Le sens dans lequel il faut entendre cette fonction a été discuté. Il ne s'agit pas ici d'une promotion en tant que telle de la production locale, mais plutôt de la recherche des éléments qui permettraient de favoriser le développement de la production locale et le recours par les structures du SNAME aux produits fabriqués localement :

- La « promotion de la production » en tant que telle rentre dans le cadre des liens normatifs avec le Ministère de la Santé (liens avec la D3 – voir le point 1) : il reviendra au PNAM d'insister sur les aspects d'assurance qualité (Bonnes Pratiques de Fabrication, qualité et fiabilité des produits).

- Un travail important doit être réalisé sur les aspects fiscaux de la production locale, en particulier la problématique de l'exonération des matières premières. Ceux-ci entrent dans le cadre des liens stratégiques avec le Ministère de la Santé (liens avec le Secrétariat Général et le Ministre – voir le point 1) : il reviendra au PNAM de préparer l'argumentation technique sur laquelle le Ministre de la Santé pourra se reposer pour proposer cette exonération au niveau du Gouvernement.

RDC

AXES STRATEGIQUES

L'analyse des forces, faiblesses, insuffisances et menaces du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels fait ressortir les problèmes spécifiques qui suivent:

1. Faible capacité institutionnelle et gestionnaire du PNAM ;
2. Faible disponibilité des médicaments et autres consommables essentiels dans les formations sanitaires ;
3. Circulation des médicaments de qualité et d'origine douteuse ;
4. Coût très élevé des médicaments ;
5. Vente des médicaments dans des endroits inappropriés et insalubres ;
6. Absence d'un plan de communication pour le changement de comportement en relation avec l'usage rationnel des médicaments ;
7. Gestion irrationnelle des médicaments dans l'ensemble des structures sanitaires et pharmaceutiques ;
8. Insuffisance du système d'assurance de qualité et du système OMS de certification ;
9. Absence d'un laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments, des aliments, des produits diététiques et cosmétiques ;
10. Faible financement des médicaments et produits pharmaceutiques par l'Etat ;
11. Insuffisance en quantité et en qualité du personnel du secteur ;
12. Non intégration du pharmacien dans les équipes cadres des provinces et des zones de santé ;
13. Absence d'un système de pharmacovigilance
14. Absence d'une politique de tarification des médicaments
15. Absence de système de financement des soins
16. Incapacité du personnel à quantifier les besoins en médicaments a tous les niveaux du système sanitaire.
17. Faible Couverture du Pays en CDR
18. Faible Utilisation des Procédures et des Outils standardisés au niveau opérationnel
19. Insuffisance du Personnel Technique formé au niveau du PNAM
20. Existence des CDR peu performantes
21. Non Vulgarisation de la LNME actualisée
22. Absence de Formulaire thérapeutique National
23. Insuffisance du Personnel Technique formé en usage rationnel des médicaments
24. Absence de cadre de concertation formalisée pour l'intégration effective des programmes verticaux
25. Faible couverture du pays en SNIS MED
26. Existence des systèmes parallèles d'approvisionnement en médicaments
27. Non appropriation du SNAME par le pouvoir public
28. Diversités des politiques des Partenaires en matière de tarification des médicaments

De ce qui précède, les axes stratégiques suivants ont été retenus :

1. Appui institutionnel du PNAM, de la FEDECAME et des CDR pour l'amélioration des conditions de travail dans ces institutions ;
2. Plaidoyer auprès des autorités politiques, des bailleurs des fonds et des partenaires pour le renforcement du SNAME en vue de l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels ;
3. Renforcement des capacités gestionnaires et techniques des cadres du PNAM et des CDR
4. Sensibilisation des prestataires des soins, des animateurs des structures des soins et de la communauté pour l'utilisation du SNAME dans les approvisionnements
5. Mobilisation des ressources pour le renforcement du SNAME
6. Intégration des systèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels et consommables médicaux parallèles et verticaux au SNAME

1. Appui institutionnel du PNAM, de la FEDECAME et des CDR pour l'amélioration des conditions de travail dans ces institutions

Le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels conçu en RD Congo répond à la nécessité de la décentralisation des activités sanitaires par le fait que la fonction d'achat est assurée par une structure créée pour cette fin, la FEDECAME, et la fonction de distribution est dévolue aux CDR qui sont des structures de distribution réparties dans les différentes provinces de la République.

