



**REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
HYGIÈNE ET PRÉVENTION  
SECRETARIAT GÉNÉRAL



**PLAN DE RENFORCEMENT DU SYSTÈME NATIONAL  
D'INFORMATION SANITAIRE DE LA REPUBLIQUE  
DEMOCRATIQUE DU CONGO 2021-2025**

Mars 2022©

## TABLE DES MATIERES

<b>SIGLE ET ABREVIATIONS</b>	<b>III</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES SCHEMAS</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES CARTES</b>	<b>V</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>VI</b>
<b>RESUME</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>I. CONTEXTE GENERALE</b>	<b>9</b>
1.1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE, SOCIODEMOGRAPHIQUE ET POLITICO ADMINISTRATIVE	9
1.1.1. SITUATION GEOGRAPHIQUE	9
1.1.2. SITUATION SOCIODEMOGRAPHIQUE	10
1.1.3. SITUATION POLITICO ADMINISTRATIVE	10
1.2. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE DE LA RDC	11
1.2.1. LE NIVEAU CENTRAL DU MSPHP	11
1.2.2. LE NIVEAU PROVINCIAL	11
1.2.3. LE NIVEAU PERIPHERIQUE	13
1.3. OFFRE DE SOINS EN RDC	14
<b>II. SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE</b>	<b>14</b>
2.1. SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE DE ROUTINE (SISR)	14
2.1.01. CADRE INSTITUTIONNEL ET ORGANISATIONNEL	14
2.1.02. CADRE NORMATIF	15
2.1.03. OUTILS UTILISES	15
2.1.04. SYSTEME COMMUNAUTAIRE	15
2.1.05. CIRCUIT DE L'INFORMATION SANITAIRE	16
<b>III. PROCESSUS ET METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PLAN DE RENFORCEMENT</b>	<b>17</b>
3.1. EVALUATION DU SNIS DE LA RDC	17
3.2. ELABORATION DU NOUVEAU PLAN DE RENFORCEMENT DU SNIS DE LA RDC	18
3.3. VALIDATION DU DOCUMENT PAR LE GROUPE TECHNIQUE	19
<b>IV. RESULTATS DE L'ÉTAT DES LIEUX</b>	<b>19</b>
4.1. LEADERSHIP & GOUVERNANCE	19
4.1.1. POLITIQUE ET PLANIFICATION STRATEGIQUE	19
4.1.2. CADRE JURIDIQUE ET REGLEMENTAIRE DU SNIS.	19
4.1.3. LEADERSHIP	19
4.1.4. PLANIFICATION DES ACTIVITES.	20
4.1.5. RESPONSABILITES, NORMES, STANDARDS, PROCEDURES OU PROTOCOLES ET OUTILS DE GESTION DU SNIS	20
4.1.6. COORDINATION DES ACTIVITES DU SNIS	21
4.2. RESSOURCES A LA PRODUCTION DE L'INFORMATION SANITAIRE	21
4.2.1. RESSOURCES HUMAINES	21
4.2.2. RESSOURCES MATERIELLES	22
4.3. DISPONIBILITE DE DONNEES SANITAIRES DE QUALITE	25
4.4. GOULOTS DANS LA PERSISTANCE DU SYSTEME PARALLELE	25
4.5. DIFFUSION ET UTILISATION DE DONNEES	28
4.6. SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER	29
<b>V. SITUATION DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE DE RDC</b>	<b>30</b>
5.1. SYNTHESE DES RESULTATS DES ENTRETIENS	30
5.2. ANALYSE DES FORCES FAIBLESSES, OPPORTUNITE ET MENACES (FFOM)	36
5.2.1. ANALYSE DES FFOM AU NIVEAU DE LA GOUVERNANCE ET DU LEADERSHIP	36
5.2.2. ANALYSE DES FFOM POUR LES RESSOURCES HUMAINES RH)	37
5.2.3. ANALYSE DES FFOM POUR LES RESSOURCES MATERIELLES ET SUPPORT DE SAISIE	38
5.2.4. ANALYSE DES FFOM POUR LES RESSOURCES MATERIELS POUR LES TIC	39
5.2.5. ANALYSE DES FFOM POUR LA PRODUCTION DES DONNEES DE QUALITE	40
5.2.6. ANALYSE DES FFOM POUR L'ANALYSE ET L'UTILISATION DES DONNEES	41
5.2.7. ANALYSE DES FFOM POUR LA DIFFUSION DE L'INFORMATION SANITAIRE	42

<b>VI. PROBLEMES MAJEURS</b>	<b>42</b>
6.1. GOUVERNANCE ET LEADERSHIP	42
6.2. RESSOURCES DU SNIS	43
6.2.1. RESSOURCES HUMAINES	43
6.2.2. RESSOURCES MATERIELS ET SUPPORTS DE COLLECTE DES DONNEES	43
6.2.3. RESSOURCES MATERIELLES POUR LA TECHNOLOGIE ET LES TIC	43
6.3. PRODUCTION DES DONNEES DE QUALITE	44
6.4. ANALYSE ET UTILISATION DES DONNEES	44
6.5. DIFFUSION DES DONNEES DE L'INFORMATION SANITAIRE	44
6.6. PROBLEMES PRIORITAIRES	45
6.6.1. PROBLEME CENTRAL :	45
6.6.2. CAUSES DIRECTES DU PROBLEME CENTRAL :	45
6.6.3. CAUSES INDIRECTES :	45
<b>VII. STRATEGIES DE RENFORCEMENT DU SNIS</b>	<b>46</b>
7.1. PRINCIPES DIRECTEURS	46
<b>VIII. PLAN DE RENFORCEMENT DU SNIS 2022-2024</b>	<b>48</b>
8.1. VISION DU SNIS	48
8.2. MISSION DU SNIS	48
8.3. OBJECTIFS	48
8.3.1. OBJECTIF GENERAL	48
8.3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :	48
8.4. DESCRIPTION DU PLAN STRATEGIQUE DE RENFORCEMENT DU SIS	48
8.4.1. AXES STRATEGIQUES	48
8.4.2. DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES ET MATRICE DES RESULTATS	49
8.4.3. CADRE DE MESURE DE RENDEMENT (CMR)	50
<b>IX. CONDITIONS DE REUSSITE</b>	<b>52</b>
9.1. HYPOTHESES ET RISQUES	52
9.1.1. HYPOTHESES	52
9.1.2. RISQUES	52
<b>X. MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE RENFORCEMENT DU SNIS EN RDC</b>	<b>55</b>
10.1. PLAN DE MISE EN ŒUVRE	55
10.2. CADRE DE MISE ŒUVRE DU PLAN DE SNIS	55
10.3. MECANISME DE COORDINATION, DE SUIVI, EVALUATION ET D'APPRENTISSAGE	56
9.2.1. SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE	56
10.4. MECANISME DE FINANCEMENT	56
<b>XI. PLAN D'ACTION 2022-2025 DE RENFORCEMENT DU SNIS EN RDC</b>	<b>57</b>
<b>XII. CONCLUSION</b>	<b>58</b>
<b>XIII. ANNEXES</b>	<b>I</b>
ANNEXE 1 : LISTE DES MEMBRES DU COMITE TECHNIQUE	I
ANNEXE 2 :	I
ANNXE 3 :	II

## SIGLE ET ABBREVIATIONS

<b>ANICIIS :</b>	Agence Nationale d'Ingénierie Clinique, de l'Information et d'Informatique en Santé
<b>AS :</b>	Aire de Santé
<b>ASSP :</b>	Accès aux Soins de Santé Primaires
<b>BCZ :</b>	Bureau Central de Zone
<b>CAB :</b>	Cabinet
<b>CAC :</b>	Cellule d'Animation Communautaire
<b>CHU :</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>COGE :</b>	Comité de Gestion
<b>CS :</b>	Case de Santé
<b>CSC :</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CSR :</b>	Centre de Santé de Référence
<b>CSU :</b>	Couverture Santé Universelle
<b>CU :</b>	Centre Universitaire
<b>DAF :</b>	Direction des Affaires Financière
<b>DANTIC :</b>	Direction des Archives et Nouvelles Technologies de l'Information et Communication
<b>DEP :</b>	Direction des Études et de la Planification
<b>DESS :</b>	Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé
<b>DFID:</b>	Department for international development
<b>DG:</b>	Directeur Général
<b>DHIS2:</b>	District Health Information Software
<b>DLM :</b>	Direction de la Lutte contre la Maladie
<b>DM :</b>	Data Manager
<b>DGOGSS :</b>	Direction Générale d'Organisation et de Gestion des Services et Soins de Santé
<b>DPC :</b>	Division Provinciale de la Santé
<b>DPM :</b>	Direction de la Pharmacie et Médicaments
<b>DPS :</b>	Direction de la Promotion de la Santé
<b>DQR :</b>	Data Quality Review
<b>DRH :</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DSF/GS :</b>	Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques
<b>DSNIS :</b>	Direction du Système National d'Information Sanitaire
<b>DSSP :</b>	Direction des Soins de Santé Primaires
<b>ECZ :</b>	Équipe Cadre de Zone

<b>EDS :</b>	Enquête Démographique et de Santé
<b>FFOM :</b>	Forces-Faiblesses-Opportunité-Menaces
<b>FM :</b>	Fonds mondial
<b>FOSA :</b>	Formation Sanitaire
<b>GASC :</b>	Groupement d'Agents de Santé Communautaire
<b>HGR :</b>	Hôpital Général de Référence
<b>HMIS :</b>	
<b>HN :</b>	Hôpital National
<b>IPS :</b>	Inspection Provinciale de la Santé
<b>LCD :</b>	Liquid Crystal Display
<b>MCZ :</b>	Médecin Chef de Zone
<b>MECA :</b>	Monitoring & Evaluation and Country Analysis
<b>MSPHP :</b>	Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention
<b>NFM :</b>	New Financing Model (Nouveau modèle de financement)
<b>OSC :</b>	Organisations de la Société Civile
<b>OSQD :</b>	Outil de Supervision de la Qualité des Données
<b>PAO :</b>	Plan d'Action Opérationnel
<b>PCA :</b>	Paquet Complémentaire d'Activités
<b>PMA :</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PNDS :</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PRONANUT :</b>	Programme National de Nutrition
<b>PS :</b>	Poste de Santé
<b>PTF :</b>	Partenaires Technique et Financiers
<b>RDQR :</b>	Routine Data Quality Review (Examen de Routine de Qualité des Données)
<b>RH :</b>	Ressources Humaines
<b>SIH :</b>	Système d'Information Hospitalier
<b>SIS :</b>	Système d'Information Sanitaire
<b>SISR :</b>	Système d'Information Sanitaire de Routine
<b>SNIS :</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>SNSAP :</b>	
<b>SOP :</b>	
<b>SSS :</b>	Stratégie des Soins de Santé
<b>TB:</b>	Tuberculose
<b>VSAT:</b>	Very Small Aperture Terminal
<b>ZS :</b>	Zone Sanitaire

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU I : QUELQUES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES .....	10
TABLEAU II : REPARTITION DES ENTITES GEOGRAPHIQUES ET DES STRUCTURES SANITAIRES PAR PROVINCE EN JANVIER 2017 .....	12
TABLEAU III : SYNTHÈSE DES ENTRETIENS RÉALISÉS AUPRÈS DES ACTEURS DU NIVEAU CENTRAL .....	31
TABLEAU IV : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DE LA GOUVERNANCE ET DU LEADERSHIP .....	36
TABLEAU V : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DES RH .....	37
TABLEAU VI : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DES RESSOURCES MATÉRIELS ET SUPPORT DE SAISIE .....	38
TABLEAU VII : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES DES RESSOURCES MATÉRIELS POUR LA TIC .....	39
TABLEAU VIII : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES POUR LE PRODUCTION DES DONNÉES DE QUALITÉ .....	40
TABLEAU IX : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES POUR L'ANALYSE ET L'UTILISATION DES DONNÉES .....	41
TABLEAU X : FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES POUR LA DIFFUSION DE L'INFORMATION SANITAIRE .....	42
TABLEAU XI : MATRICE DES RÉSULTATS .....	49
TABLEAU XII : CADRE DE SUIVI DES RISQUES .....	53
TABLEAU XIII : CADRE D'ATTÉNUATION DES RISQUES .....	54
TABLEAU XIV : PLAN D'ACTION 2022-2025 DE RENFORCEMENT DU SNIS .....	57

## LISTE DES SCHEMAS

SCHEMA 1 : PYRAMIDE DES STRUCTURES DE SOINS .....	13
SCHEMA 2 : CIRCUIT DE L'INFORMATION DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE DE LA RDC .....	16
SCHEMA 3 : CIRCUIT ET DELAI DE TRANSMISSION DES RAPPORTS – SNIS RDC .....	17

## LISTE DES CARTES

CARTE 1 : CARTE ADMINISTRATIVE DE LA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO .....	9
---	---

## REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP), sous le leadership du Secrétariat Général et les directions centrales, adresse ses remerciements à tous les acteurs du Système de Santé (SS) et particulièrement ceux qui appuient le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) et tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce document qui est le « Plan de Renforcement du SNIS ».

Une motion spéciale est adressée : (i) aux membres du comité SIS, (ii) aux Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du secteur de la santé pour leur appuis techniques et leur disponibilité, (iii) au ..... (Celui ou ceux qui ont financé le processus), et les consultants pour tous les efforts consentis afin de de réaliser ce document capital pour le SS en général et le SNIS en particulier.

## RESUME

Au regard des insuffisances identifiées à la suite de l'évaluation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)<sup>1</sup>, le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention s'est engagé à élaborer un plan de renforcement en collaboration avec ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Cette orientation du SNIS est organisée à partir d'une vision stratégique. Ce produit adhère à la vision du Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 (PNDS 2019-2022) dans une perspective systémique pour afin d'offrir aux partenaires du secteur de la santé une base de travail et un référentiel unifié.

Dans le diagnostic de l'état de santé de la population congolaise, fait ressortir des problèmes liés aux prestations et des problèmes liés aux 5 piliers d'appui du Système de Santé (SS). Parmi ces problèmes, il est retenu celui de l'information sanitaire (« Désintégration des différentes composantes du SNIS, Faible complétude, promptitude et exactitude des données collectées, et Faible diffusion de l'information de qualité ») et de la gouvernance.

Ce plan cadre parfaitement avec le PNDS 2019-2022 qui fait référence à son résultat 2.5.1. à travers trois programmes à savoir : (i) l'amélioration de la complétude, promptitude et exactitude des données collectées, (ii) l'amélioration de l'analyse et la production de l'information sanitaire et (iii) l'amélioration de la diffusion de l'information sanitaire.

Le présent plan s'articule autour de :

---

<sup>1</sup> *Evaluation externe de la DSNIS, 2019*



## INTRODUCTION

L'élaboration de politiques, de programmes et projets dans le domaine de la santé est fortement influencée par les données qui sont mises à dispositions par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

En effet, le SNIS est un processus intégré comprenant la collecte de données (routinières ou non), le traitement, l'analyse pour aboutir à la production de l'information sanitaire. Ces informations produites sont diffusées et destinées aux producteurs, aux utilisateurs et décideurs pour la prise de décisions afin d'améliorer la santé des populations.

En République Démocratique du Congo (RDC), le Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) et ses partenaires au développement (Partenaires Techniques et Financiers (PTF), les Organisations de la Société Civile (OSC) et les Confessions religieuses, secteurs connexes, etc...) disposent d'une Stratégie sectorielle, dont la mise en œuvre est matérialisée à travers un plan stratégique sectoriel. En effet, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2019-2022) constitue le cadre stratégique de référence pour la planification et la mise en œuvre des interventions dans le secteur de la santé.

Le SNIS constitue un des six<sup>2</sup> piliers du Système de Santé (SS). Il permet de faire le suivi de la performance de tous les autres piliers. Aussi, il s'avère nécessaire de s'aligner à cette stratégie et au plan.

