



BE-CAUSE HEALTH MATTERS

AGIR ENSEMBLE AFIN DE RENFORCER LE DROIT À LA SANTÉ DANS LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Compte rendu du Séminaire sur la santé en République Démocratique du Congo – RDC et de la table ronde sur la Couverture Sanitaire Universelle en RDC

16 - 17 décembre 2019, Bruxelles

TABLE DE MATIÈRES

03 _ Liste d'abréviations

04 _ Introduction

05 _ Contexte

14 _ Table ronde sur la santé en République Démocratique du Congo - RDC

16 _ Une approche multi-acteurs en santé (session du 17 décembre 2019)

17 _ Annexes

18 _ Références

LISTE D'ABRÉVIATIONS

- » **BM** : Banque Mondiale
- » **CSU** : Couverture Sanitaire Universelle
- » **DGD** : Direction Générale de la coopération en développement belge
- » **FM** : Fond Mondial (Global Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria - GFATM)
- » **MoH** : Ministère de la Santé
- » **ONG** : Organisation non gouvernementale
- » **PLVS** : Programme de Lutte contre les Violences Sexuelles
- » **PNDS** : Plan National de Développement Sanitaire
- » **RDC** : République Démocratique du Congo
- » **WASH** : Politiques d'Eau, sanitaire et santé (Water, Sanitation and Hygiene)

INTRODUCTION

À l'occasion de la visite à Bruxelles, fin 2019, du nouveau ministre de la Santé de la République Démocratique du Congo (RDC), Dr Eteni Longondo, la plate-forme Be-cause health et son groupe de travail (GT) « RDC » ont pris l'initiative d'organiser un échange et une réflexion sur les interventions de coopération belge en RDC sous l'appellation « Agir ensemble afin de renforcer le droit à la santé dans la République Démocratique du Congo ». Par deux voies différentes, le nouveau ministre est invité à s'engager dans un échange : par Enabel – Agence de la Coopération directe belge et par IYAD, asbl qui met en lien une diaspora congolaise en Belgique avec des actions en RDC. Finalement le ministre était retenu en dernier moment à Kinshasa, et le Dr Alain Iyeti, directeur de la direction d'Études et de Planification – DEP, du ministère de la Santé en RDC, a participé aux échanges.

La coopération directe belge met en avant les expériences développées par le Programme de Lutte contre les Violences Sexuelles (PLVS) appuyé par Enabel en RDC. Il s'agit plus particulièrement de l'utilisation de l'approche de la « théorie d'ancrage » (grounded theory) pour le développement des protocoles de prise en charge de victimes des violences sexuelles adaptés au contexte socioculturel de la Province de la Tshopo.

Le deuxième focus est celui des associations de la diaspora congolaise. IYAD – ensemble avec le réseau congolais Pallia Famili vise l'engagement du nouveau gouvernement congolais pour l'intégration de soins palliatifs dans l'offre de soins de santé. De plus, le GT RDC veut mettre en avant les approches multi-acteurs dans la santé en RDC.

Le 17 décembre 2019 se tient à Bruxelles le séminaire principal, avec comme double agenda une mise au point et un échange sur le PLVS, ainsi qu'une information et un échange sur l'approche multi-acteurs dans la coopération en santé. Le 16 décembre, préalablement au séminaire, une table ronde est organisée : un échange plus informel sur la nouvelle politique de Couverture Sanitaire Universelle – CSU – annoncée par le nouveau gouvernement en RDC. Cet échange informel invite un nombre limité d'acteurs belges de coopération en santé (Bilateral/ONG/Académique/Diaspora/ Bureaux d'études) à partager leurs expériences et, potentiellement, à identifier des opportunités de contribution de la coopération belge (au sens large) à la réalisation de la CSU en RDC.

Ce rapport contient des notes prises lors de l'échange informel du 16 décembre et il reprend les grandes lignes des présentations faites lors de la session du 17 décembre sur l'approche multi-acteurs. Ce compte rendu ne couvre pas les présentations sur le PLVS. Plus de détails – dont les présentations complètes – sont disponibles sur le site www.be-causehealth.be. Ce rapport ne prétend pas proposer des actions ou recommandations. Il est uniquement informatif.

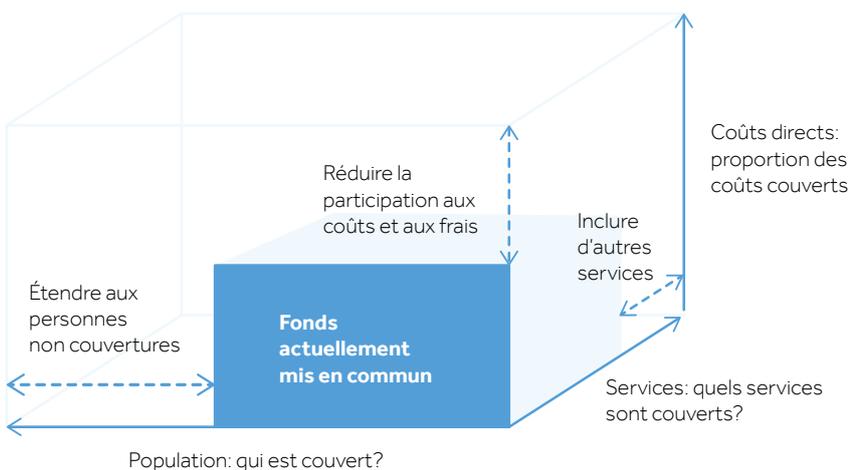
CONTEXTE

Le Président de la République Démocratique du Congo, Félix Antoine Tshilombo Tshisekedi, a fait de la marche vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) un des principaux piliers de son action dans le domaine social. Durant la session intergouvernementale sur la CSU, qui s'est tenue en marge de la 74e session de l'Assemblée générale des Nations unies, le 23 septembre 2019, les chefs d'État et de gouvernement, dont la RDC, ont signé, la Déclaration politique sur la Couverture Santé Universelle (CSU).

De plus, le Président de la RDC et le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ont annoncé la tenue d'une conférence internationale à Kinshasa, début 2020, visant à accélérer les progrès vers la mise en œuvre du Plan national stratégique en matière de CSU, en élargissant et accélérant la collaboration avec des organismes partenaires et des bailleurs. Cette conférence a eu lieu depuis lors, les 14 et 15 février 2020.

Pour la RDC, d'ici l'an 2030, 60 % de la population congolaise devra bénéficier de la Couverture sanitaire universelle en termes d'accès aux services de santé dont elle a besoin en étant financièrement protégée contre les dépenses catastrophiques. Au cours de 2019, le gouvernement de la RDC met en circulation des versions provisoires de son plan national pour la CSU qu'il se propose de lancer en 2020.

Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle



D'ici 2030, le plan prévoit quatre résultats qui correspondent aux piliers de la CSU :

- » L'offre de services de santé est complète dans 80 % au moins des formations sanitaires de 1er, 2e, 3e et 4e échelon en RDC ;
- » La qualité des services de santé offerts est optimale dans 80 % au moins des formations sanitaires de 1er, 2e, 3e et 4e échelon en RDC ;
- » Le pourcentage des ménages où les dépenses de santé représentent plus de 25 % des dépenses totales est inférieur à 40 % ;
- » Le pourcentage des ménages du quintile le plus pauvre dont les dépenses de santé représentent plus de 25 % des dépenses totales est inférieur à 20 %.

Pour la mise en œuvre de ce plan, différents axes stratégiques regroupant chacun un ensemble d'interventions ont été développés. Ils correspondent aux piliers liés à la CSU. Il s'agit de :

- » L'amélioration des prestations des services de santé et la continuité des soins de qualité aux différents niveaux du système de santé ;
- » L'extension de la protection financière pour tous ;
- » Le renforcement de l'approche de la santé dans toutes les politiques afin de réduire la charge de morbidité et d'assurer la viabilité du dispositif de la couverture sanitaire universelle ;
- » La gouvernance et la gestion du système national de CSU ;
- » La mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre.

TABLE RONDE SUR LA SANTÉ EN RDC

Le 16 décembre entre 15h00 et 17h00 se tient à Bruxelles une table ronde informelle sur la santé en RDC à l'occasion de la présence du Dr Alain Iyeti, directeur de la DEP/ministère de la Santé en RDC à Bruxelles.

L'objectif de cette table ronde organisée par la plate-forme Be-cause health entre le Dr Iyeti et des acteurs belges consiste à apprendre sur la politique sanitaire et de Couverture sanitaire universelle (CSU) du gouvernement de la RDC et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du Ministère de la Santé ; et s'informer et identifier ensemble des opportunités potentielles de contribution des interventions de la coopération belge vers la CSU (et le PNDS) en RDC.

La table ronde offre avant tout un espace informel pour écouter **l'état d'avancement de la feuille de route pour la mise en œuvre de la CSU**. Ce volet est présenté par le Dr Alain Iyeti.

Cette mise à jour est suivie de réflexions sur cet avancement par différents acteurs belges – qui représentent des catégories diverses (ONG, diaspora, bilatérale, académique...).

Celles-ci mettent en avant les sujets suivants, toujours présentés brièvement par la personne citée, et suivis par un échange/une discussion autour de la table :

- » La faible qualité des ressources humaines en santé – risques liés à la commercialisation de la formation des médecins, cadres, infirmiers, sages-femmes, etc. ;
- » Le besoin d'inclure les soins palliatifs dans une couverture universelle – CSU ;
- » L'approvisionnement et la qualité des médicaments ;
- » Le besoin d'accréditation des services de soins (formels et informels) ;
- » Le système d'information (gestion des données) ;
- » Quelle stratégie de financement le gouvernement met en place pour assurer la durabilité et éviter des dépenses catastrophiques par les populations ;
- » L'impact humanitaire sur la CSU ; l'impact du mode de travail en urgence ;

- » L'efficacité de la gouvernance et le besoin d'une coordination interministérielle- demeure un thème/sujet transversal qui impacte toute intervention.

Ce qui suit est un compte rendu rédigé sur la base de notes prises lors de la table ronde. Il ne prétend pas appréhender tous les éléments de l'échange informel.

Introduction de la CSU et du PNDS (Dr Alain Iyeti)

Il existe une volonté politique de la part du nouveau gouvernement de la RDC de mettre en œuvre la CSU, y compris par le Plan National de Développement Sanitaire – PNDS. Sur le plan législatif, la CSU est inscrite dans la constitution depuis 2006. En outre, plusieurs lois contribuent à la mise en œuvre de la CSU, par exemple la loi sur les mutuelles. L'étape suivante est la mise en œuvre effective.

La mise en œuvre de la CSU est confrontée à trois grands défis :

1. Sur le plan des services

Un déficit subsiste en termes des services de soins et de qualité des services. Il est crucial de noter que le pays fait face à un triple fardeau sanitaire (triple health burden), face aux maladies de la pauvreté, aux épidémies (Ebola, choléra, rougeole, etc.) et aux maladies chroniques dites « occidentales » telles que les pathologies cardiovasculaires, ou le diabète.

2. Sur le plan du financement

Le financement reste une barrière énorme pour l'accès aux soins avec 90 % de paiement direct. De plus, il existe des risques permanents de commercialisation.

3. Sur le plan de la gouvernance

La coordination de la planification et de la mise en œuvre de la CSU est un défi. À part le ministère de la Santé – MoH – plusieurs ministères sont essentiels pour la feuille de route CSU : le ministère des Affaires sociales, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Fonction publique, etc. Notez qu'à l'heure actuelle, ces différents ministères et leurs

employés ne représentent que moins de 20 % de la population du pays. Indirectement, pratiquement tous les ministères sont concernés par la CSU, par exemple :

- » Le ministère de l'Éducation (responsable de la santé des élèves et enseignants) ;
- » Le ministère de l'Agriculture pour la malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans ;
- » Le ministère de l'Hydraulique est un partenaire essentiel pour la mise en œuvre de la politique sanitaire et de l'accès à l'eau potable, afin de réduire les maladies liées à la diarrhée ;
- » Le ministère des Transports pour réduire la morbidité liée aux accidents de la route.

De manière transversale, le MoH coordonne, avec le ministère de la Planification, le ministère des Finances, le ministère de la Décentralisation, le ministère des Ressources (aux provinces) et le ministère du Travail.

De bonnes initiatives de coordination ont vu le jour - y compris par des politiques guidées par les preuves cf. RIPSEC – récolte des données. Il est important d'investir dans la coordination pour le développement et l'utilisation de la « feuille de route CSU ».



Ressources humaines (Paul Bossyns)

Il existe en RDC un souci de quantité et de qualité des (nouvelles) ressources humaines sanitaires en RDC. Des initiatives ont été lancées par la coopération directe (Enabel) afin d'améliorer la disponibilité et la qualité de l'offre de soins par le personnel de soins existants. Par exemple par la tarification forfaitaire subsidiée (catégorisation et subvention des soins), l'approche du paiement basée sur les résultats (RBF) dans les hôpitaux, etc. De manière générale, l'on constate que les médecins et infirmiers ne sont pas suffisamment formés.