Ce système doit être soutenu par des institutions répondant aux normes de bonnes pratiques de distribution des médicaments, avec un personnel qualifié. C'est ainsi qu'à la nécessité de couvrir le pays en CDR s'associe l'exigence de mettre en place les CDR répondant aux critères d'établissement pharmaceutique capables de répondre aux besoins régionaux en médicaments essentiels.

Le PNAM, en tant que programme du Ministère chargé de la mise en place du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SNAME) requiert également des capacités qui lui permettent de répondre à ses missions.

La FEDECAME, pour sa part, requiert une capacité conséquente de stockage des médicaments en plus de l'expertise qu'elle possède en matière de passation des marchés.

La RDC a besoin d'un nombre critique des CDR pour assurer une couverture pharmaceutique complète. Par ailleurs, certaines CDR qui ont été mises en place en dehors des normes et des procédures nécessitent un renforcement pour l'amélioration de leurs prestations.

C'est ainsi que nous définissons le besoin de l'appui institutionnel de l'ensemble du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels.

Les principales activités sont les suivantes :

1. Doter le PNAM d'une logistique lui permettant d'assurer pleinement et efficacement la mission lui dévolue
2. Allouer à la FEDECAME des locaux plus spacieux pour usage d'entrepôt de stockage des médicaments
3. Doter le PNAM du personnel qualifié et suffisant (spécialisé en économie de la santé)
4. Elaborer un plan de couverture du pays en CDR
5. Actualiser le guide des CDR et les différents tableaux de bord de gestion, d'évaluation et d'analyse des capacités financières
6. Elaborer le formulaire thérapeutique national
7. Elaborer les outils de formation sur la gestion des médicaments pour tous les niveaux.
8. Mettre en place un système national de pharmacovigilance
9. Couvrir le pays en SNIS MED
10. Enquêter sur l'état de lieux des structures de distribution des médicaments essentiels dans les zones de sante.

2. Plaidoyer auprès des autorités politiques, des bailleurs des fonds et des partenaires pour le renforcement du SNAME en vue de l'amélioration de la disponibilité des médicaments essentiels ;

Un système national performant et efficace d'approvisionnement en médicaments est le moteur qui assure les soins de santé de qualité au niveau des structures des soins de santé primaires en garantissant la disponibilité en médicaments essentiels de qualité. C'est ainsi que le plaidoyer comme une des approches s'avère indispensable pour le développement du système.

Il sera adressé:

1. aux autorités politico-administratives du pays tant au niveau national qu'au niveau provincial ;
2. aux organismes de coopérations bilatérales et multilatérales ;
3. aux bailleurs des fonds présents dans le pays et impliqués dans les activités des soins de santé communautaires ;
4. aux différents partenaires du secteur de la santé : entreprises publiques, organisations non gouvernementales.

Le plaidoyer en faveur de l'implantation d'un système national d'approvisionnement en médicaments essentiels aura pour but :

1. l'amélioration des capacités institutionnelles du PNAM, de FEDECAME, des CDR et des formations sanitaires ;

2. la mise en œuvre du système national de pharmacovigilance ;
3. la mise en place d'une politique nationale de tarification des médicaments ;
4. la définition d'une politique nationale de financement des soins ;
5. l'amélioration de la couverture du pays en CDR ;
6. l'amélioration de la couverture du pays en SNIS MED ;
7. la vulgarisation de la Politique Pharmaceutique Nationale par le Ministre de la santé ;
8. le développement du Système national d'approvisionnement en médicaments essentiels (SNAME) ;
9. l'intégration de l'acquisition et de la distribution des commodités des différents programmes spécialisés dans le SNAME ;
10. la vulgarisation et l'utilisation des procédures et outils standardisés au niveau opérationnel ;
11. la mise à disposition des ressources financières ;
12. l'élaboration du formulaire thérapeutique national ;
13. le renforcement des capacités en usage rationnel ;
14. l'intégration des systèmes parallèles dans le SNAME ;
15. l'intégration et affectation du pharmacien dans l'ECP et ECZ ;
16. l'amélioration de l'état des voies de communication, facteur prépondérant pour l'amélioration de l'accessibilité géographique aux médicaments.