L'évaluation, du plan de renforcement du SNIS 2015-2017, a mis en évidence une évolution satisfaisante mais a permis d'identifier les faiblesses. Celles-ci ont motivé l'élaboration du plan triennal SNIS/DHIS2 2018-2020 pour contribuer au suivi du PNDS 2019-2022.

Sur la base de l'expérience du Plan de renforcement 2015-2017 et tenant compte de la mise en œuvre du plan de renforcement du SNIS 2018-2020 (arrivé à échéance en décembre 2020), il s'avère nécessaire de procéder à l'élaboration d'un nouveau plan de renforcement couvrant les 3 prochaines années et couvrant la période de la subvention du FM de 2021 à 2023.

Avec le soutien du Fonds mondial, une évaluation du SNIS a été réalisée en octobre 2019 et des recommandations fortes ont été formulées. Afin de soutenir la demande de financement pour le nouveau cycle de financement du FM (NFM3), il est nécessaire de réviser le plan du de renforcement du SIS existant.

C'est dans ce cadre que le MSPHP à travers la Direction des Soins de Santé Primaires (DSSP) avec sa Division du SNIS a sollicité l'appui du Fonds mondial (FM) pour la mise à disposition d'une assistance technique à travers le pool d'experts MECA.

Cette mission d'assistance technique vise à rédiger le plan de renforcement du SNIS (2021-2025) ainsi que le développement d'outils d'accompagnement (plan d'assistance technique, plan de formation, plan d'intégration des données des secteurs de la santé communautaire et privé dans DHIS2 et un budget opérationnel chiffré sur les 5 années).

Ce document précise l'approche méthodologique qui sera utilisée et les produits attendus. Il comporte également un chronogramme de mise en œuvre.

---

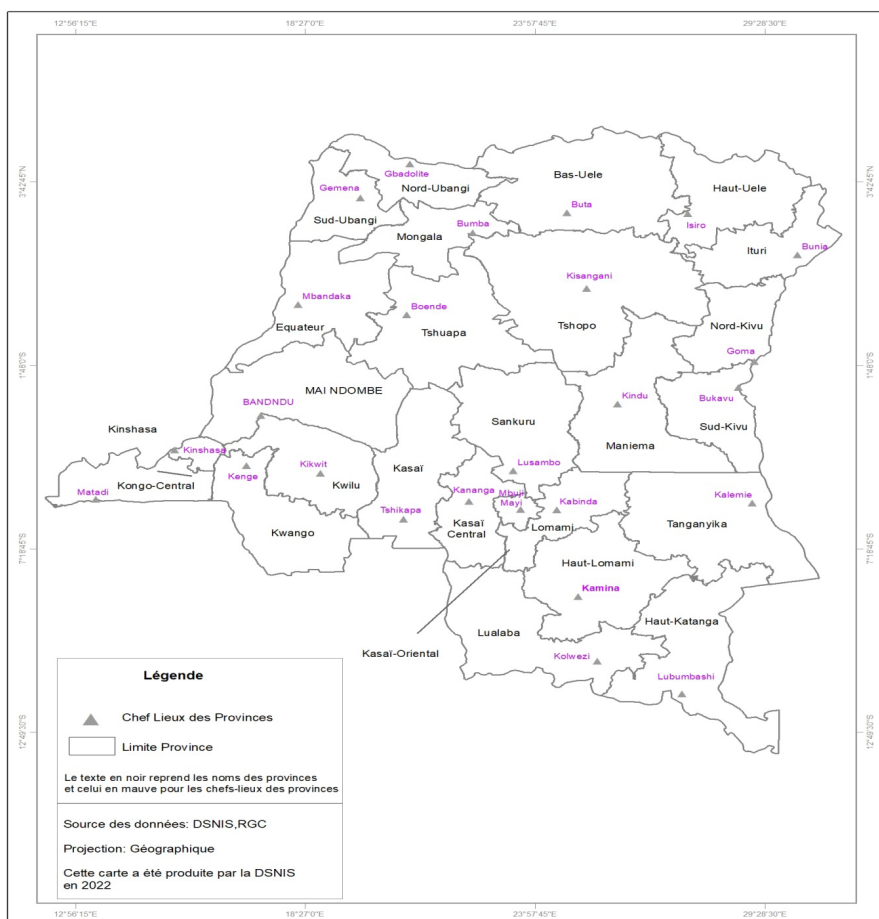
<sup>2</sup> Six piliers du SS : (i) La prestation des services; (ii) le personnel de santé; (iii) l'information sanitaire; (iv) les produits médicaux, (v) les vaccins et les technologies; et (vi) la direction et la gouvernance

## I. CONTEXTE GENERAL

### 1.1. Contexte géographique, sociodémographique et politico administrative

#### 1.1.1. Situation géographique

La RDC avec une superficie de 2 345 409 km<sup>2</sup> est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo, l'Enclave angolaise de Cabinda, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, au Sud par la Zambie et l'Angola.



Carte 1 : Carte administrative de la République Démocratique du Congo

La RDC est marquée par la pluralité de son environnement physique. Les principales contraintes liées à la géographie physique sont l’immensité du pays et l’état dégradé de ses infrastructures routières. Ceci doit être pris en compte dans toute planification qui se veut réaliste d’un quelconque projet initié au niveau national.

### 1.1.2. Situation sociodémographique

La population de la RDC est officiellement estimée en 2019 à 98 370 000<sup>3</sup> habitants avec une densité de 42<sup>4</sup> habitants au km<sup>2</sup> (chiffre de population estimé par INS à partir du dernier recensement général de la population et de l’habitat en 1984 pour la RDC)<sup>5</sup> ; (taux d’accroissement annuel de 3,2%)<sup>6</sup>.

La population se concentre sur les plateaux, dans les savanes, près des fleuves et des lacs. L’exode rural a accru la densité en milieux urbains.

**Tableau I : Quelques indicateurs démographiques**

Population	98 370 000 habitants
Taux de fécondité	6,6 enfants par femme (EDS 2013 - 2014)
Estimation de la population en 2030	120 millions d’habitants
Proportion de la population se retrouvant en dessous du seuil de pauvreté	74% <sup>7</sup>

### 1.1.3. Situation politico administrative

La RDC est un Etat unitaire fortement décentralisé comprenant 26 provinces. Elle compte 96 villes, 145 territoires, 471 secteurs, 261 chefferies, 337 communes urbaines, 267 communes rurales et 5 397 groupements.

Il est à noter que l’opérationnalisation de la décentralisation à travers le découpage des provinces, le transfert concret des compétences, des charges et des ressources reste à ce jour un défi car n’étant pas complètement achevée. En particulier, il faut noter que, bien que la politique de la décentralisation territoriale inscrite dans la Constitution de la RDC prévoit une autonomie fiscale et budgétaire des entités territoriales décentralisées et des provinces, la décentralisation des responsabilités et des moyens est loin d’être achevée. De ce fait, les possibilités de financement des actions de santé publique par le niveau provincial sont ainsi quasiment nulles.

<sup>3</sup> INS, *Annuaire Statistique RDC 2020, mars 2021.*

<sup>4</sup> *Idem*

<sup>5</sup> *Les chiffres officiels se basent sur ce recensement en utilisant la méthode classique d’indexation des chiffres de population sur la base de taux de croissance annuels invariables. Or d’une part on sait que cette méthode devient obsolète au-delà de 10 ans ; par ailleurs d’importants phénomènes migratoires à l’intérieur et à l’extérieur du pays ont eu lieu dans la période en raison des événements traumatisant de cette période. Au total, les chiffres de population utilisés tant au niveau national que provincial ou zonal restent sujets à caution ce qui rend plus difficile l’interprétation des indicateurs rapportés à la population.*

<sup>6</sup> *Ibidem*

<sup>7</sup> *PNDS 2019-2022*

## 1.2. Organisation du système de santé de la RDC

Le système sanitaire de la RDC est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux du point de vue administratif (national, provincial et opérationnel) auxquels correspondent les trois niveaux des établissements de soins et services de santé.

### 1.2.1. Le niveau national du MSPHP

Le niveau national est constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général (duquel les Directions centrales et les Programmes Spécialisés dépendent), de l'Inspection Générale de la Santé, des hôpitaux tertiaires et des autres structures à vocation nationale (ex. Centre National de Transfusion Sanguine).

Le niveau national endosse le rôle normatif qui comprend la formulation de la politique sanitaire et des stratégies, la mise en place de normes et standards, la mobilisation des ressources et leur répartition, le développement des capacités des niveaux plus périphériques. Il inclue aussi la fourniture de certains services coordonnés directement au niveau national via les programmes (52 programmes au total). Le niveau national est aussi responsable de la coordination des opérations et du suivi évaluation des performances du secteur. C'est dans cette dernière optique qu'a été créée la DSNIS.

Il est à noter que ce niveau est en pleine réforme administrative avec le cadre organique en vigueur qui prévoit de passer de 13 à 7 Directions techniques, nommément : (i) la Direction des Ressources Humaines, (ii) la Direction d'Etudes et Planification, (iii) la Direction Générale de l'Organisation et de la Gestion des Services et Soins de Santé (DGOSS), (iv) la Direction de la Pharmacie et Médicaments, (v) la Direction Générale de la Lutte contre la Maladie (DGLM) ; (vi) la Direction de l'Enseignement des Sciences de Santé et enfin (vii) la Direction de la Santé de la Famille et Groupes Spécifiques.

La DGOSS comprend 2 Directions normatives à savoir : la Direction des Soins de Santé Primaires qui comprend à son sein la Division en charge de l'information sanitaire (DSNIS) et la Direction d'Etablissement de Soins et Partenariat, tandis que la DGLM en dispose 3 dont la Direction Surveillance Epidémiologique, la Direction de Laboratoires de Santé et la Direction de l'Hygiène et Salubrité Publique.

En parallèle de cette réorganisation technique interne au MSPHP, le Gouvernement a initié une réforme des structures organisationnelles des Ministères afin de mettre en place de Directions à compétences transversales dans chacun d'eux. Il est ainsi prévu quatre Directions suivantes: (i) une Direction des Etudes et de la Planification, (ii) une Direction des Ressources Humaines, (iii) une Direction Administrative et Financière (DAF) et enfin (iv) une Direction des Archives et Nouvelles Technologies de l'Information et Communication (DANTIC). Ainsi, par rapport au précédent organigramme, doivent être ajoutées deux nouvelles Directions : la DAF et la DANTIC. Au total le nombre de Directions au niveau national passera donc à neuf.

### 1.2.2. Le niveau provincial

Est composé du Ministre provincial en charge de la Santé, d'une Division provinciale de la Santé, d'une Inspection provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial, et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. La décentralisation confère aux provinces les attributions exclusives de l'organisation et de la gestion des soins de santé primaires. Les Divisions provinciales de la Santé (DPS) sont des structures décentralisées placées sous la tutelle des

ministres provinciaux ayant la santé dans leurs attributions. Elles assurent le rôle d'encadrement technique, ainsi que le suivi et la traduction des directives, stratégies, et politiques, sous forme d'instructions pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Ici, l'importance du rôle joué par les Encadreurs provinciaux polyvalents (EPP) mérite d'être soulignée. Les Inspections provinciales de Santé (IPS) sont des structures déconcentrées, qui exercent les fonctions de contrôle et d'inspection au niveau provincial, sous la tutelle du Gouverneur de province. Elles assurent l'inspection et le contrôle des établissements de soins pharmaceutiques et de science de la santé. D'autres services provinciaux sont les Hôpitaux provinciaux, les Laboratoires provinciaux, et les Centrales de distribution régionale des médicaments. Ils assurent les soins de santé de référence secondaire et l'appui des zones de santé dans leurs domaines spécifiques. Un travail de fond est en cours pour lever la confusion entre décentralisation et déconcentration<sup>8</sup>.

**Tableau II : Répartition des entités géographiques et des structures sanitaires par Province en mars 2022 (Extrait du DHIS2 en date du 28 mars 2022)**

Province	Nombre des ZS	Nombre des AS	Nombre des CS	Nombre Autres FOSA PMA	Nombre HGR	Nombre Autres FOSA PCA
Bas Uele	11	166	134	67	11	42
Equateur	18	275	270	210	18	31
Haut Katanga	27	373	1108	200	22	110
Haut Lomami	16	319	344	190	16	15
Haut Uele	13	210	200	243	13	52
Ituri	36	567	537	490	34	125
Kasai	18	401	600	332	18	34
Kasai Central	26	431	423	411	25	76
Kasai Oriental	19	299	342	158	20	44
Kinshasa	35	381	904	211	16	144
Kongo Central	31	390	494	1172	27	424
Kwango	14	290	258	273	14	35
Kwilu	24	632	631	381	23	97
Lomami	16	312	320	339	16	36
Lualaba	14	240	500	49	13	35
Maindombe	14	305	264	303	14	60
Maniema	18	281	227	213	18	112
Mongala	12	288	287	211	11	12
Nord Kivu	34	605	623	256	34	228
Nord Ubangi	11	171	177	34	11	1
Sankuru	16	242	251	187	16	9
Sud Kivu	34	638	654	287	33	143
Sud Ubangi	16	242	250	82	16	23
Tanganyika	11	262	269	58	9	36
Tshopo	23	419	391	205	23	97
Tshuapa	12	248	238	178	12	18
<b>RDC</b>	<b>519</b>	<b>8987</b>	<b>10696</b>	<b>6740</b>	<b>483</b>	<b>2039</b>

<sup>8</sup> PNDS 2019-2022

### 1.2.3. Le niveau Opérationnel

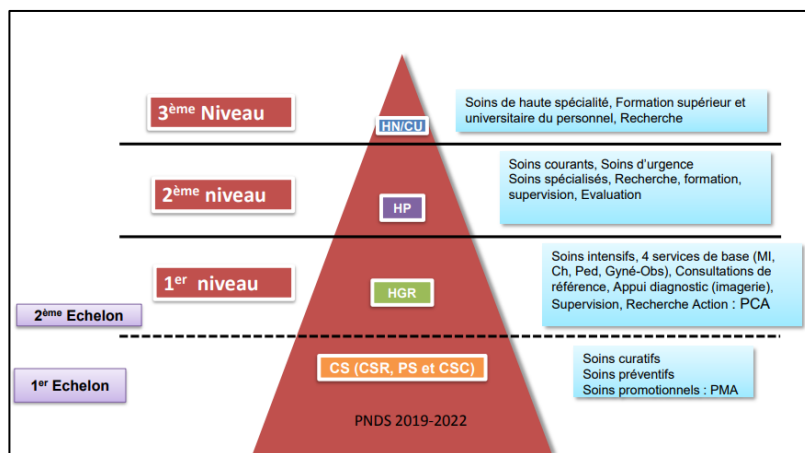
Le niveau opérationnel comprend officiellement 516 Zones de Santé (ZS) avec 483 Hôpitaux Généraux de Référence (HGR) et 8987 aires de santé (AS). Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la Stratégie des Soins de Santé Primaires.

Une ZS est aussi un espace géographiquement limité, couvrant une population de 100.000 à 150.000 habitants avec un Hôpital Général de Référence fournissant le paquet complémentaire d'activités (y compris césarienne, hospitalisation et soins de première référence).

La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé, elle-même dirigée par un médecin chef de zone. L'ECZ assure le pilotage du développement et l'encadrement de la ZS en tant que système intégré offrant des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés.

La ZS est découpée en aires de santé dotées d'un centre de santé (CS) qui couvre les besoins de la population en soins de premier contact (entre 5 000 et 10 000 habitants par AS en milieu rural). Le CS de l'AS doit pouvoir fournir à la population le paquet minimum d'activités (soins curatifs de base, santé de la mère et planning familial, santé de l'enfant, soins promotionnels etc.).

Actuellement le réseau de CS est complété par des structures de taille plus réduite et au paquet d'activités plus limité, les postes de santé. La plupart de ces postes de santé sont des antennes des CS des AS mais on constate que dans certains cas, notamment en milieu urbain, ces postes de santé sont en fait des structures privées auxquelles la ZS a décidé de confier une mission de service public<sup>9</sup>.