Dans le même temps, on constate une croissance de l'offre d'enseignement et de formation du corps médical : des infirmiers, sages-femmes et médecins généralistes. Ces formations sont d'une qualité médiocre – voire insuffisante.

L'expérience menée dans le nord Kivu (ULB Coopération) vise un système d'accréditation des services de santé, y compris pour l'enseignement/ la formation du personnel de santé. Cette approche pourra contribuer à une mise à niveau de l'enseignement actuel, mais le grand problème reste la pléthore des instituts de formation professionnelle de mauvaise qualité.

Le rançonnement des malades est malheureusement aussi une réalité : il s'agit d'un gagne-pain pour les médecins et infirmiers. Une autre approche complémentaire est possible : l'expérience (par IYAD) en soins palliatifs à domicile – avec un relais à domicile – permet d'épargner les déplacements vers les hôpitaux.

De plus, il existe un besoin de système de données (Blue Square). Le ministère de la Santé investit dans le but de moderniser l'informatique.

Le PNDS prévoit des améliorations en termes de ressources humaines et des alternatives telles que la tarification et l'accréditation sont les bienvenues. La nouvelle politique de CSU est une opportunité d'appui politique nécessaire pour appliquer des changements et aborder par exemple la qualité des centres de formation, les soins continus, etc.

Qualité et disponibilité des médicaments (Elies Van Belle)

La question initiale posée par les acteurs du développement en santé est la suivante : comment mieux renforcer le contrôle et la régulation face à une pléthore de médicaments de mauvaise qualité – voire se protéger contre l'achat et l'utilisation de médicaments ne contenant pas une quantité suffisante de molécules actives. Le marché commercial actuel en RDC est tel qu'il existe une offre importante de médicaments de mauvaise **qualité**. Une initiative en faveur d'une charte belge (2008) et d'un engagement entre acteurs de la Coopération belge (2018) visant un accès à des médicaments et produits pharmaceutiques de qualité a été lancée. Les acteurs belges de la coopération, signataires de l'engagement, s'engagent à développer des approches et des actions au profit d'une assurance qualité des médicaments et produits pharmaceutiques.

Une nouvelle loi en RDC vise le commerce des médicaments (contrefaits). Ce marché est important pour les acteurs économiques (dont la chambre de commerce) et il constitue une source d'impôt à l'importation. Le MoH cherche l'appui du parlement pour ces dossiers. La lutte contre la contrebande et les médicaments falsifiés/ illicites est une tâche énorme pour le MoH - potentiellement perdu d'avance. Il reste au MoH à investir dans la qualité et l'approvisionnement des médicaments essentiels.

Le pays fait face à des problèmes **d'approvisionnement** et à un manque de coordination au sein du système public. Certaines ruptures (60 à 80 % pour Memisa) posent problème et l'opérateur, la FEDECAME, n'est pas assez performant. La mise en place par des acteurs du développement (humanitaire) d'un système d'approvisionnement est un défi qui doit encore être relevé. Des circuits de médicaments parallèles subsistent, mis en place par des programmes des bailleurs de fonds et des partenaires internationaux tels que UNICEF, USAID, DFID, ou GFATM ou qui en résultent.

Les données et l'historique (DATA) des médicaments, les données sur le stockage ; etc. sont insuffisants. Il existe un besoin d'INFORMATISATION et de numérisation.

Du point de vue du PNDS, un problème de quantification des médicaments existe effectivement : les quantités qu'il convient de commander ne sont pas connues et, quand elles

le sont, les moyens financiers nécessaires pour les payer ne sont pas disponibles. Le système d'approvisionnement est relativement récent (2000). Un nouveau plan d'approvisionnement a été adopté en 2017, assorti d'un suivi par le GFATM, mais sa mise en œuvre reste très limitée dans certaines provinces.

Ce système d'approvisionnement manque de financement : « un capital médicament » ou fonds de roulement.

Un appel a été lancé aux acteurs de la coopération pour qu'ils investissent dans un système unique. Un appel a également été lancé au gouvernement de la RDC pour qu'il investisse davantage dans la qualité des médicaments et des produits pharmaceutiques.

Intégration de la CSU dans le système de santé (Wim Van Damme)

À ce stade, la CSU est une aspiration. Actuellement, le patient en RDC paie la plus grande partie (80 % de paiements directs) des frais de sa poche.

Une réflexion et une décision s'imposent sur la façon d'utiliser au mieux les fonds publics (domestiques/internationaux) pour financer la CSU.

Il est préférable de partir de ce qui existe et d'assurer une meilleure coordination, tout en évitant une verticalisation des soins. Ceci nécessite une meilleure collaboration et une meilleure vision. Comment le ministère va-t-il investir dans les soins primaires de base et réaliser une meilleure politique de référence ? Pour ce faire, il convient de prioriser les choix d'investissement - par exemple par achat stratégique.

Actuellement, chacune des maladies spécifiques demande à être intégrée dans la CSU. Ex. : expérience en soins palliatifs en « continuum de soins » - en particulier pour les maladies chroniques. Attention, il y a là un risque d'intégrer « à bout » ou un risque d'approche unique ou monolithique. En réalité la plupart des pays au monde ont des approches d'approvisionnement mixtes. En ressources humaines par exemple, il faut à la fois des généralistes et des spécialistes et, par conséquent, des formations diverses. Le rôle du gouvernement consiste à déterminer comment viser le plus efficacement possible un alignement progressif et comment trouver des convergences.

Le PNDS vise déjà l'intégration à travers un panier de soins et il opte pour une assurance obligatoire et

complémentaire. En ce qui concerne l'intégration : il existe des « cibles » (VIH, etc.) pour certaines maladies et épidémies ; le PNDS se base surtout sur la charge de morbidité et pose le diagnostic. Il est important de comprendre que la notion de panier de soins doit être contextualisée (par district/province). Il existe en outre une notion de progressivité : des progrès sont actuellement enregistrés en matière de CSU dans 3 provinces. Dans un premier temps, le choix s'opère sur la base d'un diagnostic en fonction de la morbidité.

Des défis subsistent en termes de structures et de gouvernance. Le ministère de la Santé en RDC lui-même est organisé en directions et sous-directions, chacune avec son programme et son financement. La récente réforme définit le « programme » par « problème de santé », sans avoir de répondant au niveau provincial. Il faut s'organiser par expertise requise (maladie du sommeil, etc.).