Les activités principales à mener sont les suivantes :

1. Elaborer un plan de plaidoyer ;
2. Exécuter le plan de plaidoyer.

3. Sensibilisation des prestataires des soins, des animateurs des structures des soins et de la communauté pour l'utilisation du SNAME dans les approvisionnements

Les activités d'approvisionnement en médicaments essentiels au travers du SNAME ne peuvent être garanties sans la sensibilisation. Celle-ci est une importante stratégie qui devra s'adresser:

1. aux prestataires des services et des soins ;
2. aux animateurs des structures sanitaires au niveau central, intermédiaire et opérationnel ;
3. aux partenaires de mise en œuvre des soins de santé primaires ;
4. à la population bénéficiaire des soins de santé.

La sensibilisation qui devra s'adresser aux groupes précédemment cités aura pour objet :

1. la vulgarisation de la Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) et le développement du SNAME
2. la sensibilisation des programmes spécialisés pour l'intégration dans le SNAME
3. L'utilisation des procédures et outils standardisés de gestion des médicaments au niveau opérationnel du système sanitaire

4. la vulgarisation de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels
5. la sensibilisation sur le danger de l'utilisation des médicaments provenant du marché illicite.

Les activités principales à mener sont les suivantes :

1. Elaborer un plan de sensibilisation
2. Exécuter le plan de sensibilisation

4. Renforcement des capacités gestionnaires et techniques des cadres du PNAM et des CDR

La réussite de la mise en œuvre effective des activités du SNAME passe par la prise en compte des trois niveaux d'intervention, à savoir le PNAM en tant qu'entité, la FEDECAME et les CDR. Chaque niveau nécessite un renforcement des capacités gestionnaires et techniques.

Les cadres du PNAM ont pour tâches la coordination des activités de la mise en œuvre du SNAME et le suivi évaluation des activités de terrain. Pour y parvenir, ils doivent non seulement être en nombre suffisant pour couvrir les activités relatives à la résolution des problèmes de santé dans l'ensemble du pays mais également revêtir des capacités techniques et gestionnaires nécessaires pour une coordination efficace.

Pour remplir leurs missions respectives, les cadres de la FEDECAME et des CDR installées à travers le pays requièrent des capacités techniques et gestionnaires nécessaires pour mettre en place des bonnes structures de gestion et d'assurer la qualité et les bonnes pratiques de distribution des médicaments.

Les activités principales à mener sont les suivantes :

1. Organiser une formation sur la gestion des médicaments ; en pharmaco – économie regroupant les cadres des du PNAM, FEDECAME et CDR qui en ont besoin
2. Organiser une formation sur la quantification au profit des cadres du PNAM, FEDECAME et CDR qui en ont besoin.
3. Superviser les CDR
4. Mettre en place le système de Pharmacovigilance en RDC
5. Mettre en place le système de financement des soins
6. Définir une politique de tarification des médicaments en RDC
7. Elaborer le plan national d'approvisionnement et de distribution en médicaments
8. Elaborer la Carte pharmaceutique

5. Mobilisation des ressources pour le renforcement du SNAME

La mobilisation des ressources est une stratégie importante pour la réussite de l'implantation du SNAME en RD Congo. En effet, après la définition des activités, le programme national d'approvisionnement en médicaments essentiels a besoin des ressources importantes pour :

1. Mener à bien sa mission
2. Renforcer les capacités techniques et gestionnaires de ses Cadres et Agents
3. Elaborer, finaliser et mettre en œuvre le plan national de couverture du pays en CDR
4. Implanter les CDR dans toutes les provinces du pays,
5. Renforcer les capacités des cadres des CDR et des zones de santé en gestion des médicaments
6. Mettre en place un système de monitoring des indicateurs de gestion, d'évaluation et financiers des médicaments
7. Mettre en place un système de pharmacovigilance
8. Mettre en place, suivre et évaluer le système d'information sanitaire, volet médicament (SNIS MED)

Les principales activités à mener sont les suivantes :

1. Elaborer un plan de mobilisation des ressources
2. Exécuter le plan de mobilisation des ressources

6. Intégration des systèmes d'approvisionnement en médicaments essentiels et consommables médicaux parallèles et verticaux au SNAME

Le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels est appelé à être un système intégrateur. Cela veut dire que dans le souci de garantir la qualité des médicaments en utilisant un personnel qualifié et compétent, le SNAME se veut un système qui garantit la disponibilité des médicaments essentiels dans tout le pays au travers d'un système de distribution établi selon les règles de l'art.