Source : PNDS 2019-2022

Schéma 1 : Pyramide des structures de soins

<sup>9</sup> Il arrive parfois qu'un poste de santé soit plus fréquenté que le centre de santé de référence de l'aire de santé où il se trouve.

### 1.3. Offre de soins en RDC

L'offre des soins est assurée par les structures publiques, les structures privées confessionnelles et associatives ainsi que certaines structures privées lucratives. Plus précisément, il comprend :

- **Le secteur public**, organisé autour des CS, des HGR, des Hôpitaux Provinciaux, les Hôpitaux Nationaux et qui englobe d'autres structures étatiques, paraétatiques impliquées dans la fourniture de soins comme par exemple le service médical des armées, de la police et d'autres départements organisant des soins de leurs travailleurs.
- **Le secteur privé confessionnel et associatif** : présent en RDC depuis la période coloniale, il représente environ 40% de l'offre de soins (Etat des lieux du secteur de la santé, 2010). Les principaux acteurs sont les églises catholiques, protestantes, kimbanguistes, salutistes... Elles gèrent plusieurs types de formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé).
- **Le secteur privé lucratif** : surtout florissant en milieu urbain et dans les pôles économiques, il est constitué par les cabinets de consultations ou de soins médicaux et paramédicaux, les cliniques ou polycliniques, les centres de diagnostic (laboratoires, imagerie). Aucun recensement exhaustif n'est encore fait même s'il est avéré que ce secteur est en pleine croissance. Ce secteur abrite également un nombre important des structures fonctionnant de manière anarchique. Seule une partie des structures de soins privées rapporte via le SNIS (les privés lucratifs enregistrés en tant que structures intégrées et qui théoriquement endossent une mission de service public délégué par la ZS<sup>10</sup>).

## II. SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE

Le SNIS est défini comme l'ensemble organisé de structures, institutions, personnel, méthodes, outils et équipements permettant de fournir l'information nécessaire à la prise de décision, à l'action, à la gestion des programmes et des systèmes de santé à tous les niveaux (national, provincial et opérationnel). Il répond aux différents besoins d'information en organisant de façon structurée leur recueil et leur traitement, pour que chaque niveau de décision, puisse en disposer de manière utile.

### 2.1. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

#### 2.1.01. Cadre institutionnel et organisationnel

Le Système National d'Information Sanitaire de la RDC est régi par l'arrêté n° **1250/CAB/MIN/5/BYY/PT/005/2005** du 18 mars 2005, portant institution, organisation et fonctionnement du SNIS. Le cadre organique en vigueur consacre la Direction Générale d'Organisation et Gestion des Services et Soins de Santé (DGOGSS) comme l'entité en charge du SNIS.

---

<sup>10</sup> La délégation de mission de service public reste mal organisée et c'est généralement localement que sont trouvés les arrangements permettant à un prestataire privé de réaliser certains soins pour le compte de l'Etat et donc de rapporter via le SNIS.

### 2.1.02. Cadre normatif

Tout système d'information sanitaire fait référence à des documents de normes et de procédures. Le « Cadre normatif » est constitué de deux parties : juridique et technique (arrêtés et fascicules), qui décrit les règles de fonctionnement du SNIS. Il explicite : le rôle de chaque acteur, les activités à mener au niveau national, provincial et opérationnel, les règles de fonctionnement à respecter, et les modalités des transferts d'informations qui doivent avoir lieu entre le niveau opérationnel et le niveau national. Rédigé initialement en 2004, il a été révisé en 2013, c'est à dire avant le démarrage du projet multi-bailleur et l'adoption du DHIS2 comme plateforme unique de gestion de l'information. C'est un document organisé en quatre fascicules révisés en août 2013 :

- **Le fascicule A1** : Données minimums obligatoires exigées par le niveau national aux provinces.
- **Le fascicule A2** : Codifications des entités géographiques, des services et des structures sanitaires.
- **Le fascicule A3** : Circuit de l'information, délai de transmission des données et le cahier des charges minimums que devra respecter l'outil informatique de collecte et d'analyse des données.
- **Le fascicule A4** : Les compléments du cadre normatif

Le cadre normatif dans sa partie réglementaire définit le SNIS comme « un ensemble organisé des structures, d'institutions, de personnel, de méthodes, d'outils et d'équipement permettant de fournir de l'information nécessaire à la prise de décision, à l'action, à la gestion des programmes sanitaires et du systèmes de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire : central, provincial et périphérique ».

Il consacre le rôle régulateur et d'appui technique du niveau national et le rôle de maître d'œuvre des niveaux provincial et opérationnel. Il prévoit également l'utilisation de NTIC à travers l'informatisation du système d'information sanitaire jusqu'au niveau de la ZS.

Dans ce document et consécutivement à un arrêté ministériel publié durant la même période, 12 sous-systèmes (ou composantes) du SNIS ont été définis ; toutes concourent à la mission d'information pour la prise de décision.

### 2.1.03. Outils utilisés

Le SNIS de la RDC comporte deux (2) types d'outils : (i) les outils papiers servant notamment à la collecte des données primaires (fiches et registres avec leurs manuels d'utilisation), à la compilation (registres et feuilles de pointage), à la transmission (rapports périodiques et manuels de remplissage), à la diffusion (annuaires et bulletins) et (ii) d'outils électroniques (base DHIS2, InfoMed, Ewars, TierNet, irHis, ...).

### 2.1.04. Système Communautaire

Le niveau communautaire assure un paquet d'activités composées de soins promotionnels, préventifs et curatifs. Un rapport est produit par chaque acteur communautaire. Les acteurs



communautaires se réunissent au sein de la Cellule d'Animation Communautaire (CAC) pour produire un rapport mensuel compilé sous le leadership du chef de village/cellule.

Le RECO rend compte à la CAC pour raison de redevabilité ; le relais du site de soins communautaires transmet son rapport d'activités à la CAC et celle-ci le transmet au centre de santé de responsabilité de l'aire de santé.

Notons qu'il existe un manuel de procédures d'organisation et de fonctionnement des structures et des approches participation communautaires élaboré en octobre 2016, plan stratégique national de la sante communautaire en RDC 2019 – 2022 ; un processus en cours d'opérationnalisation du Système national d'information sanitaires communautaires ( SNIS) par l'obtention d'un consensus sur le paquet d'interventions communautaires ; des données à collecter, les outils de collecte et transmission (harmonisés) et le mode de calcul de indicateurs, le module intégré de formation, un recueil des messages des RECO (éléments de , lutte contre le paludisme, les maladies de la mère et de l'enfant, la vaccination, la SR, le PF, la nutrition, l'eau, hygiène et assainissement, tous dans le contexte de COVID 19 et ont été produits,

### 2.1.05. Circuit de l'information sanitaire

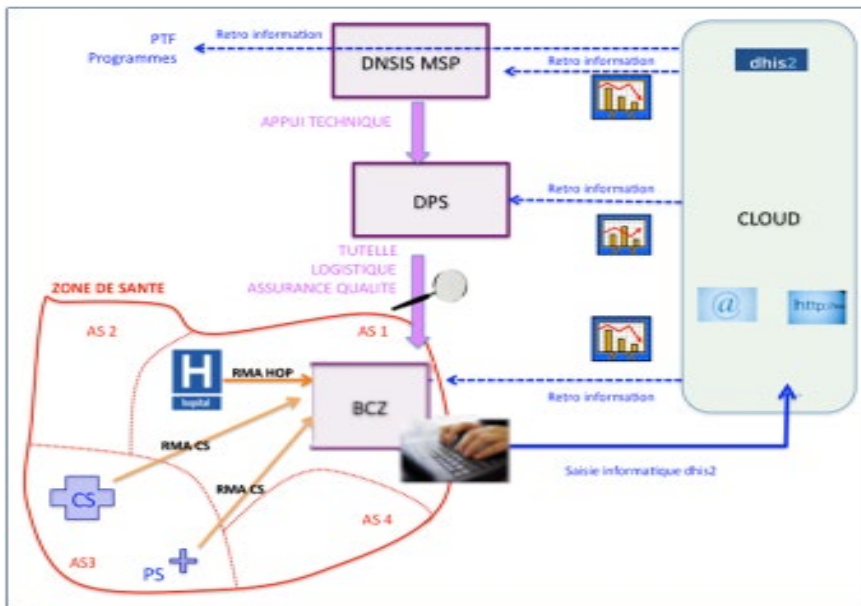


Schéma 2 : Circuit de l'information du Système National d'Information Sanitaire de la RDC

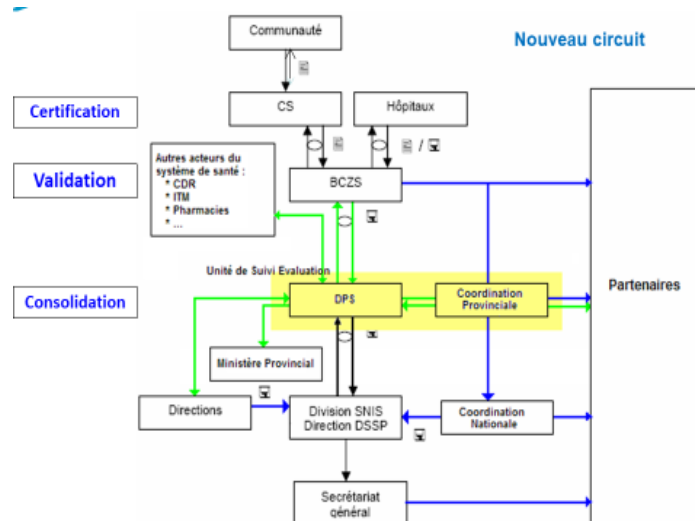


Schéma 3 : Circuit de transmission des rapports – SNIS RDC

### III. PROCESSUS ET METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PLAN DE RENFORCEMENT

Pour l'atteinte des résultats, une équipe de rédaction a été mis en place par la DGOSS. Cette équipe a été appuyée par le consultant international fourni par l'équipe MECA du Fonds mondial.

Cette équipe avait pour mission :

- D'accompagner le consultant dans tout le processus d'élaboration du document ;
- D'organiser les entretiens avec les acteurs clés ;
- D'assurer et animer l'organisation des ateliers ;
- De soumettre les documents à l'approbation du groupe technique de travail ;
- De recueillir les observations et les soumettre au consultant, aux DG DGOSS, Directeur DSSP et Chef de Division du SNIS.

Le processus d'élaboration du plan de renforcement du SNIS a été participatif et s'est déroulé en plusieurs phases.

#### 3.1. Evaluation du SNIS de la RDC

Le diagnostic a été fait en utilisant une méthodologie mixte comportant à la fois une méthode qualitative et quantitative. L'ensemble du processus d'évaluation a été basé sur le cadre logique d'intervention pour l'amélioration de la performance d'un Système National d'Information Sanitaire. Ce cadre suppose que l'interaction des déterminants techniques, comportementaux et organisationnels (intrants) influent sur la collecte des données, le stockage, la transmission, le traitement et présentation (processus), qui à son tour influe sur

la qualité des données et le niveau d'utilisation de l'information (produits), la performance du système de santé (résultats) et en fin, l'état de santé de la population (impact).

Le processus d'élaboration du plan de renforcement du SNIS a débuté par une réunion de présentation et validation de la méthodologie tenue par vidéoconférence en juillet 2021 et regroupant les responsables nationaux du MSPHP (DGOGSS, DSSP, DSNIS), l'unité de gestion du FM, l'équipe du FM et le consultant.

Les aspects quantitatifs se sont appuyés sur une revue de documents récents à savoir l'évaluation du SNIS de routine de 2019, les rapports de la revue des plans de renforcement SNIS 2015-2017 et 2018-2020, le rapport d'évaluation de la mise en œuvre du DHIS2 en RDC 2021 et le rapport DQR 2020.

A l'issue de cette revue, une synthèse prenant en compte les faiblesses des composantes suivantes a été relevé : (i) gouvernance, (ii) ressources, (iii) production des données, (iv) qualité des données, (v) utilisation des données, (vi) interaction entre les différents sous-systèmes et (vii) interaction avec les institutions conduisant des enquêtes.

L'enquête qualitative a consisté en des entretiens individuels avec les parties prenantes clés du Système National d'Information Sanitaire afin de recueillir des informations plus approfondies. Au total 90 entretiens ont été effectués auprès d'acteurs de terrain, d'acteurs de Programmes nationaux et de Directions nationales. Les thèmes discutés ont porté sur (i) leur contribution, leur niveau d'implication et leur niveau d'appropriation pendant l'élaboration et la mise en œuvre du plan de renforcement du SNIS, (ii) leur appréciation de la gouvernance et du leadership du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) par rapport à la gestion du SNIS, le niveau de contribution de l'Etat, des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) dans la mise en œuvre, (iii) la coordination du Système National d'Information Sanitaire, (iv) l'identification des goulots et de leurs causes, (v) le point sur les initiatives en cours et celles non encore partagées, et (vi) les recommandations pour le nouveau Plan.

Les principales observations et recommandations de ces acteurs ont été consignées dans une matrice.

A l'issue de la revue documentaire et des entretiens, une analyse des Forces-Faiblesses-Opportunité-Menaces (FFOM) a été faite en utilisant les composantes du cadre conceptuel du PRISM qui comprennent les déterminants organisationnels, techniques, comportementaux ainsi que le processus et les produits du Système National d'Information Sanitaire (qualité des données et leur utilisation). L'analyse FFOM a permis de produire le document synthèse de l'analyse du SNIS.

### **3.2. Elaboration du nouveau plan de renforcement du SNIS de la RDC**

Afin de faciliter la rédaction du plan, l'équipe du SNIS s'est attelée à la définition de la mission et de la vision future du SNIS. De cette vision découlera les axes stratégiques devant permettre l'élaboration du plan.

Le plan élaboré ne doit pas être théorique dans sa mise en œuvre. Il doit être continuellement revu et adapté selon les événements. Les travaux réalisés par l'équipe du SIS et du consultant ont élaboré les sections suivantes : (i) objectifs stratégiques, (ii) l'énoncé de vision, (iii) l'énoncé de mission, (iv) les objectifs généraux, (v) les orientations du SNIS qui donnent un aperçu général sur comment atteindre les objectifs, (vi) les priorités stratégiques et (vii) les projections financières mises en place par un plan détaillé.

### 3.3. Validation du document par le groupe technique

Avant la soumission du document à une validation, le groupe technique de travail en appui à la DSNIS travaillera à la revue du document soumis par le consultant. Les travaux doivent porter sur les différents chapitres et trouvez aussi le lien avec le Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 (PNDS).

## IV. RESULTATS DE L'ÉTAT DES LIEUX

Les évaluations faites afin d'identifier les principaux problèmes du SNIS sont basées sur les domaines suivants : (i) leadership et gouvernance, (ii) ressources à la production de l'information sanitaire, (iii) disponibilité des données sanitaires de qualité, (iv) diffusion et utilisation des données

### 4.1. Leadership & Gouvernance

L'objectif est ici de concevoir et mettre en place une unité de coordination rotative des activités de prestations, suivi et évaluation au niveau central couvrant non seulement la sous-composante SNIS-SPP mais également les autres composantes du système d'information sanitaire, sous la responsabilité du Directeur Général d'Organisation et Gestion des Soins et Services de Santé (DG DGOSS).

Au niveau provincial, bien que les BISCAR aient été mis en place, l'insuffisance dans le fonctionnement des groupes de travail ayant la matière du SNIS et du Suivi et évaluation en leur sein rend encore difficile la coordination des activités du SNIS au sein du CPP, voilà pourquoi l'Unité de coordination doit être dupliquée.

#### 4.1.1. Politique et planification stratégique

Il ressort de la revue documentaire et des entretiens, notamment du rapport de l'évaluation du SNIS de la RDC réalisé en 2019 que :

#### 4.1.2. Cadre juridique et réglementaire du SNIS.

Le cadre normatif SNIS actuel a été révisé en 2013. Celui-ci ne prend pas en compte le nouveau cadre organique du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention les récents changements opérés tels que l'opérationnalisation du DHIS2, l'intégration totale des programmes spécialisés dans un système d'information sanitaire globale la création de l'ANICIIS, etc.