Financement de la santé (Elisabeth Paul)

L'achat stratégique est un concept (encore assez vague) promu notamment par l'OMS. Il peut être mis en pratique par une multitude d'instruments, notamment le « contrat unique » et le financement basé sur les résultats. Il faudrait commencer par déterminer quels sont les outils prometteurs dans le contexte de la RDC. Il est nécessaire d'avoir une politique basée sur des preuves et contextualisée. Il existe une multitude de décisions politiques, de sorte que cette feuille de route plus claire sera utile.

Comment la mobilisation des ressources domestiques (promu par la coopération internationale) va-t-elle pérenniser le financement ? Le taux d'exécution est actuellement très faible et l'efficacité laisse à désirer. Pourrait-on envisager une politique de décentralisation fiscale ?

Des défis subsistent aussi en matière d'identification des « indigents » et des « pauvres » pour leur permettre d'accéder aux soins (à travers les mutuelles de santé).

Du point de vue du PNDS, en termes de mobilisation des ressources financières domestiques, les principaux problèmes sont, avant tout, la faible capacité de l'État et la faible utilisation des ressources dont dispose le ministère de la Santé. Il convient par ailleurs d'améliorer la gestion du budget.

Un défi majeur pour l'État est l'existence d'au moins quatre cas de figure différents (par bailleur de fonds), chacun ayant un focus propre : par exemple la Banque Mondiale (BM) vise le financement basé sur les résultats (RBF), le DFID vise la gratuité, Enabel vise la tarification forfaitaire et d'autres bailleurs de fonds l'assurance ciblée sur les indigents. Le PNDS en RDC vise une approche « panier ».

Il reste du travail pour réduire le nombre de programmes de santé de 50 à 12 – liés à des programmes de bailleurs internationaux.

L'augmentation de l'espace fiscal demeure problématique : la collecte de recettes est possible et est en cours, mais il reste d'importants défis en termes de gouvernance, d'impunité, de fraude, etc.

Pour ce qui est du budget, le MoH a besoin d'une stratégie de financement : l'utilisation des fonds est toujours défaillante (mauvais achat d'équipement, etc.). La loi prévoit la création de différentes initiatives de levée de fonds.

Outre la politique et la stratégie de financement, une politique salariale s'impose, par exemple afin de mieux gérer les primes de risque – les honoraires des médecins, etc. Un des enjeux reste l'utilisation courante de per diem pour motiver le personnel du MSP à faire son travail.

Gouvernance – expériences d'assurances maladie (Daniela Chinnici)

Deux études ont été menées dans le Nord-Kivu sur la faisabilité de la mise en place d'un système d'assurance maladie et une analyse actuarielle. La première étude a permis d'analyser le contexte institutionnel et de mettre en évidence : (i) les limites du cadre légal (lois sur les mutualités), (ii) la contrainte que représente la faible qualité des services de santé, (iii) la nécessité de mettre en relation, lors de l'élaboration des mesures d'application, la loi sur la santé publique et la loi sur les mutualités, (iv) la nécessité de prévoir, dans les mesures d'application, des mesures indirectes d'obligation et de financements novateurs. Cette étude a été complétée par une étude actuarielle qui a permis d'obtenir une première estimation du coût de l'assurance maladie dans le Nord-Kivu pour la période 2020-2029.

L'étude de faisabilité de l'assurance maladie dans le N-K propose d'identifier un organisme

d'assurance maladie provincial qui pourrait être un Établissement d'Utilité Publique (EUP) ou une Fondation apolitique soumise à des audits fréquents, aussi bien internes qu'externes ; encadré par un cadre législatif et juridique (arrêté provincial) ; doté d'un manuel de procédures encadrant ses activités et bâti selon un audit organisationnel ; avoir une autonomie de gestion, avoir des organes solides et composés des contributeurs.

Cet organisme d'assurance maladie conclurait uniquement des contrats avec les structures sanitaires et pharmacies accréditées par un organisme d'accréditation autonome. Il devra s'assurer de la qualité des structures sanitaires, notamment de leur personnel soignant, administratif et d'appui, du respect des normes d'hygiène et de salubrité, des standards de soins en matière de « meilleures pratiques » ou « evidence-based medicine » ; accréditer les officines pharmacies selon les standards de qualité de l'ordre des pharmaciens en termes de lieu d'approvisionnement, de conditionnement, de conservation, etc. ; réaliser des enquêtes de satisfaction auprès des patients et leur famille pour s'assurer de la qualité des soins fournis.

Une autre recommandation de cette étude consiste à prévoir, dès le départ, une informatisation du système d'assurance, non seulement afin d'obtenir de cartes biométriques, mais aussi pour assurer un contrôle des fraudes et un suivi du risque.

L'étude actuarielle recommande de commencer la mise en place de la CSU au niveau de la province du Nord-Kivu par une expérience pilote circonscrite à un nombre limité de zones de santé. Celle-ci doit s'accompagner d'un processus d'évaluation qui permettra notamment de mesurer la vitesse de montée en charge du système de CSU. Pour ce faire cette expérience pilote doit s'étaler sur une durée minimum de trois ans.





Urgences/L'approche Humanitaire (Olivier Van Eyll)

La RDC vit quotidiennement des urgences (surtout à l'est du Congo) assorties de ruptures brutales de l'accès aux soins et de violences massives. Ceci débouche notamment sur des indicateurs alarmants. La pratique actuelle en cas d'urgence ou de crise humanitaire est d'utiliser le relais communautaire – avec des primes, de faire appel à des agents sanitaires – avec des primes, d'acheter des équipements et médicaments par des voies parallèles et de pratiquer la gratuité des soins et produits imposés de l'extérieur/par le bailleur. Ne vaut-il pas mieux équiper le ministère de la Santé – MoH – pour qu'il puisse intervenir et assurer l'aide humanitaire ?

Le PNDS prévoit en effet un plan d'action humanitaire. L'urgence dépend d'abord du ministère de l'Intérieur, du ministère de l'Action humanitaire et de la Solidarité internationale – pas du MoH.

Il convient surtout de se demander comment renforcer la résilience du système pendant la crise humanitaire. Comment améliorer la résilience des centres de santé ? Une meilleure préparation aux épidémies et une meilleure coordination des interventions sont nécessaires.

La population vit une frustration réelle et légitime par rapport à des interventions de type humanitaire, à savoir que : dès qu'une épidémie se déclare (ex. rougeole), une intervention (vaccination d'enfant) directe intervient. Tandis qu'avant et après

l'épidémie, les soins de santé sont indisponibles. De l'expérience (négative) du Nord-Kivu, il subsiste une demande de protocole préalable au niveau de la province : la création de fonds, le renforcement de structures existantes, le recours aux personnes existantes, etc. Le ministère de la Santé peut jouer un rôle central en la matière.