Ce faisant, toutes les commodités des différents programmes spécialisés du Ministère de la Santé Publique devront impérativement intégrer le SNAME, en passant par les CDR.

Ainsi, ces programmes renforceront leur rôle de coordination en vue de s'assurer de la disponibilité effective des commodités qui les concernent particulièrement.

La réussite d'un tel système passera par l'intégration de tout autre système vertical d'approvisionnement des commodités des programmes spécialisés du Ministère de la santé dans le système national d'approvisionnement en médicaments essentiels en termes d'organisation des achats et de la distribution des médicaments. Il sera également question de l'intégration des systèmes parallèles assurés par les partenaires du Ministère au profit des zones de santé.

Les activités principales à mener sont les suivantes :

1. Vulgariser la politique pharmaceutique nationale
2. Organiser des réunions de concertation des programmes spécialisés d'une part, des partenaires et des bailleurs des fonds du Ministère d'autre part.
3. Développer le guide d'utilisation des fiches techniques de gestion des médicaments
4. Vulgariser les fiches techniques de gestion des médicaments dans toutes les structures sanitaires du pays.

RDC

PLAN DE MISE EN ŒUVRE

#	ACTIVITES	PERIODE					BUDGET
		AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	
1	Vulgariser la politique pharmaceutique nationale a tous les niveaux du système sanitaire	X					\$20,000.00
2	Tenir des matinées d'information à l'intention des bailleurs des fonds et organisations non gouvernementales	X	X				\$500,000.00
3	Organiser des réunions de concertation des entre le PNAM et les programmes spécialisés d'une part, les partenaires et des bailleurs des fonds du Ministère d'autre part.	X	X				\$24,000.00
4	Développer le guide d'utilisation des fiches techniques de gestion des médicaments	X					\$5,000.00
5	Vulgariser les fiches techniques de gestion des médicaments dans toutes les structures sanitaires du pays.	X	X	X	X	X	\$20,000.00
6	Elaborer un plan de mobilisation des ressources	X					\$5,000.00
7	Diffuser le plan de mobilisation des ressources	X	X	X	X	X	\$20,000.00
8	Superviser les CDR	X	X	X	X	X	\$150,000.00
9	Mettre en place le système de Pharmacovigilance en RDC	X	X	X	X	X	\$350,000.00
10	Définir une politique de tarification des médicaments en RDC	X	X	X			\$50,000.00
11	Elaborer le plan national d'approvisionnement et de distribution en médicaments	X					\$35,000.00
12	Elaborer la Carte pharmaceutique	X	X	X	X		\$200,000.00
13	Elaborer un plan de plaidoyer	X					\$10,000.00
14	Organiser des visites des autorités politico – administratives	X	X				\$78,000.00
15	Doter le PNAM d'une logistique lui permettant d'assurer pleinement et efficacement la mission lui dévolue	X	X	X	X		\$300,000.00
16	Elaborer un plan de couverture du pays en CDR	X					\$20,000.00
17	Actualiser le guide des CDR et les différents tableaux de bord de gestion, d'évaluation et d'analyse des capacités financières	X	X				\$10,000.00
18	Elaborer le formulaire thérapeutique national	X	X				\$200,000.00
19	Organiser une formation sur la gestion des médicaments ; en pharmaco – économie, passation des marches regroupant les cadres des du PNAM, FEDECAME et CDRs qui en ont besoin		X	X			\$80,000.00
20	Organiser une formation sur la quantification des médicaments au profit des cadres du PNAM, FEDECAME et CDR qui en ont besoin.		X	X			\$50,000.00