#### 4.1.3. Leadership

Celui de la DSNIS doit être très solide pour mener le plaidoyer auprès des hauts responsables afin de clarifier la vision actuelle du SNIS. Celui-ci semble difficile du fait de la position de la DSNIS dans la hiérarchie de la prise des décisions liées au SNIS, du statut des cadres de la DSNIS qui sont pour la plupart pas officiellement affectés à leur poste, des retards dans le processus de validation des activités liés à la multitude d'intervenants.

Par ailleurs, les entretiens ont fait ressortir :

- Une faible délégation des responsabilités vers le niveau provincial en rapport à une centralisation importante des opérations au niveau central ;
- La gestion de la composante communautaire qui est dévolue et mise en œuvre exclusivement par les partenaires.

#### **4.1.4. Planification des activités.**

Un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) est mis à jour pour une période pluriannuelle. Le plus récent est celui de 2019-2022. Le présent plan de renforcement du SNIS a accusé un retard important dans sa production. Il faudrait souligner que les plans précédents ont bénéficié de l'appui technique et financier des différents partenaires du Ministère de la Santé dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Fonds Mondial (FM), GAVI Alliance, le PEPFAR (USAID et CDC), la Banque mondiale (BM), l'UNICEF, MEASURE EVALUATION, IMA/DFID et de l'UNFPA. Cependant, les entretiens ont fait ressortir que « certains PTF en dépit des recommandations adressées par le Ministère et/ou les Groupes Inter-Bailleurs pour la Santé (GIBS), les plans et activités de certains Partenaires Techniques et Financiers (PTF) n'étaient pas alignés sur les plans du SNIS.

Le précédent plan de renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) 2018-2020 a connu des retards dans la mise en œuvre avec un taux d'absorption en septembre 2019 de 37% des financements octroyés par le FM pour le renforcement du SNIS.

Les informations sur le financement des certains PTF qui appuient le SNIS ne sont pas captées par la DSNIS, cas des DPS sous appui de la Banque Mondiale dont le montage du projet confère l'autonomie de gestion aux établissements des soins.

Le contexte institutionnel instable, le changement de stratégie à mi-parcours des activités, l'absence de consensus, les longs délais des procédures de passation de marché (processus de recrutement de consultant, achat de matériels et produits, etc.), et la faible autonomie de la DSNIS, sont les principaux freins à la mise en œuvre des activités du SNIS.

Par ailleurs, il ressort des documents qu'il n'y a pas d'intégration des activités du SIS dans les plans des acteurs du niveau déconcentré.

#### **4.1.5. Responsabilités, Normes, Standards, Procédures ou protocoles et outils de gestion du SNIS**

La production de l'information sanitaire est de la responsabilité des structures de santé (publiques, privées et communautaire) situées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Il ressort des différents entretiens que :

- Les différents documents de normes et directives déjà élaborées sont suffisants et liés aux composantes. Ceci est à l'origine de la multiplicité des directives entraînant plusieurs pools d'action rendant les actions inefficaces.
- La fragmentation persistante du SNIS avec désarticulation entre les composantes ;
- Le retard dans l'intégration de certains programmes spécialisés à la plateforme DHIS2 ;
- Des outils de collectes de données existent. D'après le rapport de l'évaluation Data Quality Review (RDQR), il existe des outils parallèles (non harmonisé) au niveau des sites de productions de l'information.

#### **4.1.6. Coordination des activités du SNIS**

D'après le cadre organique du Ministère de la santé de 2012, la DSNIS se trouve au sein de la DSSP et a pour attribution d'assurer la préparation des dossiers ayant trait :

- Aux projets de politique, stratégies et normes relatives à l'organisation, à la gestion et au fonctionnement des services de prestation des soins de santé et à la mobilisation ainsi que la participation communautaire ;
- Aux avant-projets de textes législatifs et projets de textes réglementaires relatifs à l'organisation des services de prestations des soins de santé;
- La sécurité transfusionnelle;
- La gestion du système national d'information sanitaire;
- L'élaboration des projets d'établissement de soins de santé primaires ;
- Au suivi de la mise en œuvre des politiques, stratégies et normes relatives à la prestation des services.

Il ressort qu'il existe une collaboration entre les PTF et le MSPHP dans la mise en œuvre des activités du SNIS. C'est le cas notamment de la mise en place d'un plan unique, et du « Basket fund » au niveau de la DPS. Cependant, il y a un déséquilibre dans la mise en œuvre des activités dans les différentes zones d'intervention selon les PTF. L'avantage de ce modèle d'intervention devrait être de copier les stratégies qui marchent afin de les mettre en œuvre dans les zones où les difficultés sont persistantes. Par exemple, la DSNIS gagnerait à implémenter, dans les zones identifiées comme des « poches noires », la stratégie de fonctionnement des VSAT selon le modèle mise en œuvre dans les zones couvertes par le projet DFID/IMA.

Par ailleurs, du fait de l'importance du budget alloué à la DSNIS, de la multiplicité des PTF et d'autres enjeux externes qui peuvent être considérés comme des freins à la mise en œuvre des activités, il serait efficace de redynamiser les deux cadres de concertation (réunion multi bailleurs et groupe de travail SNIS) afin de renforcer la surveillance des performances de la DSNIS dans la mise en œuvre des activités et d'accompagner le plaidoyer auprès du Ministre de la Santé Publique. En outre, le groupe inter bailleurs santé (GIBS) pourrait aussi être sollicité pour faire le plaidoyer.

## **4.2. Ressources à la production de l'information sanitaire**

### **4.2.1. Ressources humaines**

Au sens de l'arrêté ministériel N°1250/CAB/MIN/S/BYY/PT/0005/2005 du 18 Mars 2005 portant institution, organisation et fonctionnement du Système National d'information Sanitaire chaque composante parmi les 12 détermine les ressources nécessaires pour assurer la mise en place ou le développement du SIS. Dans le développement de tout système sanitaire, il est spécifié le profil du Personnel, la description de tâches attendues en vue de permettre le développement des modules de formations.

#### **Au niveau central**

L'effectif actuel en personnel de la DSNIS est nettement insuffisant pour couvrir de façon efficace et efficiente ses missions. Le nombre de personnel du cadre organique dédié aux

activités de la DSNIS est faible comparativement à l'ampleur de la charge de travail nécessaire pour faire fonctionner le DHIS2<sup>11</sup>.

Les ressources humaines sont disponibles au niveau central mais en nombre insuffisant et le au nouveau cadre organique réduit encore sensiblement le nombre qui au départ était déjà insuffisant.

#### **Au niveau opérationnel (ZS, HGR et CS)**

Les BCZ sont responsables de l'encodage des données de routine et de la qualité des données agrégées de leur zone, avec un rapport direct avec les producteurs des données primaires que sont les FS.

Les résultats de l'évaluation du SNIS en 2020 montrent qu'il y a une hétérogénéité de profil des agents en activité dans les BCZ visités avec plus de 40% des agents qui ont un profil de quantitativiste. Ce qui semble de bon augure pour les BCZ en termes de gestion de l'information sanitaire. Un tiers des agents interrogés n'a pas bénéficié de formation sur le SNIS et parmi ceux qui en ont bénéficié, seulement un agent sur deux a bénéficié de formation sur l'analyse et l'utilisation des données. Par ailleurs, moins de 20% ont bénéficié de formation sur les statistiques de la santé. Ces résultats semblent corrélés avec la faible capacité de la majorité des agents à l'utilisation et à l'analyse des données du SNIS. Un point positif noté est que dans les BCZ, il y a de plus en plus une appropriation par les agents des méthodes de vérification de la qualité des données. Cependant, ces méthodes doivent être standardisées. Selon l'enquête DQR réalisée en 2021 montre que la quasi-totalité des FOSA disposaient des personnels désignés pour l'enregistrement et compilation des données (98%), moins de six FOSA sur dix avaient déclaré avoir des personnels désignés pour la vérification des données (59%). Seuls 8% des FOSA avaient déclaré que les personnels désignés pour l'enregistrement et la compilation des données étaient formés à cette tâche ; et Seules 5% des FOSA qui avaient déclaré que les personnels désignés pour la vérification des données étaient formés. Les FOSA privées non confessionnelles avaient moins déclaré avoir des personnels désignés pour l'enregistrement et compilation des données par rapport aux FOSA privées confessionnelles et publiques<sup>12</sup>.

#### **4.2.2. Ressources matérielles**

Les supports de base des TIC (accès Internet, reprographie, énergie, etc.) existent dans la plupart de DPS et ZS après les acquisitions faites dans le cadre des différents projets, mais tous ces supports sont instables/fragiles car le pays ne dispose pas encore de techniciens en charge de maintenance dans la plupart de provinces.

##### **4.2.2.1. Supports de collecte**

Dans l'ensemble des FOSA, les directives écrites sur le remplissage des rapports mensuels et/ou des documents sources étaient plus disponibles (31%) suivie directives écrites sur la façon d'analyser, d'utiliser, et de diffuser les données (10%). Les guides indiquant quand et

---

<sup>11</sup> Rapport de l'évaluation du SNIS RDC en 2020

<sup>12</sup> Revue de la qualité des données en RDC

comment réalisé des vérifications de la qualité des données n'étaient disponibles que dans 7% des FOSA.

La disponibilité des documents sources standards sont diversement appréciés, on note toujours une rupture d'un ou des plusieurs documents dans les FOSA mais aussi une surabondance dans certaines zones de santé et rupture dans d'autres selon qu'il s'agit de tel ou tel partenaire qui appui la zone de santé dans l'approvisionnement. De fois la version utilisée par les FOSA est déjà actualisée.

Dans l'ensemble seules 12% des FOSA n'avaient pas connu de rupture de stock des documents sources ou des formulaires de rapportage des données les 12 mois ayant précédé la collecte des données<sup>13</sup>.

On note aussi une incoordination dans la gestion des outils de collecte des données du SNIS.

La faible disponibilité des outils de collecte et de compilation de l'information (registres et canevas de rapportage), problème avéré durant presque toute la période précédente, a été identifiée comme l'un des principaux goulots d'étranglement à la production de données de qualité. Dépendant en intégralité de la capacité de financement des partenaires externes, elle bute pour l'instant sur l'absence d'alternative crédible à une reproduction des outils au niveau centralisé (la plupart des tentatives de reproduction des outils au niveau décentralisé ont échoué). Il est donc essentiel que des leçons soient tirées des expériences précédentes afin de trouver pour la prochaine période un canal logistique réellement efficace permettant d'approvisionner les 516 ZS du pays. En effet, l'absence de continuité dans la disponibilité des outils au niveau périphérique réduit la qualité de l'enregistrement primaire et du rapportage mais également pèse notamment sur les financements des centres de santé.

#### **4.2.2.2. Equipements TIC**

Une des questions de fond à ce jour, concerne le faible niveau des infrastructures informatiques existant au niveau périphérique. Un effort est en cours pour équiper les Equipes Cadre de ZS et les DPS.

##### **4.2.2.2.1. Ordinateurs**

On note une vétusté et généralement l'étroitesse des infrastructures utilisées dans le cadre de la production des informations sanitaires. Les ordinateurs, bien qu'assez disponibles dans quelques ZS, ont des spécifications techniques dépassées ; l'entretien et la maintenance des ordinateurs sont insuffisants et irréguliers.

Il est établi qu'un minimum de 2 ordinateurs portables par zone, facilite la saisie des données dans le DHIS2. Pour le bureau information sanitaire, un minimum de 4 ordinateurs portables suffirait. Ainsi en prenant comme valeur standard, 2 ordinateurs portables par zone de santé, l'on devrait avoir au moins 1.038 ordinateurs pour l'ensemble de 519 ZS du pays et 104 ordinateurs pour les DPS.

Le détail par bailleur se présente comme suit :

- **Fonds mondial** : 405 zones de santé ont été alignées sur le financement du Fonds mondial. les zones de santé et les DPS ont reçu respectivement 327 et 21 ordinateurs. Considérant que dans le projet de mise en œuvre du plan stratégique

<sup>13</sup> Idem



2015-2017, nous avons pris en compte les ordinateurs dotés en 2013, 2014 et 2015 ; nous estimons qu'en 2018 (3 à 5 ans après) la plupart si pas la totalité de ces ordinateurs ne seront plus fonctionnels. C'est pourquoi nous planifions l'achat de 483 ordinateurs pour les zones de santé et 55 ordinateurs pour les DPS.

- **Banque mondiale** : tous les 124 ordinateurs planifiés pour le compte de zones de santé ont été acquis et les 3 ordinateurs planifiés pour les DPS ont été également reçus entre décembre 2016 et janvier 2017. Nous estimons que ces ordinateurs seront encore bons jusqu'en 2020. C'est pour cela que nous planifions seulement l'achat de 9 ordinateurs pour le compte de DPS.
- **DFID** : les zones de santé et les DPS ont reçu les ordinateurs depuis 2013 et 2014, il y a lieu de procéder à de nouvelles dotations dès 2018. Nous planifions ainsi 104 ordinateurs pour les zones de santé et 16 ordinateurs pour les 4 DPS.
- **PROSANI-USAID** venait de rendre disponible les ordinateurs dans ses Zones d'intervention.

#### 4.2.2.2.2. Imprimantes

Afin de faciliter l'impression des rapports et éventuellement la production des canevas de rapportage en cas de nécessité, il est prévu une imprimante par Bureau Central de Zone (BCZ) de santé et par bureau information sanitaire. Les éléments détaillés par bailleur se présentent de la manière ci-après :

- **Fonds mondial** : les Zones de Santé (ZS) et les Direction Provinciale de Santé (DPS) ont reçu respectivement 198 et 10 imprimantes. Considérant que dans le projet de mis en œuvre du plan stratégique 2015-2017, nous avons pris en compte les imprimantes dotées en 2013, 2014 et 2015 ; nous estimons qu'en 2018 (3 à 5 ans après) la plupart de ces imprimantes ne seront plus fonctionnelles.
- **Banque mondiale** : toutes les 62 imprimantes planifiées pour le compte de ZS ont été acquises et les 3 imprimantes planifiées pour les DPS ont été également reçues entre décembre 2016 et janvier 2017.
- **DFID** : les zones de santé et les DPS ont reçu les imprimantes depuis 2013 et 2014, il y a lieu de procéder à de nouvelles dotations dès 2018.

#### 4.2.2.2.3. Kits solaires

- **Fonds mondial** : les ZS ont reçu 212 kits solaires. Il est souhaitable de ne pas planifier d'autres kits solaires avant un état des lieux exhaustif.
- **Banque mondiale** : les 62 ZS ont reçu les kits solaires.
- **DFID** : les kits solaires dotés aux zones de santé et aux DPS sont encore fonctionnels. Une autre planification de kits salaires dans le prochain plan stratégique ne se justifie pas.

#### 4.2.2.2.4. LCD (Liquid Crystal Display /Ecran à cristaux)

Nous ne disposons pas à ce jour d'un état des lieux sur les LCD. En attendant que cet état des lieux soit réalisé, il y a environ près de la moitié des ZS qui ont besoin de LCD.

#### 4.2.2.2.5. VSAT (Very Small Aperture Terminal / « terminal à très petite ouverture »)

Des VSAT sont disponibles dans quasiment toutes les ZS du pays. Néanmoins, une évaluation réalisée par la DSNIS a montré qu'en 2017, alternativement il était possible pour la saisie DHIS2 d'utiliser des connexions 3G dans environ deux tiers de 516 ZS. Bien que ça soit la solution choisie, il reste désormais à assurer dans la continuité le financement des frais de connexion. A noter cependant que pour ce qui concerne les VSAT, leur installation répond aussi à la volonté du MSPHP de doter les ZS de capacités de communication informatique allant au-delà de l'utilisation du DHIS2 (ex. télémédecine, intranet, téléphone satellite).

Dans ce cadre-là, la responsabilité d'installation de maintenance de ces équipements incombe à la Direction d'Etudes et de la Planification (DEP).

