

INVESTIR DANS LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE EN VUE D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE DE LA SANTE

Justification

Si officiellement les Soins de santé primaires (SSP) constituent la base de la politique sanitaire de la RDC, il devient de plus en plus évident, à la lumière de ce qui se fait actuellement, que le problème auquel est confronté le système de santé de la RDC est l'absence d'une vision partagée sur l'organisation à mettre en place pour la prise en charge de l'ensemble des problèmes de santé de la population. Ce manque de vision empêche les différents acteurs –opérateurs de terrain, responsables de l'administration du Ministère de la santé aux niveaux central et intermédiaire et bailleurs des fonds– d'établir le lien entre les SSP et la Zone de santé (ZS), identifiée comme l'unité opérationnelle de cette politique. Ce lien fondamental qui existait jusque vers les années 1985 a été perdu au fil des temps au point qu'aujourd'hui la ZS est devenue un concept quelque peu galvaudé.

D'un système de santé intégré à 2 échelons, constitué d'un réseau des Centres de santé (CS) et d'un Hôpital Général de Référence (HGR), la ZS offre aujourd'hui la physionomie d'une juxtaposition d'interventions et d'acteurs dont le souci premier est la visibilité de ceux qui les financent plutôt que la satisfaction des attentes des populations bénéficiaires. C'est ainsi que le Paquet Minimum d'Activités (PMA) est saucissonné en paquets sélectifs d'activités, et le HGR, continuellement en compétition avec les CS.

Les évidences scientifiques convergent sur le fait qu'il est difficile d'obtenir des résultats durables en termes de réduction de morbidité et de mortalité par des interventions sélectives. En 2006, le renforcement du système de santé était envisagé comme le socle de la stratégie sectorielle de lutte contre la pauvreté du fait qu'elle se proposait de créer des conditions favorables pour une évolution à la fois efficace et efficiente vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). L'axe principal de la stratégie était le développement des ZS. Il est également repris dans le Plan National de Développement Sanitaire 2010-2015 (PNDS).

Le bilan 2015 des OMD montrent que la RDC n'a pas atteint les cibles des OMD liés à la santé. Comme observé dans d'autres pays qui n'y sont pas parvenus, les raisons se trouvent dans les contre-performances du système de santé. Le troisième objectif de développement durable (ODD) est entièrement consacré à la santé, et de l'avis de tous, experts scientifiques et professionnel de terrain, sans investir dans la performance du système de santé, il ne sera pas étonnant de constater que ces cibles ne seront pas atteintes en 2030. Quels sont les goulots d'étranglement de la mise en œuvre efficace de la stratégie des SSP, comment améliorer les performances du système de santé congolais de façon à ce qu'il contribue à l'amélioration de la santé de la population dans le cadre de ce nouvel engagement international à travers les ODD? Telles sont les problématiques dont il sera question au cours de ces journées scientifiques 2016.

Sous thèmes

Les Journées Scientifiques de l'École de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi (ESP/UNILU), se tiendront pendant deux jours, **du 04 au 05 mars 2016**. Les participants désireux de présenter une communication lors de ces journées devraient postuler pour un ou chacun des sous-thèmes ci-après. Dans chaque sous-thème, sont proposés quelques aspects –pas tous– susceptibles de faire objet de communication lors de ces journées scientifiques.

1. Leadership et Gouvernance

- ❖ *Politique et stratégie de mise en œuvre des interventions de santé*: état des politiques nationales, des stratégies, directives et protocoles des interventions de santé; analyse de la situation et présence des plans opérationnels des interventions spécifiques.
- ❖ *Soutien politique et la coordination*: définition des priorités de santé, leadership et coordination des interventions de santé, engagement des partenaires à la stratégie de santé, partenariats public-privé; alignement du secteur privé aux protocoles et les lignes directrices.

2. Financement, Équité et Couverture universelle des soins de santé

- ❖ *Partage de risque*: mutuelles de santé, assurance maladie et mécanismes de financement communautaires.
- ❖ *Financement ou allocation du budget*: comptes santé, paiements directs des soins par les ménages, catastrophe financière liés aux soins de santé, conséquences socioéconomiques et financières du coût des soins de santé, stratégies d'adaptation des ménages pour financer les soins de santé.

3. Développement des ressources humaines pour la santé

- ❖ *Formation, planification des ressources humaines pour la santé (RHS)*: production, répartition et utilisation des RHS, descriptions de poste; compétences du personnel, formation pré-service et encours d'emploi et compétences des prestataires de services
- ❖ *Motivation du personnel*: rémunération, initiatives de conservation de personnel qualifié en particulier pour les encourager à travailler dans les zones rurales, charge du travail du personnel.

4. Produits médicaux et technologies essentiels

- ❖ *Politique de l'enregistrement des médicaments*: liste et disponibilités des médicaments essentiels et génériques et les médicaments traceurs.
- ❖ *Disponibilité et approvisionnement des produits de base*: médicaments essentiels et génériques et autres fournitures, cycle logistique de gestion des MEG et autres fournitures.

5. Offre des soins de santé

- ❖ *Disponibilité des services*: développement des zones de santé, infrastructures de santé, répartition des services de santé, aiguillage et liens entre les niveaux (communautaire, primaire, et de soins de référence).

JS2016

- ❖ *La qualité des soins*: normes de fonctionnalité et de prestation des services de santé, directives et des outils de travail; mentorat, pilotage des établissements de santé; stratégies d'amélioration de la qualité.

6. Système national d'information sanitaire

- ❖ *Collecte des données et rapportage*: Outils appropriés pour la collecte et la gestion de l'information sanitaire, audit des données

7. Dynamique communautaire et partenariat pour la santé

- ❖ *Stratégie de mobilisation communautaire*: dynamique communautaire, plaidoyer, stratégies de communication pour le changement de comportement.
- ❖ *Engagement communautaire*: structures communautaires pour la gestion de la dynamique des communautés, implication des hommes dans les questions de santé spécifiques; par exemple: santé mère enfant.
- ❖ *Demande de soins*: Connaissances communautaires sur les soins spécifiques, droits à la santé, barrières d'accès aux soins de santé.

Soumettre son résumé

Le résumé doit être structuré en : *Objectif, matériel et méthodes, Résultats et Conclusion*. Au maximum, trois mots clés doivent y être insérés. Il doit être saisi en caractère : Times New Roman, police 12, 1,5 cm d'interligne et les marges de 2,5cm, **et ne devra pas dépasser 500 mots**, titre compris. Ne pas insérer les citations dans le texte, ni la liste des références bibliographiques à la fin du résumé.

Les résumés sont à soumettre par voie électronique, à : jousesp2016@gmail.com

La date limite de d'envoi des résumés est fixée au 15 février 2016.

Pour toute information complémentaire, veuillez nous contacter aux :

+243997044175 ; +243997026780