21	Elaborer les messages clés de sensibilisation sur le SNAME et le danger de l'utilisation des médicaments provenant des marchés illicites en fonction des cibles		X				\$10,000.00
22	Elaborer le plan de sensibilisation		X				\$50,000.00
23	Favoriser l'engagement communautaire dans l'entretien les voies de desserte ainsi que la gestion conjointe avec les équipes cadre des zones de sante.		X	X	X	X	\$25,000.00
24	Allouer a la FEDECAME des locaux plus spacieux pour usage d'entrepôt de stockage des médicaments		X				PM
25	Doter le PNAM du personnel suffisant et qualifié (spécialisé en économie de la santé)		X				PM
26	Actualiser les modules de formation sur la gestion des médicaments pour tous les niveaux.		X				\$5,000.00
27	Couvrir le pays en SNIS MED		X	X	X	X	\$120,000.00
28	Octroi du fonds de roulement de la FEDECAME		X	X	X	X	\$2,500,000.00
29	Renforcement du fonds de roulement des CDR		X	X	X	X	\$2,000,000.00
30	Implanter 4 CDR			X	X	X	\$3,000,000.00
31	Mettre en place le système de financement des couts des médicaments			X	X	X	\$600,000.00
32	Enquêter sur l'état de lieux des structures de distribution des médicaments essentiels dans les zones de sante.				X		\$30,000.00
33	Evaluation du plan stratégique 2008 – 2012					X	\$120,000.00
							\$10,587,000.00

Note explicative du budget

Pour répondre aux questions inhérentes à l'élaboration de ce budget, certaines précisions doivent être apportées, notamment :

- Les sommes figurant dans le présent budget sont exprimées en dollars américains et correspondent à l'estimation des dépenses nécessaires pour réalisation des activités prévues dans ce plan stratégique.
- Le budget du plan stratégique du PNAM pour les cinq années qui suivent (2008 – 2012) s'élève à 10.587.000,00 USD ; il est à titre indicatif et peut subir des modifications le moment venu selon les fluctuations du marché et la planification opérationnelle.
- Dans l'ensemble, ce budget est consacré à la réalisation de la mission dévolue au PNAM au développement et à la promotion du SNAME. Car en termes de pourcentage, l'on constate que l'attention a été plus focalisée sur les activités relatives à cet objectif : à titre d'exemple l'octroi du fond de roulement à la FEDECAME représente 23,61 % ; le renforcement du fond de roulement des

CDR 18,89 % ; l'implantation de 4 nouvelles CDR 28,34 % soit 70 % de l'ensemble du budget.

- Viennent ensuite les activités relatives à la mise en place du système de financement des coûts des médicaments, à la tenue des matinées d'information à l'intention des Bailleurs des fonds et Organisations Non Gouvernementales, à la mise en place du système de la pharmacovigilance et à la logistique du PNAM avec respectivement 5,67 %, 4,72 %, 3,31 % et 2,83 %. Soit un total de 16,53 %.
- Les autres activités retenues au budget représentent 12,63 % et aucune d'elles n'excède la barrière de 1 % par rapport au budget global.
- Le budget sera consommé à la hauteur de 40% la 2^{ème} année 20%, 3^{ème} année 15% et 4^{ème} année 5%. La 1^{ère} année ne représente que 20% du budget pour la simple raison que nous sommes déjà à mi parcours de l'année et tandis que le budget de la 5^{ème} année représente 20%.
- Ce budget est à mobiliser, nous en appelons à l'implication effective des partenaires et bailleurs de fonds

VISION DU FUTUR

« L'accès à des médicaments et autres technologies surs, efficaces et a des prix abordables est un élément fondamental d'un bon système de santé », disait Margaret Chan, Directeur Général de l'OMS.

Le PNAM se préoccupe de développer et de promouvoir un système d'approvisionnement en médicaments essentiels, consommables médicaux essentiels, fournitures pour imagerie médicale, réactifs, test et petits consommables de laboratoire, petites instrumentations médicochirurgicales, plantes et recette médicinales éprouvées.

La qualité des soins repose sur quatre piliers à savoir un personnel qualifié, un équipement adéquat, des infrastructures viables et des médicaments en quantité et en qualité disponibles et au prix accessible. Ce dernier est la colonne vertébrale de la qualité des soins car il n'y a pas de soins sans médicaments de qualité.

Un bon fonctionnement du SNAME sous la coordination du PNAM va contribuer à l'amélioration de l'état de santé avec effet positif sur la morbidité et la mortalité de la population Congolaise, gage d'un espoir de vie heureuse avec effet sur la réduction de la pauvreté.

Aujourd'hui plus qu'hier, et demain plus qu'aujourd'hui, le SNAME continuera à donner de l'espoir au peuple congolais, en lui procurant des médicaments et consommables médicaux disponibles, surs, efficaces, de bonne qualité et au prix accessible, tout en rapprochant davantage les plus démunis aux structures des soins, afin de combattre la majorité des fléaux qui endeuillent et fragilisent nos familles.