#### 4.3. Disponibilité de données sanitaires de qualité

Disposer d'information est une chose, disposer d'information de qualité en est une autre. Au titre des réussites de la précédente période, citons en premier l'amélioration de la complétude au niveau national. Il faut cependant noter que pour différentes raisons dont : (i) la faible disponibilité en outils papier et en équipement, (ii) la faible connectivité voire le manque d'outils de collecte des données, (iii) la faible motivation du personnel, (iv) le faible intérêt et leadership au niveau local, (v) la faible diffusion de l'information, etc.), la qualité des données est faible. Ainsi, on peut affirmer que s'il existe un challenge majeur pour la prochaine phase c'est bien celui de l'amélioration de la qualité des données produites par le SNIS.

La persistance des systèmes parallèles a des conséquences sur la qualité des données et l'utilisation rationnelle des ressources (dispersion des financements). Cette constatation s'identifie en ce jour dans la faible adhésion des parties prenantes à l'application des stratégies de collectes et transmission des données de routine définies avec l'utilisation de la plateforme DHIS2.

#### 4.4. Goulots dans le renforcement du SNIS/DHIS2

Les goulots identifiés dans la persistance des systèmes parallèles dans les fonctions du SNIS (collecte, transmission, saisie sur DHIS2 et utilisation) concernent certaines matières des composantes non encore intégrées.

Par rapport à la composante suivi & évaluation des programmes de lutte contre les maladies jugées prioritaires :

##### ✓ Programme de Lutte contre le Palu :

---

- On note une difficulté dans l'extraction pour analyse des données des sites sentinelles ;
- Existence des nouvelles données entomologiques des sites sentinelles non encore intégrées dans le DHIS2.

##### ✓ Programme de Lutte contre le VIH :

---

- Non prise en compte des données Key Pop sur DHIS2 par le PNLS ;
- Absence d'interopérabilité du TierNet et le DHIS2.

##### ✓ Programme de Vaccination :

---

- Transmission double des données sur F1 et canevas SNIS vers BCZ.

#### ✓ **Direction de SURVEPI :**

---

- Transmission des données sur trois circuits : IDS, EWARS et DHIS2 avec des écarts de complétude et de promptitude sur les trois bases. Il sied de signaler que pour l'amélioration de la complétude, la plate-forme EWARS fait l'interopérabilité avec DHIS2 ;
- Problème de formation à tous les niveaux sur les outils et analyse des données SURVEPI ;
- Le DHIS2 tracker non encore opérationnel et EWARS fonctionnel dans cinq provinces.

#### ✓ **SNSAP-PRONANUT :**

---

- Absence de la mise en place du mécanisme de collecte des données SNSAP au niveau du SNIS/DHIS2 avec le téléphone mobile ;
- Pas de transmission des données du SNSAP dans le circuit du SNIS/DHIS2.

#### ✓ **Suivi et évaluation des Programmes prioritaires de santé :**

---

- Non actualisation de la base cartographique des entités géographiques (AS, ZS) ;
- Canevas des rapports annuels du SNIS non déployés.

#### ✓ **État civil et mouvements démographiques :**

---

- Non vulgarisation du rapport de l'état de lieux réalisé en 2020 ;
- Absence d'harmonisation des outils de collecte des données de l'état civil et mouvements démographiques entre MSPHP, Ministère du Plan et de l'intérieur pour le suivi des naissances, des mouvements de populations et de décès.

#### ✓ **Programme Comptes nationaux**

---

- Non implémentation du module comptes nationaux à tous les niveaux ;
- Non prise en compte des données financières saisies sur DHIS2 pour analyse et utilisation en rapport avec les dépenses en santé.

#### ✓ **SNIS Intervention des activités communautaires**

---

Le SNIS intervention communautaire a pu être intégré partiellement dans la dernière version du SNIS SSP et devrait être développé pour intégrer toute la dynamique communautaire.

- Non prise en compte du paquet d'activités communautaires dans le DHIS2
- Non dissémination des outils de collecte des données communautaires dans les 26 DPS

#### ✓ **Médicaments, son approvisionnement, sa distribution, son stockage et son coût**

---

- Les données logistiques (SIGL FOSEA) génèrent plus des règles violées dans le DHIS2 ;
- Mauvaise qualité des données logistiques ;
- Certains éléments du SIGL sont disponibles via la plateforme DHIS2 (données relatives à disponibilité du médicament dans les structures prestataires de soins) ; par contre les informations sur le niveau des stocks ou la trésorerie des Centrales de Distribution Régionale du Médicament ne sont pas intégrées dans la plateforme DHIS2 ;

- La problématique d'existence des prestataires, des ECZS et des ECP non formés en INFOMED.

✓ **SNIS Médecine traditionnelle et plantes médicinales**

---

- Absence des données de la médecine traditionnelle dans le SNIS/DHIS2 en dépit de l'existence du Bureau Médecine Traditionnelle à la DSSP et Programme National de la Médecine Traditionnelle. L'intégration du SNIS communautaire pourra faire le lit pour l'opérationnalisation de cette composante.

✓ **SNIS Enseignement de Science de la Santé**

---

- La composante enseignement de science de santé (ITM et IEM) est en plein développement en collaboration avec la DSNIS/DSSP. Les indicateurs ont été définis, les outils de collecte et de transmission de données élaborés. Le module a même été paramétré dans le DHIS2.
- Les équipes dédiées à la gestion des données ne sont pas formés en SNIS/DHIS2 ;
- Les institutions ne sont pas équipées en matériels informatiques ;
- Les institutions ne disposent pas des outils de gestion des données.

✓ **SNIS** < Les structures et les Soins de Santé Primaires ainsi que ceux de référence secondaire et tertiaire >.

---

- Absence des outils (registre et canevas) des hôpitaux provinciaux et des hôpitaux du niveau tertiaire ou universitaire ;
- Processus non finalisé de collecte et transmission des données ;
- Les structures du secteur privé à but lucratif non alignées au SNIS ;
- Insuffisance du personnel formé en SNIS/DHIS2 ;
- Instabilité de la pyramide sanitaire ;
- Non maîtrise de la codification au niveau opérationnel.

✓ **SNIS** < Les établissements de santé consacrés à la recherche et la formation supérieure et universitaire, les établissements du niveau de référence quartenaire et nationale, ainsi que les évacuations sanitaires à l'étranger >

---

C'est une composante non encore intégrée, donc non fonctionnelle.

- ✓ **SNIS** < La gestion administrative, notamment les ressources humaines, les infrastructures, les équipements et la documentation >,
  - Faible intégration des données de ressources humaines dans le DHIS2 ;
- ✓ **SNIS** La surveillance des déterminants de la santé, l'hygiène et salubrité publique, l'environnement, la santé et sécurité au travail, la santé scolaire, aéronautique et maritime
  - Existence du Programme National d'Hygiène aux frontières et d'une Direction centrale chargé de l'Hygiène au sein de la DGLM ;
  - Des travaux conjoints entre la DSNIS et le PNHF ;

- Composante non encore intégrée dans le SNIS/DHIS2.

#### 4.5. Diffusion et utilisation de données

Les problèmes se posent non seulement en termes d'utilisation de l'information par les producteurs mais aussi en termes de diffusion.

Les services périphériques (prestataires et Équipes Cadres de ZS) sont tournés plus vers la production de l'information pour la hiérarchie que vers son utilisation pour la prise de décision au niveau local. Afin d'y remédier, plusieurs actions ont été initiées en 2017 ; avec la mise en place d'une formation de couverture nationale sur l'utilisation de l'information par le niveau le plus périphérique (formation en cascade). Le financement des réunions mensuelles au niveau de la ZS. Le cofinancement de ces réunions apparaît donc pertinent pour stimuler une utilisation optimale de l'information au niveau de la ZS (de même qu'un processus continu d'amélioration de la qualité des soins partant de la base).

La diffusion de l'information sanitaire vers la hiérarchie et autres parties prenantes n'est pas du tout optimale. Ceci se traduit par un déficit de production des bulletins d'information par les niveaux intermédiaires et centraux et des annuaires des statistiques nationaux. Un site internet dédié au SNIS en RDC (ou alternativement une page spécifique dans le site du MSP), est disponible mais on note un déficit de formation de cadres du MSPHP sur son utilisation. .

Les divers utilisateurs ont besoin de données plus ou moins détaillées ou plus ou moins spécifiques sur le plan technique.

L'enquête DQR révèle que les données sont analysées et utilisées qu'à 34% par les acteurs. Cependant, l'utilisation des données au niveau des ZS et des établissements est bonne. Ceci a été soutenu par les réunions mensuelles d'évaluation des données et de suivi des performances. Toutes les zones visitées ont décrit et documenté ces réunions et activités mensuelles à travers des rapports et des présentations. Ces procédures d'utilisation des données ont suivi assez systématiquement le document normatif SNIS (SOP). Néanmoins, il convient de mentionner que ces réunions auraient été plus efficaces si le serveur DHIS2 avait un temps de réponse décent et si les acteurs avaient une meilleure capacité d'analyse des données. Le manque de compétences en analyse de données conduit dans de nombreux cas à une mauvaise compréhension de ce que disent les données et donc également à des opportunités manquées d'action pertinente ou d'action non pertinente à un moment donné.

Il faut aussi noter la non-disponibilité à ce jour de tableaux de bord adaptés à chaque niveau dans le DHIS2 (à ce jour le *Dashboard* DHIS2 n'a pas encore pu être développé sauf dans des zones spécifiques comme celles du projet ASSP financé par DFID).

Le manque d'intégration des méthodes avec de nombreuses techniques utilisées par les différents programmes cités plus haut constitue un frein aux efforts en cours pour renforcer le SNIS.

Au chapitre des réussites, citons le cursus de formation présentielle en cascade sur l'utilisation des données lancé en 2017 et aussi en 2020 avec le FM et en 2021 pour les DPS appuyées par PROSANI-USAID. On citera également la série des académies DHIS2 organisée au pays avec

HISP WA, les formations en cascade des DPS, ZS, FOSA, PNLS et PEV sur l'utilisation de l'InfoMed. La composante SNIS ESS avait également formés dans la collecte et utilisation des données de PF.

En termes de points positifs, citons également la mise en place progressive de mécanismes de coordination au niveau des ZS et des DPS appuyé par les PTF contribuant au programme multi-bailleurs.

En premier lieu la réunion mensuelle de la ZS qui sert à partir de l'analyse des données produites durant le mois précédent à planifier l'action pour le mois suivant. Cette réunion mensuelle est le lien formel entre l'information produite et l'action ; son rôle est si important qu'il sera nécessaire de continuer à cofinancer cette activité.

Depuis que la saisie est informatisée au niveau de la ZS, l'objet de cette réunion est plus d'analyser les tendances et de préparer les discussions au niveau des revues de programmes. Il reste que le soutien à cette activité est fondamental et doit être prévu dans le plan de renforcement du SNIS DHIS2. Ceci s'inscrit aussi dans la préparation des plans opérationnels de DPS et des ZS et dans le suivi de l'exécution.

Notons que la capacité d'analyse du système de santé est actuellement freinée par l'inachèvement du processus de la cartographie sanitaire dans certaines DPS, manque vulgarisation de carte sanitaire digitale existante un outil permettant d'analyser l'offre de soins par rapport au standards nationaux en tenant compte de la dimension espace.

#### **4.6. Système d'information hospitalier**

Le Système d'Information Hospitalier (SIH) ou d'un établissement de santé est défini comme l'ensemble des informations (médicales et administratives d'un hôpital) ; de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires à son fonctionnement quotidien, à ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique.

Le SIH doit reposer sur un Dossier Patient Informatisé, autour duquel gravitent toutes les applications, qui contribuent ainsi à alimenter les outils d'aide à la décision.

Une réflexion sur l'implémentation d'un dossier médical électronique est en cours. Plusieurs logiciels en cours d'utilisation ou d'essai ont été mises en place : Open Clinic, CERHIS. Il en existe de nombreux autres, libres ou payants, dont les fonctionnalités n'ont pas été explorées. Une étude de faisabilité du logiciel CERHIS avec le FM ; qui est un registre électronique de suivi des consultations a été lancé puis mise en instance ; le logiciel Open Clinic a été proposé par l'ANiCIIS (actuellement ANICNS). ; Le logiciel TierNet est utilisé pour le suivi individuel des patient VIH+(PNLS) ; C'est donc un besoin réel pour le SNIS RDC.

Il sied de souligner que l'ANICIS a été créée au sein du Ministère de la Santé Publique pour répondre au besoin d'avoir un cadre institutionnel pour coordonner la mise en œuvre des TIC dans le domaine de la santé.

Le SNIS intègre également les TIC. C'est le cas du DHIS2 et d'autres outils électroniques des données sanitaires.

La mise en place d'un SIH performant demande une véritable politique d'information hospitalière menée par le Ministère de la santé ; avec des textes réglementaires ou directives claires. La législation est muette à ce sujet. Il s'agit des données personnelles qu'il faut gérer d'où la protection ou confidentialité et l'éthique pour cette gestion.

Les solutions techniques sont une chose mais le plus important est de mettre en place un réel management : et le SIH doit être conçu pour faciliter l'intégration en temps réel des informations entre l'opérationnel et le décisionnel.

La tendance ou approche actuelle se tourne vers l'extérieur de l'hôpital (extra-hôpital): le développement de réseaux de santé, le Dossier Médical Personnel, la télémédecine et pourquoi pas le pilotage chirurgical d'un robot à distance et le drone. Cette activité peut faire le lit pour la fonctionnalité du Bureau télémédecine de la DSSP.

Avec le développement de la CSU (Couverture Santé Universelle), nous estimons qu'il est plus logique d'intégrer le SIH dans les hôpitaux et le SNIS.

## **V. SITUATION DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE DE RDC**

---

Dans le cadre de l'évaluation du SNIS, une équipe locale a été mise en place afin de conduire des entretiens et la revue documentaire. Cette équipe a travaillé sous le lead du Consultant International. Les résultats sont présentés en deux phases à savoir : (i) les entretiens et (ii) l'analyse sur les Forces, Faiblesses, les Opportunités et les Menaces (FFOM).

### **5.1. Synthèse des résultats des entretiens**

L'analyse des entretiens réalisés auprès des personnes clés du SNIS au sein du MSPHP et auprès des PTF, les évaluations externes réalisées par EPI CONCEPT en 2017 et TEAM en 2019, l'enquête DQR 2019, l'évaluation des consultants sur la fonctionnalité du DHIS2 en 2021/2022, bref les points de vue des diverses parties prenantes du SNIS (cadres de la DSNIS et de la Direction dont elle dépend (DSSP), ont pu être pris en compte par l'équipe locale de rédaction du plan stratégique 2021- 2025 pour produire une analyse des problèmes rencontrés par le système d'Information sanitaire à ce jour.