L'expérience (positive) dans l'Ituri a montré qu'il est possible de travailler avec des structures de base en période d'urgence, en dépit de l'insécurité. L'élément clef est l'implication et la place centrale de l'autorité et de la gouvernance provinciale.

Il s'agit de deux approches : préparer la province, car l'épidémie est aiguë/attendue vs. « Ebola business » venant de Kinshasa.

En guise de clôture de cet échange informel de la table ronde :

Le pays avance pour finaliser une « feuille de route » CSU prometteuse. En tant que partenaires de la RDC, les acteurs belges ont voulu soulever des points d'attention. Les participants appellent à mieux capitaliser sur les expériences diverses. De manière générale les participants conseillent d'appliquer une logique d'intégration et de progressivité afin d'atteindre la CSU en RDC.

UNE APPROCHE MULTI-ACTEURS EN SANTÉ (SESSION DU 17 DÉCEMBRE 2019)

Lors du séminaire sur la santé en République Démocratique du Congo – RDC, qui s'est tenu à Bruxelles le 17 décembre 2019, coorganisé par Enabel, Iyad et le GT RDC de Be-cause health, l'après-midi était consacré à la présentation des synergies entre acteurs en RDC.

L'objectif de la session est de présenter des expériences d'acteurs actifs dans la santé en RDC et d'échanger sur les bonnes pratiques et les leçons apprises dans l'utilisation d'une approche multi-acteurs.

La CSU dans le « nexus » de l'aide humanitaire et du développement (Médecins du Monde)

L'enjeu consiste à utiliser les opérations humanitaires pour consolider la CSU. Le nexus (humanitaire – développement – paix) et la CSU sont une question de partenariat.

Médecins du Monde (MdM) intervient en RDC à la fois comme « acteur humanitaire », par exemple pour la sensibilisation, la prévention et le contrôle de l'infection Ebola à Bukavu et comme acteur de développement, par exemple en appui aux « communes sans viol » et en appui aux enfants des rues de Kinshasa.

Un projet de collaboration entre MdM Belgique et l'association tchèque « People in Need » aborde le besoin de renforcement des capacités communautaires, à la fois en appui au système d'évacuation et pour résoudre la malnutrition. Le projet vise les communautés les plus vulnérables touchées par le conflit dans la zone de santé de Lamera, Territoire d'Uvira - Sud-Kivu, RDC. Le projet vise un renforcement du personnel des centres de santé en place, un appui en médicaments, intrants nutritionnels et médicaux, matériels et équipements, afin d'éviter la création d'un système parallèle !

La collaboration explore actuellement une coopération avec MSF Espagne et l'idée de reprendre les urgences de MSF après 6 semaines pour faciliter une remise et une consolidation par le biais des autorités, par exemple lors des épidémies de rougeole ou des déplacements de populations.

La rationalisation des interventions de lutte contre la tuberculose en RDC (Action Damien)

La collaboration a démarré dans un contexte de co-présence de plusieurs partenaires pour un même programme national (PNLT), à savoir : le Fond Mondial – FM (GFATM) ; USAID (projets Challenge TB puis TB-LON avec IHP) et Action Damien. Le processus de rationalisation vise à orienter les partenaires pour prévenir un double emploi dans l'utilisation des ressources. Le processus a débuté en 2016, sous la direction du PNLT, avec la participation d'USAID, du FM, d'AD et de l'OMS – Organisation mondiale de la Santé.

Les objectifs poursuivis sont doubles :

- » Accroître l'efficacité par une meilleure réorganisation de la couverture géographique et une complémentarité en termes d'appui visant à réduire la duplication des interventions de lutte contre la TB à tous les niveaux.
- » Améliorer la coordination des activités à tous les niveaux (national, provincial et zone de santé).

Constats après deux ans de collaboration :

- » Le cadre de concertation est bien en place, chacun connaît ses responsabilités et cela permet aux partenaires de s'adapter aux situations rencontrées et de s'entraider (ex. : fin de financement du projet Challenge TB). Flexibilité ! Au niveau national, mais aussi provincial.
- » Les médicaments et réactifs sont désormais stockés dans les meilleures conditions possibles dans les CDR de tout le pays. Mais les niveaux de qualité diffèrent.
- » L'approvisionnement international des médicaments continue à poser problème : non-maîtrise du délai d'approvisionnement. Maîtrise insuffisante des stocks disponibles dans le pays. Des ruptures de stock sont encore à déplorer !
- » Transport dans le pays (Kin – province), également avec des délais et une qualité (BPD) à améliorer.

- » La livraison des intrants TB aux ZS à partir de la CDR est régulièrement retardée, car il faut attendre l'arrivée des intrants VIH et / ou malaria (mutualisation des coûts de transport vers les structures).
- » L'utilisation du réseau Genexpert demeure faible. L'échantillon doit parcourir le chemin du CSDT ► site GXP et le résultat doit être communiqué. De même pour les cultures et tests de Hain.
- » Le paiement des primes au personnel est assuré par le FM et l'AD, mais pas par USAID, qui n'est pas autorisé à le faire (législation US), ce qui débouche sur des provinces à plusieurs vitesses.
- » Chaque partenaire a ses barèmes, par ex pour les per diem.
- » Une discussion est en cours entre le FM et USAID : souhait du FM que les médicaments MDR achetés par le FM (50 % des besoins du pays) soient utilisés uniquement dans les provinces appuyées par le FM.

Les perspectives de la collaboration sont multiples :

- » Poursuite de la rationalisation et de la concertation.
- » Examiner avec le PNAME les priorités en matière d'amélioration des CDR.
- » Responsabiliser le PNLT en matière de gestion et de stockage des médicaments. Reconstituer un vrai stock de sécurité au niveau national.
- » Transport Kin – province : mettre en place un système de contrôle de qualité avec les transporteurs (délais, T°, etc. bonnes pratiques de distribution).
- » Parallèlement au principe général de mutualisation du transport, une livraison en urgence pour les intrants TB doit être possible (flexibilité).
- » Réexaminer l'organisation et le financement du transport des échantillons pour la multirésistance (GXP, cultures et test de Hain).
- » Harmoniser le système des primes avec partout des primes de performance, mais comment bien mesurer cela sans un système très lourd ?
- » Chaque partenaire a ses barèmes, par ex pour les per diem. Les barèmes recommandés par le GIBS sont élevés. AD ne pourra pas suivre (budgets différents entre les partenaires).