Tableau III : Synthèse des entretiens réalisés auprès des acteurs du niveau central

N#	Domaines programmatiques	Entretiens avec les acteurs du niveau central	
		Problèmes identifiés	Commentaires / Proposition de solutions
1	<b>Gouvernance et Leadership</b>	Dépendance du financement extérieur bien que le leadership du MSP est bien exercé	Mener un plaidoyer auprès de la hiérarchie pour l'appui du SNIS (Chaque composante doit mener un plaidoyer pour le développement de sa composante)
		La rédaction du précédent plan du SNIS n'a pas été participative	Implication de tous les acteurs du SNIS dans la rédaction du plan de renforcement Appuyer et redynamiser la sous-commission SNIS
		Le précédent plan a été peu vulgarisé	Large vulgarisation et implication des acteurs clés dans la mise en œuvre du plan de renforcement
		Faible absorption des fonds due à une mauvaise programmation et à la lourdeur administrative entraînant des retards considérables	Alignement des PTF au manuel des procédures financières du Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention Assouplir les formalités administratives dans la soumission des documents et le décaissement des fonds
		Faible supervision et d'accompagnement des Divisions Provinciales de la Santé (DPS) au niveau des Zone Sanitaire (ZS) et des Aires de Santé (AS)	Mettre en place une unité de coordination pour le suivi et l'évaluation Budgétiser et organiser des supervisions intégrées
		Insuffisance sur l'utilisation des données pour la prise de décisions	Renforcement des capacités sur l'analyse et l'utilisation des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire



N#	Domaines programmatisques	Entretiens avec les acteurs du niveau central	
		Problèmes identifiés	Commentaires / Proposition de solutions
		Cadre normatif SNIS non actualisé	Actualiser et vulgariser le cadre normatif SNIS en tenant compte de l'intégration de 12 composantes
		Gestion de la composante communautaire entièrement tributaire de l'appui des partenaires	Rendre fonctionnel la composante SNIS intervention communautaire
		Insuffisance de financement du plan de renforcement	Renforcer la diffusion des PAO à tous les niveaux et les rapports d'analyse à tous les niveaux (ZS, DPS, Directions & Programmes) Impliquer tous les bailleurs dans la rédaction Redynamiser les réunions multi-bailleurs
		Inexistence des directives sur la qualité des données existantes pour tous les programmes	Mise en place des outils harmonisés d'assurance qualité pour les Directions et Programmes. Élaboration et vulgarisation des manuels de remplissage des outils de collecte et de transmission
2	Ressources humaines	Besoin en assistance technique spécifique en matière de SIS	Élaboration d'un plan d'assistance technique
		Insuffisance des effectifs des Ressources Humaines (RH)	Rationalisation des RH selon le besoin et en respectant le profil selon le cadre organique
		Manque d'institutionnalisation de la fonction Data Manager (DM) dans le cadre organique au niveau de DPS et du BCZ, Manque de profil des DM Insuffisances de personnels formés en gestion de données, en informatique et statistique ; Manque de formation/Recyclage des Data Managers ;	Intégration de la fonction de data Manager dans les normes de zone de santé et le cadre organique Élaborer le plan de formation et sa feuille de route

N#	Domaines programmatisques	Entretiens avec les acteurs du niveau central	
		Problèmes identifiés	Commentaires / Proposition de solutions
		Instabilité/mobilité du personnel formé sur le SNIS	Plaidoyer pour la tension salariale Instaurer une prime de maintenance pour le personnel formé sur le SNIS
		Affectation des RH non rationnelle (Pléthorique et Insuffisante)	Affecter selon le besoin, réaffecter les RH non utilisés
3	Ressources matérielles- supports de collecte	Multiplicité des canevas de collecte et rapportage pour répondre aux besoins spécifiques des projets sous la pression des bailleurs de fonds	Harmoniser les canevas de collecte et rapportage des données
		Manque des directives de besoins en matériels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Actualiser et vulgariser le fascicule A4 ( qui concerne les matériels SNIS)
		DHIS2 encore perfectible (observations portées à la connaissance de la Division du Système National d'Information Sanitaire (DSNIS) pour améliorer la plateforme)	Assurer régulièrement les audits internes du DHIS2
		Insuffisance en matériel et équipements informatiques au niveau des fosa d'où la saisie des données se fait au niveau des ZS	Equiper les FOSA en matériel et équipement informatique conformément à la feuille de route santé numérique et la réforme hospitalière. Former les prestataires des FOSA sur l'utilisation des outils informatiques Renseigner sur la fonctionnalité des matériels et équipements informatiques
3	Ressources matérielles-TIC	Instabilité de la connexion internet et /ou absence de connexion dans au moins 200 ZS du pays	Décentraliser le financement de la connexion internet

N#	Domaines programmatiques	Entretiens avec les acteurs du niveau central	
		Problèmes identifiés	Commentaires / Proposition de solutions
			Plaidoyer pour mise en place de l'intra net dans le secteur de la santé.
		Intégration non finalisée de la composante SNIS communautaire. à la plateforme DHIS2 et autres	Elaboration du plan d'intégration des composantes SNIS et modules Elaboration d'un manuel d'intégration
		Malgré les réunions de monitoring à la base, le niveau central devrait donner l'impulsion dans le domaine d'analyse et utilisation de données afin d'envoyer les bonnes retro information aux Provinces  Les réunions de monitoring ne sont pas de qualité Faible implication de la DPS à la préparation voir même au déroulement des réunions de monitoring	Implication de la DPS dans l'accompagnement du déroulement de la réunion de monitoring  Finaliser le draft du guide de la tenue des réunions de monitoring et élaborer les retro informations
4	Production de données de qualité	Facteurs pouvant empêcher la production de données de qualité: i) faible tenue des réunions de validations des données; ii) non maîtrise de la définition des cas par les prestataires et l'ECZS; iii) erreurs de saisie des données ; iv) Surcharge de travail des Data managers ; v) Faible motivation des gestionnaires des données vi) Faible utilisation des données produites à la base vii) Manque de date limite pour compléter et clôturer les rapports transmis	Mettre un focus sur la qualité des données dans toutes ces dimensions (complétude ; promptitude, exhaustivité des données ; corrections des règles violées)
		Faible tenue des réunions de validation des données et faible contrôle de qualité par les MCZ et la DPS des réunions de monitoring et de validation	Redynamiser la tenue des réunions de validation des données avec tous les acteurs

N#	Domaines programmatiques	Entretiens avec les acteurs du niveau central	
		Problèmes identifiés	Commentaires / Proposition de solutions
		Faible disponibilité des outils de collecte (registres) et de transmission de données (canevas)	Rendre disponible les outils de collecte et de transmission
		les audits de qualité des données ne se sont pas réalisés dans toutes les ZS, l'OSQD non réalisé dans beaucoup de ZS	Auditer régulièrement les données
5	Utilisation et diffusion des données	<p>Insuffisance dans la diffusion de l'information sanitaire, avec un déficit de production des bulletins d'information par les niveaux intermédiaires et centraux et une irrégularité dans la production des annuaires des statistiques sanitaires ;</p> <p>Un financement insuffisant et irrégulier pour la reprographie et la vulgarisation ;</p> <p>Faible analyse des données issues du Dhis2 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire Carte sanitaire non encore achevée</p>	<p>Mettre à la disposition de la DSNIS des moyens financiers suffisants et à temps pour l'élaboration des bulletins et annuaires statistiques ;</p> <p>Renforcer les capacités en analyse statistique et recherche- action</p> <p>Mettre les moyens pour la finalisation de la carte sanitaire et le mise à jour des données ;</p> <p>Finaliser le processus de paramétrage des canevas annuels CS, AS, HGR ; BCZS, DPS</p>

## 5.2. Analyse des Forces Faiblesses, Opportunité et Menaces (FFOM)

### 5.2.1. Analyse des FFOM au niveau de la Gouvernance et du Leadership

Tableau IV : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la Gouvernance et du Leadership

Forces	Faiblesses
Leadership du MSP exercé	Dépendance du financement extérieur
<b>Existence des Textes juridiques instituant le SNIS au pays</b> Existence du cadre normatif du SNIS harmonisé définissant 12 composantes du SNIS avec des règles relativement claires de fonctionnement du SNIS SSP	Non règlementation des composantes fonctionnelles du SNIS outre le SNIS SSP ;
Existence d'un cadre organique au niveau central relativement clair	Faible (%) coordination du SNIS (Irrégularité de la tenue des réunions de la sous-commission S&E SNIS)
	Cadre normatif du SNIS non actualisé (dernière révision datant de 2013) ;(Les textes juridiques et techniques du cadre normatif du SNIS ne sont pas à jour)
	Fragmentation du SNIS avec désarticulation entre certaines des composantes et le SNIS SSP
	Les normes et directives déjà élaborées sont suffisantes et liés aux composantes d'où multiplicités des directives entraînant plusieurs pools d'action
	Instabilité de la pyramide sanitaire
	Faible mise en œuvre des actions du SNIS planifiées
	Non appropriation du Paquet Minimum d'activités SNIS par certains partenaires d'appui
Opportunités	Menaces
Engagement des partenaires pour le renforcement du SNIS et du développement du logiciel DHIS2 notamment dans le cadre du projet multi bailleurs	Faible niveau de rémunération des fonctionnaires congolais
Contribution au financement et appui technique au SNIS	Installation du privé mal organisée et peu systématique avec pour conséquence une difficulté de peser sur le partenaire pour un rapportage soigneux et dans les temps
Mise en œuvre de la couverture santé universelle au pays	

### 5.2.2. Analyse des FFOM pour les Ressources Humaines RH)

Tableau V : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces des RH

Forces	Faiblesses
Présence des experts avec profil adéquat à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans la gestion du SNIS	Faible appui technique spécifique (Assistance nationale ou internationale) en matière de SIS
Autonomie technique de l'équipe de la DSNIS pour ce qui concerne le paramétrage du DHIS2	Faible proportion de personnels formés en gestion de données SNIS, en informatique et statistique
	Faible proportion des agents formés en cours d'emploi à la production, la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité à tous les niveaux
Existence d'un pool des cadres de la DGOSS, qui facilitent les activités communautaires, à l'échelle du pays	Manque d'institutionnalisation de la fonction Data Manager dans le cadre organique du MSP (niveau DSNIS, DPS et BCZ
	Faible proportion de compétences dans les sciences liées à la gestion de NTIC <sup>14</sup> et de documentation (archiviste-documentaliste) affecté
Opportunités	Menaces
Engagement des partenaires pour le renforcement du SNIS et du développement du logiciel DHIS2 notamment dans le cadre du projet multi bailleurs	Instabilité/Débauchage des compétences ce qui concerne les experts de la DSSP/DSNIS
Communauté DHIS2 où sont bien intégrés	

<sup>14</sup> les statistiques, la démographie, l'épidémiologie, l'ingénierie médicale, l'informatique, le Système d'Information Géographique et le système d'information

### 5.2.3. Analyse des FFOM pour les Ressources Matérielles et support de saisie

Tableau VI : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces des Ressources Matériels et support de saisie

Forces	Faiblesses
Disponibilité des outils de collecte et de transmission de données mensuelles, trimestrielles et annuelles à tous les niveaux	Faible disponibilité des outils de collecte (registres) et de transmission de données et canevas)
Disponibilité des plateformes DHIS2 et InfoMed fonctionnelles	Faible coordination de la reprographie et distribution des outils SNIS
Disponibilité de directives écrites sur le remplissage des supports	Faible proportion de guides opérationnels standards du SNIS
	<b>Faible disponibilité des ordinateurs, tablettes, équipements et matériels pour la gestion de SNIS</b>
	Rupture fréquente des outils de collecte et transmission des données
Opportunités	Menaces
	Longue procédure de passation de marché dans l'acquisition des matériels

#### 5.2.4. Analyse des FFOM pour les Ressources Matériels pour les NTIC

Tableau VII : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces des Ressources Matériels pour la TIC

Forces	Faiblesses
Existence d'un module de formation en SNIS pour les ECZ et prestataires	DHIS2 encore perfectible (observations portées à la connaissance de DSNIS pour améliorer la plateforme)
Utilisation du DHIS2 comme plateforme de l'information sanitaire par toutes les zones de santé, les programmes spécialisés et les partenaires	Faible proportion d'intégration des données des composantes dans la plateforme DHIS2
Intégration de l'outil de supervision de la qualité des données (l'OSQD) dans le logiciel DHIS2 versus supervisions intégrées	Les supports de base des TIC (accès internet, énergie) existent plus ou moins mais sont instables et fragiles (Faible couverture en énergie électrique/solaire et en connexion internet dans les zones de santé)
Collaboration entre le Ministère de la santé Publique, Hygiène et Prévention et les Partenaires Techniques et Financiers dans la mise en œuvre des activités du SNIS	Absence des outils des Hôpitaux secondaires et tertiaires dans le SNIS DHIS2
<b>Existence de la plateforme de gestion logistique INFOMED, TIERNET, EWARS, OPEN CLINIC en lien ou interopérabilité avec le DHIS2</b>	La non finalisation du processus d'intégration des canevas annuels CS, AS, HGR, BCZS, DPS
	Faible proportion de création des comptes DHIS2/InfoMed par rapport à la demande.
Opportunités	Menaces
Engagement des partenaires pour le renforcement du SNIS et du développement du logiciel DHIS2 notamment dans le cadre du projet multi bailleurs	
Communauté DHIS2 où sont bien intégrés les experts DSNIS	



### 5.2.5. Analyse des FFOM pour la production des données de qualité

Tableau VIII : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces pour la production des données de qualité

Forces	Faiblesses
Existence d'un module de formation en SNIS pour les ECZ et prestataires	Faible tenue des réunions de monitoring de qualité dans les ZS
Existence d'outils standardisés de collecte et de transmission des données	Faible qualité de données (40% selon le rapport DQR RDC 2020)
Amélioration de la complétude globale	Absence d'utilisation de la classification internationale des maladies dans la gestion des données
Utilisation de la méthodologie Benchmarking pour l'analyse des indicateurs et des performances	Harmonisation des canevas spécifiques (PNLS, PNLN ; PNTS ; la DSNIS ne peut pas décider sur les correctifs ou amendements sans le quitus de programmes)
Réalisation de la Revue Nationale de la Qualité des Données (enquête DQR) / données de base sur lesquelles on peut tabler pour évaluer les années à venir)	Surcharge de travail Surcharge de travail des agents de saisie
Mise en place d'un score de qualité des données	Mauvaises conditions de travail du personnel Faible motivation des gestionnaires des données
Existence du guide de remplissage des données pour le SNIS	Faible utilisation des données produites à tous les niveaux
Existence d'un draft de guide méthodologique d'organisation des revues au niveau de ZS et des provinces	Faible disponibilité des outils normés de collecte (registres) et de transmission de données
Diffusion de l'information sanitaire à travers la production de bulletins SNIS semestriels et trimestriels dans quelques provinces	Faible couverture des ZS par revues de qualité des données et supervision de l'amélioration de la qualité des données ZS vers les Fosa)
<b>Mise en œuvre de la stratégie &lt; compagnonnage &gt; dans quelques DPS avec appui FM</b>	Mauvaise formulation des règles de validation paramétrées dans le DHIS2 (le nouveau Plan doit mettre un focus sur la qualité des données générées par les formations sanitaires)
	Le faible taux de complétude globale et promptitude globale
	Aucune de 26 DPS n'a corrigé totalement toutes les violations des règles de validation enregistrées
	Le score global de la qualité des données est de 40%. De ce fait le pays est classé dans la catégorie < très faible >

	Faible suivi de la qualité des données dans les structures des soins
	Variation inexplicée des données déjà renseignées et leurs disponibilités dans la plateforme DHIS2
<u>Le SNIS intervention communautaire est être intégré partiellement dans le DHIS2</u>	<u>Non prise en compte du paquet complet d'activités communautaires dans le DHIS2</u> <u>Non dissémination des outils de collecte des données communautaires dans les 26 DPS</u>
<b>Opportunités</b>	<b>Menaces</b>
	Non appropriation du Paquet Minimum SNIS existant par certains partenaires d'appui

Formatted: No bullets or numbering

#### 5.2.6. Analyse des FFOM pour l'analyse et l'utilisation des données

Tableau IX : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces pour l'analyse et l'utilisation des données

Forces	Faiblesses
<b>Existence des cadres du niveau National et Provincial formés en &lt; Recherche – action et analyse statistique &gt; cfr formation avec ESP ou École de Santé Publique</b>	Faible analyse des données issues du Dhis2 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Registre de gestion des erreurs, score qualité, retro-information, Faible accompagnement des ZS/FOSA dans la correction des règles de validation violées
Affichage des tableaux de bord et des graphiques (indicateurs) dans la majorité des FOSA.	Faible encodage des Data set relevé épidémiologique (non utilisation des données SURVEPI de la plateforme DHIS2)/ faible complétude et promptitude du data set SURVEPI
Tenue des réunions de monitoring au niveau opérationnel	Le processus d'élaboration de la carte sanitaire non achevé ou finalisé pour permettre la bonne analyse (outil capital pour l'analyse, l'organisation
<b>Tenue de réunion de la sous-commission S&amp;E au niveau National et groupe de travail au niveau provincial</b>	
Opportunités	Menaces
Organisation de l'Académie DHIS2 avec la facilitation de HISP WA et BAO	Recrutement anarchique du personnel sans profil

### 5.2.7. Analyse des FFOM pour la diffusion de l'information sanitaire

Tableau X : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces pour la diffusion de l'information sanitaire

Forces	Faiblesses
<p>Existence d'un bureau &lt; Annuaire statistiques &gt; avec personnel mise en place;</p> <p>Existence du site WEB du MSPHP ;</p> <p>Publication des annuaires statistiques et bulletins SNIS</p>	<p>Irrégularité de la production des annuaires statistiques</p>
	<p>Un financement insuffisant pour la production (Elaboration), la reprographie et la vulgarisation des bulletins et annuaires statistiques</p>
Opportunités	Menaces
<p>Communauté de pratique DHIS2 où sont bien intégrés les IT de la DSNIS</p>	<p>Dépendance presque exclusive aux financements extérieurs pour le fonctionnement et le développement du SNIS</p>
<p>Engagement des partenaires pour le renforcement du SNIS et du développement du logiciel DHIS2 notamment dans le cadre du projet multi bailleurs</p>	<p>Faible niveau de rémunération des fonctionnaires congolais</p>
	<p>Étendue du territoire congolais très vaste. et insécurité dans quelques provinces</p>

## VI. PROBLEMES MAJEURS

Des problèmes majeurs ont été identifiés au cours de l'analyse des différents domaines retenus. Il s'agit :

### 6.1. Gouvernance et Leadership

- Dépendance du financement extérieur ;
- Faible (%) coordination du SNIS (Irrégularité de la tenue des réunions de la sous-commission S&E SNIS ;
- Non réglementation des composantes du SNIS outre le SNIS SSP ;
- Cadre normatif du SNIS non actualisé : (les textes juridiques et techniques du cadre normatif du SNIS ne sont pas à jour depuis 2013) ;
- Fragmentation du SNIS avec désarticulation entre certaines des composantes et le SNIS SSP ;

- Insuffisance de diffusion des documents de planification élaborés ;
- Faible capacité d'absorption des fonds alloués pour le développement du SNIS ;
- Faible couverture en supervision intégrée avec focus sur le SNIS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Instabilité de la pyramide sanitaire ;
- Faible utilisation des données pour une prise de décision.

## 6.2. Ressources du SNIS

### 6.2.1. Ressources Humaines

- Faible appui technique spécifique (Assistance nationale ou internationale) en matière de SNIS ;
- Faible proportion de personnels formés en gestion de données SNIS, en informatique et statistique ;
- Inexistence d'institutionnalisation de la fonction Data Manager dans le cadre organique du MSPHP (niveau DSNIS, DPS et BCZ) ;
- Faible proportion de compétences dans les sciences liées à la gestion de NTIC<sup>15</sup> et de documentation (archiviste- documentaliste) affecté ;
- Utilisation non optimale et rationnelle des ressources disponibles (les infirmiers titulaires non mis a profit pour soutenir la fonction de saisie et analyse des données dans le DHIS2)
- Faible masse critique d'experts/compétence en Suivi & Evaluation maîtrisant le DHIS2 aux différents niveaux (Nécessité de planifier des académies DHIS2).
- Faible capacitation des ressources humaines en maintenance des matériels NTIC.

### 6.2.2. Ressources matériels et outils de collecte des données

- Existence des sous-systèmes (ou composantes SNIS) non intégrés<sup>16</sup> au SNIS ;
- Faible disponibilité des outils de collecte (registres) et de transmission de données (canevas) ainsi que leurs manuels de remplissage.

### 6.2.3. Ressources matérielles pour la technologie et les TIC

- Faible couverture en énergie électrique/solaire et en connexion internet dans les zones de santé (dans au moins 200 ZS du pays) ;
- DHIS2 encore perfectible (observations portées à la connaissance de DSNIS pour améliorer la plateforme) ;
- Faible proportion d'intégration des données des composantes dans la plateforme DHIS2 ;

<sup>15</sup> *les statistiques, la démographie, l'épidémiologie, l'ingénierie médicale, l'informatique, le Système d'Information Géographique et le système d'information*

<sup>16</sup> Voir point 4.4 : Goulots dans la persistance du système

- Les supports de base des NTIC (accès internet, énergie) existent plus ou moins mais sont instables et fragiles (Faible couverture en énergie électrique/solaire et en connexion internet dans les zones de santé) ;
- Absence des outils des Hôpitaux secondaires et tertiaires dans le SNIS DHIS2 ;
- Faible proportion de création des comptes DHIS2/InfoMed par rapport à la demande ;
- Faible disponibilité des ordinateurs, tablettes, équipements et matériels pour la gestion de SNIS ;
- Absence de Besoin en équipements, de plan de maintenance des équipements existants et plan d’amortissement pour le renouvellement de ces équipements ;

### 6.3. Production des données de qualité

- Faible tenue des réunions de monitoring de qualité dans les ZS ;
- Faible qualité de données (40% selon le rapport DQR RDC 2020) ;
- Absence d’utilisation de la classification internationale des maladies dans la gestion des données ;
- Faible utilisation des données produites à tous les niveaux ;
- Faible disponibilité des outils normés de collecte (registres) et de transmission de données ;
- Faible couverture des ZS par revues de qualité des données et supervision de l’amélioration de la qualité des données ZS vers les Fosa ;
- Mauvaise formulation des certaines règles de validation paramétrées dans le DHIS2 ;
- Le faible taux de promptitude globale et faible taux de complétude des certains DataSet (Hygiène aux Frontières, Banque du Sang, SURVEPI) ;
- Faible suivi des retro informations de la qualité des données des DPS vers les ZS et des ZS vers les établissements des soins ;
- Variation inexplicée des données déjà renseignées et leurs disponibilités dans la plateforme DHIS2.

### 6.4. Analyse et utilisation des données

- Faible analyse des données issues du DHIS2 à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (Registre de gestion des erreurs, score qualité, retro-information, Faible accompagnement des ZS/FOSA dans la correction des règles de validation violées ;
- Faible encodage des Data set relevé épidémiologique (non utilisation des données SURVEPI de la plateforme DHIS2)/ faible complétude et promptitude du data set SURVEPI ;
- Le processus d’élaboration de la carte sanitaire non achevé ou finalisé pour permettre la bonne analyse (outil capital pour l’analyse, l’organisation).

### 6.5. Diffusion des données de l’information sanitaire

- Faible capacité du personnel pour l’élaboration des bulletins d’information au niveau provincial ;

- Irrégularité de la production des bulletins et des annuaires statistiques ;
- Un financement insuffisant pour la production (Elaboration), la reprographie et la vulgarisation des bulletins et annuaires statistiques.

## 6.6. Problèmes prioritaires

### 6.6.1. Problème central :

Faible production des données de qualité à tous les niveaux, leur interprétation, leur utilisation et la diffusion pour une prise de décision.

### 6.6.2. Causes directes du problème central :

- Insuffisance des textes réglementaires et faible gouvernance du SNIS ;
- Insuffisance des toutes les ressources du SNIS ;
- Faible production de données sanitaires de qualité ;
- Faible niveau de diffusion et d'utilisation de l'information sanitaire pour l'action.

### 6.6.3. Causes indirectes :

#### 6.6.3.1. *Faiblesse dans la gouvernance du SNIS*

- Cadre normatif du SNIS non actualisé ;
- Faible mise en œuvre des actions du SNIS planifiées ;
- Faible coordination du SNIS (revues, Irrégularité de la tenue des réunions de la sous-commission S&E SNIS, groupe de travail SNIS).

#### 6.6.3.2. *Insuffisance des ressources du SNIS*

- Faible disponibilité des ressources financières nécessaires à la production, à la diffusion et à l'utilisation de l'information sanitaire de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Faible proportion des agents formés en cours d'emploi à la production, la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire de qualité à tous les niveaux ;
- Faible disponibilité de l'équipement et de la logistique nécessaires à la production, à la diffusion et à l'utilisation de l'information sanitaire de qualité au niveau de tous les services du SNIS (national, Provincial, opérationnel).

#### 6.6.3.3. *Faiblesse de la production de données sanitaires de qualité*

- Faible production des données de qualité aux différents niveaux ;
- Insuffisance dans le contrôle de qualité des données sanitaires au niveau des établissements de soins ;

#### 6.6.3.4. *Faiblesse niveau de production, de diffusion et d'utilisation de l'information sanitaire*

- Faible production de l'information sanitaire de qualité dans les structures sanitaires publiques et privées ;
- Faible diffusion de l'information sanitaire de qualité produite à tous les niveaux (public et privé).

## VII. STRATEGIES DE RENFORCEMENT DU SNIS

---

A l'issue de l'évaluation du SNIS en RDC, les travaux pour l'élaboration d'un plan de renforcement du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ont permis de déterminer les principes directeurs dans un cadre conceptuel ayant un lien avec le Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022 (PNDS 2019-2022). Ce cadre conceptuel a permis de définir les axes stratégiques de la mise en œuvre du plan ainsi que les principales interventions.

### 7.1. Principes directeurs

La mise en œuvre du plan de renforcement 2021-2025 du SNIS sera guidée par les principes directeurs suivant :

#### ▪ **Simplicité**

Le volume d'information collecté doit être réduit au minimum. La qualité des informations sera prioritaire sur la quantité : il est en effet fréquent qu'un volume très important de donnée soit collecté de façon routinière et rapporté à différents niveaux alors qu'une fraction seulement de ces données sont réellement utilisées. L'écueil qu'il convient d'éviter est de construire un système d'information dont le moteur est la collecte de données, alors qu'en principe le Système d'Information doit être dirigé par l'utilisation des données.

Les données non utilisées régulièrement peuvent alors être collectées de façon ponctuelle, par exemple lors d'une enquête spécifique ou d'une étude spéciale, d'autres peuvent tout simplement être abandonnées. Ainsi, le nombre d'indicateurs doit être réduit à son strict minimum et les éléments des données ne doivent avoir des doublons.

#### ▪ **Harmonisation**

Les outils doivent être standardisés. Par exemple, pour un même programme, il est important que tous les partenaires utilisent un même formulaire de collecte ou de rapportage, homologué par le SNIS.

L'utilisation d'une base de données unique au niveau nationale pour toutes les données agrégées, avec un respect du principe des «three one» de l'ONUSIDA.

Les flux de l'information rapportée doivent être clairs et harmonisés.

#### ▪ **Maintenabilité**

Les équipements mis en place doivent être facilement maintenables et en particulier avoir la capacité d'être dépannés, dans un temps donné, à moindre coût et selon les conditions spécifiées. Ils doivent aussi retrouver sa fiabilité initiale.

- **Évolutivité**

Le SNIS doit être évolutif. A travers le processus du SNIS, chaque outil est appelé à être modifié dans le futur, afin de s'adapter. Pour cela, chaque outil doit être capable d'intégrer des innovations.

- **Partage**

Les données collectées doivent être aisément partageables, conséquence de l'harmonisation. Les informations transmises d'une entité à une autre ou bien d'une base de données à une autre doivent obéir à la même codification, facilement interprétable/ intégrable. Pour cela, les normes internationales seront privilégiées.

Les informations stockées doivent être aisément accessibles et partageables bien évidemment, dans le respect de la sécurité et de la confidentialité.

- **Traçabilité**

Les données doivent être conforme de la production (documents sources) jusqu'à son utilisation. Les outils du SNIS doivent tous être identifiables.

En particulier chaque outil, qu'il soit en papier ou électronique, doit comporter un numéro de version. En effet, c'est le moyen le plus efficace pour s'assurer que tout le monde possède bien la version en cours de validité.

Le SNIS doit favoriser la traçabilité des informations essentielles : par exemple la chaîne logistique, ...

- **Respect**

Les mécanismes garantissant la confidentialité des données doivent être mis en place (respect des patients).

Une politique nationale sur la sécurité et la confidentialité des données devra être élaborée cela permet d'accroître la confiance des patients.

Les outils mis en place sont d'abord définis par les utilisateurs finaux (respect des utilisateurs du SNIS)

- **Économie**

Les dépenses associées à l'élaboration du SNIS doivent être minimales.

Une approche très rigoureuse de la gestion de projet devra permettre de réaliser du premier coup, des outils efficaces et opérationnels.

Dans la mesure du possible le choix d'un système opérationnel se portera sur l'adaptation d'un logiciel gratuit disponible de type open source, plutôt que sur un développement sur mesure et a fortiori si ce développement doit être fait par une compagnie privée.

Les outils /activités ne seront mis en place que s'ils répondent à un besoin essentiel validé par l'ensemble des parties prenantes.

- **Intégrité**

Les outils électroniques sont robustes et fiables pour garantir l'intégrité des données. Il faudrait donc s'assurer que Le système utilisé pour générer des données est protégé contre les biais, manipulations ou pertes délibérées pour permettre la transparence dans les programmes.



## VIII. PLAN DE RENFORCEMENT DU SNIS 2021-2025

---

### 8.1. Vision du SNIS

A l'horizon 2030, une information sanitaire de bonne qualité portant sur la quasi-totalité des entités, institutions et établissements de soins et services de santé du pays, promptement disponible pour l'analyse en vue de la prise de décisions permettra de contribuer à la performance du système de santé et à la couverture santé universelle.

### 8.2. Mission du SNIS

La mission du SNIS est de : Fournir les informations nécessaires à la prise de décision à tous les niveaux du système sanitaire.

### 8.3. Objectifs du plan de renforcement du SNIS

#### 8.3.1. Objectif général

Assurer la disponibilité des données et de l'information sanitaires de qualité à temps à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et accessible à tous les acteurs du système de santé.

#### 8.3.2. Objectifs spécifiques :

- Renforcer la régulation, la coordination et la collaboration de toutes les composantes du SNIS ;
- Accroître les ressources nécessaires à la gestion du SNIS ;
- Améliorer la qualité des données collectées, en recourant entre autres aux outils numériques ;
- Améliorer la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire pour la prise de décision par les parties prenantes.

### 8.4. Description du plan stratégique de renforcement du SNIS

#### 8.4.1. Axes stratégiques

Pour atteindre la mission assignée au SNIS, les axes stratégiques retenus sont :

- **Axe stratégique N°1** : Renforcement du cadre institutionnel, juridique et de la gouvernance du SNIS ;
- **Axe stratégique N°2** : Disponibilité des ressources nécessaires à la production, à la diffusion et à l'utilisation de l'information sanitaire ;
- **Axe stratégique N°3** : Disponibilité des données sanitaires de qualité et accessibles à tous les acteurs ;
- **Axe stratégique N°4** : Amélioration de la diffusion et de l'utilisation de l'information sanitaire.