- » La demande du FM pour les médicaments MDR ne correspond pas au principe de complémentarité : les besoins du pays sont fournis à 50 % par le FM et à 50 % par USAID et ils doivent être gérés par le PNLT...



Hygiène hospitalière

(Médecins Sans Vacances, ULB coopération, Chaîne de l'Espoir Belgique et la Plateforme Hospitalière RDC).

Présentation d'une expérience de synergie entre Médecins Sans Vacances, ULB Coopération, Chaîne de l'Espoir Belgique et la Plateforme Hospitalière RDC (une asbl congolaise). Les partenaires techniques et financiers comprennent également le Ministère congolais de la Santé (DES) et les Divisions Provinciales de la Santé (DPS), ainsi que Rotary Club for Développement, l'Agence française de Développement et Enabel.

La question de départ était : comment financer des soins de santé de qualité réalistes avec les ressources existantes, en sachant que les recettes des hôpitaux sont presque exclusivement composées de la contribution des patients ? D'autant plus quand on sait que les subventions de l'État – à savoir certaines charges d'eau et d'électricité et les salaires minimums (compensés par des primes) sont en diminution.

La réponse : renforcer les capacités de gestion des hôpitaux et augmenter le partage d'expériences et les échanges de bonnes pratiques ► Création d'une Plateforme Hospitalière de Gestion.

Les objectifs de la collaboration :

- » Accompagner les hôpitaux dans la mise en œuvre du Plan Stratégique de la Réforme Hospitalière ;
- » Créer un cadre d'échange d'expériences et de partage de bonnes pratiques ;
- » Créer un espace de débats ► éclairer le niveau central et normatif ;
- » Produire des outils standardisés (financiers et techniques) ;
- » Mettre en place des appuis techniques : Amélioration Qualité ;
- » Rendre le service accessible à tous les hôpitaux de la RDC.

Pour en savoir plus : <https://ph-rdc.org/>

Prise en charge des soins palliatifs (IYAD)

IYAD et son partenaire en RDC – PALLIAFAMILLI – ont mis en place une collaboration multi-acteurs autour de la prise en charge des MCNT/MCT au stade palliatif. Cette collaboration réunit l'asbl belge IYAD et le réseau congolais Pallia Familia, ensemble avec PSPPL, BAC, Médecins du Monde Suisse, l'Institut supérieur des techniques médicales (ISTM) de Kinshasa, le ministère de la Santé de la RDC, le Service public fédéral belge – SPF Santé Publique, l'UNODC, Memisa, avec le soutien de la DGD, de Be-cause health et de la ville d'Anvers.

L'objectif de la collaboration est multiple :

- » Soulager la douleur ;
- » Accompagner les patients et leurs proches ;
- » Intégrer le SP (système de santé) ;
- » Former les infirmiers et les médecins ;
- » Et former les bénévoles.

Les résultats 2019 sont la mise en place des unités mobiles d'accompagnement et de soins palliatifs dans les institutions sanitaires (CUK&HGR N'djili) ; la formation continue/remise à niveau des professionnels de la santé ; et l'intégration de module soins palliatifs dans la formation initiale (infirmier/médecin).

De plus, la collaboration facilite un plaidoyer national (RDC) pour l'intégration des soins palliatifs dans les établissements de soins et de la communauté.

En octobre 2019 s'est tenue, avec le soutien de Be-cause health à Kinshasa, une sensibilisation et une rencontre scientifique au travers de l'organisation du 3e Congrès international sur les soins palliatifs.

Plateforme Société Civile – « HUB Santé » en RDC (Memisa)

L'initiative pour la mise en place d'un « Hub santé » provient initialement de quatre ONG : Memisa, MDM, MSV et VIVA SALUD, qui se sont réunies à Bruxelles en 2015 dans le cadre d'une initiative « synergie RDC », après quoi Action Damien est venue s'ajouter. L'initiative est actuellement ouverte à tous les Acteurs de la Coopération belge, aux membres du CSC RDC (CB 4), ainsi qu'à leurs partenaires congolaises et à Enabel Hub Santé est une plate-forme où les différentes organisations de coopération au développement dans le secteur de la santé et leurs partenaires se rencontrent, échangent dans des cadres formels et informels pour stimuler la cohérence et la synergie entre différentes initiatives déjà existantes et émergentes. Le but est également de faire vivre les initiatives congolaises de la santé. Un animateur facilite les échanges et le comité de pilotage (CdP) le pilote.



Les objectifs du hub sont :

- » Le partage d'informations et l'apprentissage mutuel ;
- » Le renforcement des capacités, la capitalisation des expériences & la diffusion de bonnes pratiques ;
- » La poursuite du développement des complémentarités et synergies prévues dans le CSC RDC.

Quatre groupes de travail techniques (GTT) ont été créés au sein du Hub Santé :

1. Numérisation du secteur Santé

Sous le lead d'Enabel, ensemble avec Memisa, IMT, Viva Salud, Action Damien, Croix Rouge Belgique francophone, Handicap International, Lumière pour le Monde, ULB Coopération, Chaîne de l'Espoir Belgique, Chirpa, IYAD, ATEC / CEFA Monkole, Fracarita RDC, et Congodorpen.

2. Appui au secteur Hospitalier

Sous le lead d'ULB Coopération, ensemble avec Chaîne de l'espoir Belgique, Memisa, Lumière pour le Monde, MSV, ATEC, IYAD, Fracarita RDC.

3. Droit à la santé

Sous le lead de Viva Salud, ensemble avec Handicap International, MEMISA, Enabel, Chaîne de l'Espoir Belgique/Chirpa, Médecins Sans Vacances Fracarita RDC.

4. Intégration des programmes verticaux, et soins palliatifs

Sous le lead d'ATEC/CEFA MONKOLE, ensemble avec IYAD, Centre Éducation Diabète et Santé, Lumière pour le Monde, Memisa, Louvain Coopération, Enabel, IMT, Action Damien, Fracarita RDC, et Congodorpen.

En 2019, les acteurs belges ont réalisé les activités suivantes au travers du Hub Santé à Kinshasa :

- » Première Réunion du GTT numérisation à l'ambassade de Belgique (31/10/2019) ;
- » Formation conjointe : ULB-CO, Chaîne de l'espoir/Chirpa, ATEC/CEFA Monkole ;
- » Appui ou soutien aux activités des partenaires (Atelier interbat Memisa (mars 2019), Handicap international août 2019, IYAD avril 2019 ;

- » Développement des outils d'échange et de partage d'informations : page Facebook, compte Twitter, LinkedIn, Dropbox, 2 groupes WhatsApp.

Les Perspectives pour 2020 comprennent :

- » Le suivi et le développement des Groupes de travail selon des thématiques spécifiques identifiées (CdP) ;
- » La finalisation et l'adoption du plan d'action et du budget 2020 (CdP & AG) ;
- » L'organisation des activités conjointes (formation, atelier, conférence, etc.) (GTT) ;
- » Le suivi des synergies contenues dans le CSC (AG) ;
- » La finalisation de la cartographie des interventions de tous les membres de l'AG (Animateur Hub) ;
- » La publication d'un bulletin périodique (trimestriel et annuel) des activités phares des ACNG (Animateur Hub, CdP) ;
- » La création d'une bibliothèque numérique (Animateur Hub, AG).

ANNEXE I : TABLE RONDE ENTRE LES ACTEURS BELGES ET LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO : AGIR ENSEMBLE VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE – CSU.

Table ronde informelle organisée par la plate-forme Be-cause health, Groupe de Travail « RDC » .
16 déc. 2019, 15h00 - 17h00 Memisa.

Panélistes :

- » Alain Mboko Iyeti, Directeur du Dep. d'Études et de Planification – DEP – MSP, RDC
- » Paul Bossyns, Aubry Loïc, experts santé, Enabel - Agence belge de coopération
- » Elies Van Belle, Memisa
- » Olivier Van Eyll, Médecins du Monde
- » Daniela Chinnici, ULB Coopération
- » Anselme Kananga, IYAD - Associations de la diaspora congolaise
- » Wim Van Damme, IMT Anvers
- » Elisabeth Paul, ULB École de Santé Publique
- » Romain Olekhnovitch, Blue Square
- » Urbain Menase, Conseiller en Coopération, Ambassade de Belgique en RDC (modérateur)
- » Tim Roosen, Be-cause health (rapporteur)

Les objectifs de la table ronde consistent à :

- » Apprendre sur la politique sanitaire et de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) du gouvernement de la RDC et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) du ministère de la Santé.
- » S'informer et identifier ensemble des opportunités potentielles de contribution des interventions de coopération belge à la CSU (et au PNDS) en RDC.

Agenda

1. Introduction du PNDS (Alain Iyeti)
2. Ressources humaines (Paul Bossyns)
3. Qualité et disponibilité des médicaments (Elies Van Belle)
4. Intégration – HSS/CSU (Wim Van Damme)
5. Financement de la santé (Elisabeth Paul)
6. Gouvernance – expériences d'assurances maladie (Daniela Chinnici)
7. Urgences/L'approche humanitaire (Olivier Van Eyll)

ANNEXE II : PROGRAMME DU 17 DÉCEMBRE 2019 – BRUXELLES, ESPACE JACQMOTTE

Séminaire sur la santé en République Démocratique du Congo – RDC, co-organisé par le groupe de travail RDC de Be-cause health, IYAD et Enabel.

PARTIE 1 : LES VIOLENCES SEXUELLES FAITES AUX FEMMES ET AUX ENFANTS EN RDC

9 h 45 -11 h	Séance 1.A. Partant d'une compréhension approfondie des violences sexuelles...
11 h	Pause café
11 h 30	Séance 1.B. ... vers une prise en charge adaptée et appropriée au contexte socioculturel et socio-économique
13 h	Pause déjeuner

PARTIE 2 : BONNES PRATIQUES ET LEÇONS APPRISSES DANS LA COLLABORATION MULTI-ACTEURS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

14 h -16 h	Séance de partage d'expériences par des acteurs de la coopération belge d'une approche multi-acteurs dans le contexte de la RDC
16 h	Séance débat sur l'approche multi-acteurs comme contribution efficace à la Couverture Sanitaire Universelle – CSU
17 h	Clôture

Toutes les présentations sont disponibles sur le site de Be-cause health :

<https://www.be-causehealth.be/en/bch-events/agir-ensemble-afin-de-renforcer-le-droit-a-la-sante-dans-la-republique-democratique-du-congo-3/>

ANNEXE III : ÉTAT D'AVANCEMENT DE LA FEUILLE DE ROUTE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA CSU

Slides ppt présentés par Dr Alain Iyeti

ÉTAT D'AVANCEMENT DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE SUR LA CSU

Dr Alain Mboko Iyeti, Directeur de la DEP-Santé/ RDC. Table ronde d'échange des expériences avec les acteurs de la coopération Belgo-Congolaise sur la perspective de la CSU.

Décembre 2019.

Contexte et justification

La RDC est engagé dans le processus de mise en place de la CSU conformément à l'article 47 qui stipule que la santé est un droit fondamental.

Impulsion donnée par le leadership au sommet de l'état : une nouvelle dynamique pour la mise à l'échelle progressive de la CSU.

- » Faire de la RDC un Etat de droit à travers des institutions solides ;
- » Reconstruire le système de santé (infrastructures, équipements, médicaments, RHS, TIC,...) ;
- » Améliorer l'accès des populations aux soins dans la vision de la CSU.

Adoption en 2017 au 67^{ème} Comité Régional organisé à Victoria FALL du Cadre d'Actions pour le renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la CSU et des cibles des autres ODD liés à la santé.

Amélioration de l'état de santé et du bien-être des populations vivant en RDC

Une Urgence de longue durée

Amélioration de la couverture en prestations de santé de qualité

- » Développement de l'offre de soins et services de santé : offre publique et privée à but lucratif et non lucratif.

Protection des populations contre les risques financiers liés à la maladie

- » Abolir progressivement le paiement direct (Out of pocket) ;
- » Développement de l'assurance maladie obligatoire ;
- » Assistance médicale ciblée pour ne laisser personne en rade.

Contenir la charge de morbidité

- » Action sur les déterminants de la santé par la promotion d'une approche multisectorielle ;
- » Acteurs impliqués identifiés et dotés de cahier des charges précis.



Outils de Gouvernance

Instruments légaux :

- » Constitution du 18 Février 2006 ;
- » Loi 18/035 du 13 Décembre 2018 fixant les principes ;
- » Loi 17/002 du 18 Février 2017 déterminant les principes fondamentaux relatifs à la mutualité ;
- » Décret portant libéralisation du secteur des assurance (ACRA).

Outils techniques :

- » Plan National Stratégique de Développement 2018 - 2022 ;
- » Plan National de Développement Sanitaire 2019 - 2022 ;
- » Stratégie de financement de la santé dans la vision de la CSU ;
- » Politique nationale de la protection sociale assortie d'un Plan d'Actions Triennal ;
- » Plan d'Actions Nationales sur la Sécurité Sanitaire.

Etat de la situation de la CSU en RDC

- » Faible couverture en services de santé de qualité ;
- » Faible financement et déficit de la protection contre le risque financier lié à la maladie ;
 - › Absence de subventionnement des formations sanitaires... ;
 - › La faiblesses des mécanismes de prépaiement : part importante des paiements directs.
- » Inéquité dans la répartition des services et des ressources entre les provinces.

Actions pour améliorer l'offre :

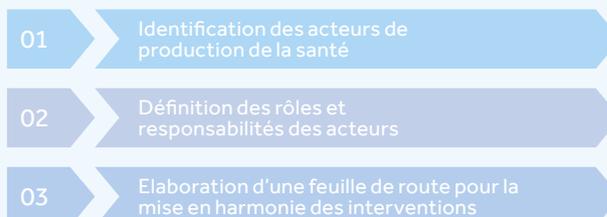
- » Constructions et réhabilitations des FOSA ;
- » Initiatives d'offre des services et soins des privés.

Actions pour améliorer l'accès :

- » Subventions des soins (MESP, PDSS, PRODS, PROSANI, ASSP) ;
- » Prise en charge des soins de santé des travailleurs des entreprises ;
- » Initiatives de prise en charge des indigents (fonds d'équité).

Elaboration de la feuille de route pour l'accélération des progrès vers la CSU

La mise en œuvre de la CSU revient à agir sur les 3 piliers et rendre effective une coordination multisectorielle de redevabilité :



Mission d'appui de l'OMS

Diagnostic des gaps pour la matérialisation de la CSU :

- » Absence d'un paquet des services et soins essentiels formalisé ;
- » Absence des mécanismes formels de couverture des différentes couches de la population ;
- » Déficit de l'implication des autres secteurs dans la mise en œuvre de la CSU.

Trois messages - clés :

- » La CSU exige des réformes et des investissements dans la vision du renforcement du système de santé ;
- » La CSU exige l'implication des autres secteurs ;
- » Nécessite d'une appropriation du processus de la CSU par les provinces.

Atelier d'élaboration de la feuille de route sur la CSU

Quatre groupes de ministères identifiés :

- » Ministères qui ont la responsabilité de l'offre des services de santé (Min Santé, services de Santé des TRDC/PNC, Affaires Sociales, Services de Santé des entreprises, Privés).
- » Ministères qui ont dans leurs missions la responsabilité de protection sociale (Prévoyance Sociale, Affaires Sociales, Fonction Publique, Enseignement primaire et Secondaire, Mutuelles de Santé et Assurances).

- » Ministères qui permettent de réduire la charge de morbidité (Environnement et assainissement, Agriculture, pêche et élevage, Ressources hydrauliques et électricité, Transport).
- » Ministères avec des actions transversales ayant un impact sur le CSU.

Résultats à ce jour

- » Les feuilles des routes sectorielles des différents ministères ;
- » Une ébauche de la feuille de route nationale alimentée par des actions prioritaires des feuilles de route sectorielles.

Actions urgentes de la première année

Actions prioritaires pour améliorer la couverture en présentations de qualité :

- » Développer et mettre en œuvre un plan d'investissement dans le secteur de la santé ;
- » Amélioration de la qualité des soins et services de santé dans la FOSA ;
- » Définir un panier des soins pour l'assurance maladie.

Actions prioritaires pour améliorer la protection contre les risques financiers :

- » Etendre l'assurance maladie obligatoire à toutes les catégories de la population ;
- » Renforcer les capacités des mutuelles existantes et la subvention des cotisations ;
- » Mettre en place une assistance médicale ciblée en faveur des indigents ;
- » Mettre en place une caisse pour l'assurance maladie.

Actions prioritaires pour contenir la charge de morbidité :

- » Accélérer la desserte en eau potables des communautés ;
- » Assurer la disponibilité de l'eau et de l'électricité dans les formations sanitaires ;
- » Assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle ;
- » Augmenter la proportion de la population qui a accès aux services d'assainissement.

Actions transversales :

- » Mettre en place une coordination multisectorielle et le cadre de redevabilité de la CSU ;
- » Compléter le dispositif légal et réglementaire relatif à la CSU.

Prochaines étapes

- » Finalisation et validation du Plan Stratégique Nationale et de la feuille de route pour l'accélération des progrès sur la CSU par l'équipe technique (MSP et PTF) ;
- » Validation des mesures de base par une équipe conjointe Présidence - Parlement - Gouvernement ;
- » Lancement de la CSU par le Président de la République en 2020.



RÉFÉRENCES

- » Présentations du 16 - 17 décembre:
<https://www.be-causehealth.be/en/bch-events/agir-ensemble-afin-de-renforcer-le-droit-a-la-sante-dans-la-republique-democratique-du-congo-3/>
- » Atelier de capitalisation et d'échange d'expériences des acteurs du secteur de la santé - Kinshasa - octobre 2012 : Financement et qualité des services et soins de santé : renforçons ensemble le système de santé en RDC :
<https://www.be-causehealth.be/wp-content/uploads/2020/01/Be-Cause-Health-Matters-n%C2%B07.pdf>
- » The triple nexus: A potential approach to supporting the achievement of the Sustainable Development Goals? PaulHowe, Elsevier, World Development, Volume 124, December 2019, 104629 :
<https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2019.104629>
- » Draft WHO report Health financing in fragile and conflict affected setting - 2019 :
https://www.who.int/docs/default-source/health-financing/final-draft-fcas.pdf?sfvrsn=b833d5c4_2
- » UHC2030 Guidance on assessing a health care arena under stress - June 2019 :
https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/UHC2030_Working_Groups/2017_Fragility_working_groups_docs/UHC2030_Guidance_on_assessing_a_healthcare_arena_under_stress_final_June_2019.pdf
- » ITM Literature Review on Evidence on Coordination and HSS (document préparatoire au guide UHC2030) :
https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/UHC2030_Working_Groups/2017_Fragility_working_groups_docs/ITM_-_Final_Report_v7_.pdf



Be-cause health est soutenu par:



**INSTITUTE
OF TROPICAL
MEDICINE**
ANTWERP



Belgium
partner in development

Coordonnées :

Secrétariat – Nationalestraat 155 – 2000 Antwerpen – Belgium
becausehealth@itg.be – www.be-causehealth.be – +32 (0)3 247 08 01

Éditeur responsable :

Pol De Vos – pdevos@itg.be