#### 8.4.2. Domaines d'action prioritaires et matrice des résultats

Les interventions prioritaires retenues par axe stratégique sont présentées dans la matrice ci-dessous :

##### 8.4.2.1. Matrice des résultats

Tableau XI : Matrice des résultats

Impact/Effets	Produits	
<b>Impact : les prises de décision pour l'amélioration de la santé de la population sont basées sur les informations de qualité</b>		
<b>Effet 1 :</b> Le cadre institutionnel, réglementaire et de gouvernance du SNIS est renforcé	1.1	Les documents législatifs et réglementaires du SNIS sont élaborés et/ou actualisés et vulgarisés
	1.2	Un cadre de concertation, de coordination de gestion du SNIS est créé
	1.3	La collaboration entre les différentes composantes et autres parties prenantes est renforcée
	1.4	Le cadre de planification et de suivi & évaluation du SNIS est renforcé
<b>Effet 2 :</b> Les ressources nécessaires à la production, à la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaires sont disponibles	2.1	Des ressources humaines compétentes sont disponibles aux différents postes selon le profil pour la gestion de SNIS
	2.2	Les infrastructures et les équipements de stockage sont renforcés pour l'intégration, l'administration et l'interopérabilité des toutes les bases des données du SNIS
	2.3	Les équipements informatiques et de NTIC sont disponibles selon les normes établies
	2.4	Les supports de collecte des données sont disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	2.5	Des moyens de transports adéquats, pour la conduite des activités de renforcement du SNIS, sont disponibles
	2.6	Des actions de plaidoyer pour la mobilisation de ressources financières suffisantes pour couvrir les activités de renforcement du SNIS sont menées
	2.7	Des frais de fonctionnement des entités de mise en œuvre du SNIS et les primes de performance des acteurs sont assurés
<b>Effet 3 :</b> les données de qualité sont produites, disponibles et accessibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	3.1	La qualité des données de routine est améliorée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	3.2	Les enquêtes et études nationales fournissent de façon régulière des données additionnelles de qualité au SNIS
<b>Effet 4 :</b> la diffusion et l'utilisation de l'information sanitaire sont améliorées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	4.1	L'information sanitaire de qualité est diffusée
	4.2	L'information sanitaire de qualité est utilisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire

### 8.4.3. Cadre de Mesure de Rendement (CMR)

Type d'indicateurs	Indicateurs	Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence	Responsable
Impact	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le taux de morbidité et de mortalité</li> <li>▪ Les indicateurs du PNDS : atteinte des objectifs assignés dans le PNDS</li> </ul>	Rapport annuel des données SNIS Rapport Evaluation du plan de renforcement SNIS 2021-2025	Enquête DHIS2/BENCHMARKING Analyse PNDS Analyse Plan de renforcement SNIS 2921-2025	Annuelle ou pluri-annuelle	DSSP/DSNIS
Effets (résultats intermédiaires)/ <b>Indicateurs de réalisation des activités : le niveau d'exécution mensuelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taux de complétude</li> <li>▪ Taux de promptitude</li> <li>▪ Taux d'utilisation curatif</li> <li>▪ Le score qualité des données</li> </ul>	Rapport revue annuel, Rapport revue trimestrielle Rapport revue semestrielle	Rapport mission RDQA Rapport Supervisions intégrées Mission suivi cadre normatif SNIS/DHIS2 Evaluation du plan de travail trimestriel Analyse PAO	trimestrielle ou semestrielle	DSNIS DPS ZS CS
Sorties (résultats immédiats)/ <b>le niveau de ressources mobilisées à terme pour chaque activité et sous-activité (taux d'absorption);</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taux d'absorption</li> <li>▪ Taux de mobilisation</li> <li>▪ Nombre d'activités réalisées sur les activités planifiées</li> <li>▪ <b>Gap de financement à combler pour chaque activité ;</b></li> <li>▪ <b>Le ratio de ressources humaines opérationnelles</b></li> </ul>	Rapport mensuel d'activités Rapport financier Rapport réunion de monitoring	Revue documentaire/routine Analyse PAO	Mensuel	DSNIS DPS ZS

Type d'indicateurs	Indicateurs	Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence	Responsable
Activités	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nombre activités réalisées sur les activités planifiées au cours de la période</li> </ul>	Rapport d'activités mensuel Rapport de monitoring mensuel au CS et ZS Plan de travail ; rapport trimestriel Plan de travail ; rapport trimestriel	DHIS2 Revue documentaire Réunion de monitoring	Mensuelle ou routine	ZS CS

Les indicateurs de réalisation des activités, de processus et de résultat devront être discutés lors des réunions de coordination au niveau des As, des ZS (mensuellement), des DPS (trimestriellement et ou semestriellement). Et au niveau central ; Ils seront également évoqués trimestriellement par la DSNIS et la sous-commission SNIS) et lors des réunions multi bailleurs.

Il analysera les résultats obtenus en matière d'intrants, d'activités, de processus et d'impact sanitaire. Ces rendez-vous permettront d'identifier les blocages, les opportunités et de les prioriser. Cela facilitera l'adaptation des plans de travail sur la base de faits concrets

## **IX. CONDITIONS DE REUSSITE**

---

### **9.1. Hypothèses et risques**

#### **9.1.1. Hypothèses**

Les hypothèses indiquent les conditions nécessaires qui doivent exister si l'on veut que les relations de cause à effet entre les niveaux de résultats fonctionnent. Elles représentent les conditions positives externes et internes importantes dans l'atteinte des résultats du projet.

La réussite de la mise en œuvre du Plan Stratégique SNIS 2022-2025 requiert d'une part, du respect des engagements pris par l'Etat et ses partenaires en matière de financement, des ressources humaines, du matériel, de l'assistance technique et d'autre part de la redevabilité et la transparence.

Pour garantir la réussite de la mise en œuvre du plan stratégique, les préalables suivants seront requis. Il s'agit :

- Un financement suffisant et permanent du plan opérationnel ;
- L'appropriation du plan par l'ensemble des parties prenantes du SNIS ;
- L'adhésion des parties prenantes au processus de renforcement et d'intégration du SNIS ;
- L'affectation du personnel en respectant le profil ;
- Une politique de stabilisation du personnel du SNIS,
- Des formations conséquentes du personnel à tous les niveaux en fonctions des insuffisances constatées ;
- Une coordination plus accrue inter et intra sectorielle des actions du SNIS ;
- Un suivi régulier de la mise en œuvre du plan opérationnel ;
- Une stabilité des institutions chargées de la mise en œuvre des actions identifiées ;
- L'approbation du plan stratégique du SNIS par le Gouvernement afin d'affirmer son engagement et permettre le soutien nécessaire dont a besoin le système.

#### **9.1.2. Risques**

Les principaux risques qui peuvent menacer l'atteinte des objectifs du plan stratégique du SNIS sont :

- L'insuffisance voire l'absence d'une gouvernance du SNIS suffisamment marquée et orientée vers la performance ;
- L'insuffisance de coordination
- La non existence et le non-respect des textes législatifs et réglementaires ;
- Le retard ou le non-respect des engagements pris par l'Etat et ses partenaires en matière de la mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles ;
- La mobilité des agents ;
- La fuite des cerveaux ;
- L'instabilité institutionnelle et politique ;
- La persistance des sources parallèles de données ;
- Le contexte d'insécurité dans certaines provinces.

### 9.1.1.1 Le cadre de suivi des risques

Le cadre de suivi des risques est détaillé dans le tableau ci-dessous :

**Tableau XII : Cadre de suivi des risques**

Facteur de risque	Indicateur	Source d'information	Méthode de collecte des données	Fréquence de collecte des données	Responsable de la collecte des données
<b>Instabilité institutionnelle et politique</b>	Nombre d'évènements sociopolitiques affectant le secteur de la santé	Médias, journaux, communiqués (gouvernement, société civile)	Analyse documentaire (médias, journaux, etc)	Fin d'année	
<b>Fuite des cerveaux</b>	Proportion des travailleurs en positions exceptionnelles	Rapport d'activités DRH	Analyse du fichier personnel	Fin d'année	
<b>Crise financière mondiale dans un contexte de covid-19 et de guerre</b>	Taux mobilisation financière par partenaire	Plan d'Action Annuel	Analyse PAA	Fin d'année	
<b>Retard ou le non-respect des engagements pris par l'Etat et ses partenaires</b>	Taux de mobilisation des ressources financières par partenaire Taux d'absorption financière	Plan d'Action Annuel Fiche d'inscription budgétaire	Analyse PAA	Fin d'année	
<b>Insécurité dans certaines zones</b>	Proportion des formations sanitaires fermées pour cause d'insécurité	Rapport d'activités	Routine	Trimestriel	
<b>Existence des sources parallèles de données</b>	Nombre de supports de collecte d'information non homologués	Rapport de missions	Routine	Trimestriel	
<b>Non-respect des textes législatifs et réglementaires</b>	Nombre de réclamations enregistrées	Lettres de réclamations	Analyse de cahier de contentieux	Fin d'année	
<b>Mobilité des agents</b>	Durée moyenne au poste	Navette RH Rapport de supervision Rapport de l'évaluation	Routine	Fin d'année	
<b>Insécurité dans certaines zones</b>	Proportion de FOSA fermées pour cause d'insécurité	Rapport d'activités	Routine	Trimestriel	

### 9.1.1.2 Le cadre d'atténuation des risques

Tableau XIII : Cadre d'atténuation des risques

Facteur de Risque	Risque de survenue	Action à mener	Indicateur de suivi	Période	Responsable de l'action
<b>Instabilité institutionnelle et politique</b>	Moyen	Améliorer les conditions de travail	Proportion des travailleurs en positions exceptionnelles	En continu	Ministère
<b>Fuite des cerveaux</b>	Elevé	Asseoir une bonne gestion (respect des procédures) Renforcer le contrôle et inspection	Taux de mobilisation des ressources financières par partenaire	Trimestriel	
<b>Crise financière mondiale dans un contexte de covid-19 et de guerre</b>	Elevé	Mener des plaidoyers Tenir des réunions de concertation	Taux de mobilisation des ressources financières par partenaire Taux d'absorption financière	Trimestriel	
<b>Retard ou le non-respect des engagements pris par l'Etat et ses partenaires</b>	Elevé	Plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes	Taux mobilisation financière par l'Etat et ses partenaires	Continu	
<b>Insécurité dans certaines zones</b>	Elevé	Garantir la circulation des personnes et des biens	Proportion des formations sanitaires fermées pour cause d'insécurité	Continu	Gouvernement
<b>Existence des sources parallèles de données</b>	Elevé	Respecter les directives nationales	Nombre de supports de collecte d'information non homologués	Continu	
<b>Non-respect des textes législatifs et réglementaires</b>	Elevé	Vulgariser et respecter les textes législatifs et réglementaires	Nombre de réclamations enregistrées	Continu	
<b>Mobilité des agents</b>	Elevé	Doter les structures en matériel d'archivage Former le personnel en archivage Superviser les structures	Proportion des structures disposant des rapports trimestriels complets d'une année	Continu	
<b>Insécurité dans certaines zones</b>	Faible	Mettre en place des comités d'affectation au niveau des régions	Durée moyenne au poste	Ponctuel	

## **X. MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE RENFORCEMENT DU SNIS EN RDC**

### **10.1. Plan de mise en œuvre**

Le plan de renforcement du SNIS sera mis en œuvre à travers l'élaboration et l'exécution des Plans d'Action Opérationnels Annuels (PAO) à tous les niveaux. Pour faciliter le suivi et la mise en œuvre au niveau périphérique, des planifications trimestrielles (plan de travail) et mensuelles doivent être initiées.

### **10.2. Cadre de mise œuvre du plan de SNIS**

Le présent plan de renforcement du SNIS en RDC et l'unique cadre de référence de toutes les interventions relatives au SNIS pour la période 2021 – 2025.

**La DGOSS** va assurer la coordination de la mise œuvre de toutes les activités du SNIS selon les missions lui assignées dans le cadre organique. Elle interagira avec l'ensemble des Directions et Programmes de santé ainsi que les acteurs du SNIS

**La DSSP** assurera la supervision de la mise en œuvre *des activités planifiées*.

**La DSNIS** assurera la mise en œuvre proprement dite des activités planifiés.

**Un cadre technique de coordination** (sous-commission SNIS, Suivi & Evaluation de la commission Prestations, Mise en Œuvre, Suivi & Evaluation) conduira les travaux techniques pour le renforcement du SNIS et particulièrement pour le développement de la plateforme DHIS2. Les PTF pourront intégrer ce comité en fonction des demandes du MSPHP.

La mobilisation des ressources se fera par l'Etat et les PTF dans le cadre de la coordination multipartenaires avec le MSPHP.

La plateforme du DHIS2 doit être harmonisée pour prendre en compte les principales et nécessaires besoins des acteurs afin de faire la plateforme unique de production des données. Selon le cas et après des évaluations internes, des logiciels peuvent être inter opérés avec le DHIS2.

L'exécution des activités sera assurée par les acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Les plans annuels intégrés budgétisés, validés seront exécutés, suivis et évalués à tous les niveaux selon une périodicité identique aux supervisions.



### **10.3. Mécanisme de coordination, de suivi, évaluation et d'apprentissage**

#### **9.2.1. Suivi de la mise en œuvre**

Le suivi de la mise œuvre du plan stratégique du SNIS 2021-2025 se fera à travers la production et la diffusion des produits à savoir : (i) les annuaires des statistiques, (ii) les différents rapports périodiques (mensuels, trimestriels, semestriels et annuels) d'activités, (iii) les rapports de monitoring. Ces produits seront rédigés par les différents gestionnaires des données aux différents niveaux de la pyramide sanitaire à travers le comité technique SNIS qui sera appuyé par les ministères sectoriels et les PTF. Pour assurer le suivi, un cadre de performance doit être rédigé. Ce cadre sera alimenté par les indicateurs de performance des unités de la mise en œuvre de ce plan. Ces rapports permettront de suivre les progrès réalisés et éventuellement le besoin de reprogrammation. Les revues périodiques conjointes avec les acteurs y compris les partenaires seront organisées régulièrement.

Les provinces sanitaires serviront de relais entre le niveau central et le niveau périphérique. Les Directeurs provinciaux, les Chefs des districts sanitaires, les directeurs des hôpitaux et autres FOSA veilleront à ce que les activités de renforcement du SNIS soient inscrites dans les plans d'action de leurs entités respectives. Ils contribueront ainsi aux revues avec les résultats produits et évalués à leur niveau.

La supervision et le suivi des activités du SNIS feront partie du processus de supervision qui doivent être intégrés aux autres activités. Le suivi est programmé pour les structures sanitaires conformément au schéma classique : Supervision mensuelle de Fosa ou AS par les ZS, trimestrielle des ZS par le niveau provincial (DPS), semestrielle de la province par le niveau central. La synthèse des rapports semestriels vont servir de suivi des progrès réalisés et de reprogrammation.

Une réunion annuelle d'évaluation et de planification des activités du SNIS sera tenue au niveau central avec l'implication des différents acteurs.

Une évaluation à mi-parcours du Plan de renforcement sera tenue (proposition)

### **10.4. Mécanisme de financement**

Les sources de financement du plan sont le budget de l'Etat et l'apport des Partenaires Techniques et Financiers. Les modalités de financement seront celles en vigueur au niveau du pays. Ainsi, des plaidoyers seront faits auprès de ces différentes sources pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique.

## **XI. PLAN D'ACTION 2021-2025 DE RENFORCEMENT DU SNIS EN RDC**

---

*Tableau XIV : Plan d'action 2021-2025 de renforcement du SNIS*

## **XII. CONCLUSION**

---

La réussite de ce plan stratégique nécessite l'accompagnement du Gouvernement et l'entière adhésion des parties prenantes au processus de renforcement et d'intégration du SNIS.

Aussi faudra-t-il une coordination et une mobilisation des interventions des PTF en faveur de la mise en œuvre du présent plan.

L'aboutissement de l'ensemble des activités identifiées dans le cadre de ce présent plan contribuera sans doute à une plus grande efficacité et une efficacité des actions en faveur l'amélioration de l'état de santé des populations.

Le coût estimatif du présent plan stratégique du SNIS est estimé à :

### XIII. ANNEXES

#### ANNEXE 1 : LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE REDACTION

N°	NOM, POSTNOM & PRENOM	INSTITUTION
1	Dr Body ILONGA BOMPAKA	DGOGSS
2	Dr TONA TSALA PHUNA Narcisse	DSSP
3	Dr Diby KONAN	MECA
4	Dr KABONJO LUBALA Justin	DSSP
5	Dr KUMAKUMA BITETE Valentin	DSSP
6	Dr LUKWANGOMO ITANGA Luc	DSSP
7	Epi. MULANGU KATULUMBA Félix	D.S.E

#### ANNEXE 2 : LISTE DES PARTICIPANTS A L'ATELIER D'ELABORATION

N°	NOM, POSTNOM ET PRENOM	INSTITUTION	N° TELEPHONE
1	Dr ILONGA BOMPOKO Body	DGOGSS	0817314252
2	Dr TONA TSALA PHUNA Narcisse	DSSP	0811684733
3	Phcien Franck BIAYI KANUMPEPA	PNAM	0818125838
4	Dr KABONJO LUBALA Justin	DSSP/DSNIS	0822549426
5	AG NYEMBO YA LUMBU Iréné	CAGF	0851553724
6	Dr FUNDANI BASISUA Pierrot	CAGF	0819020513
7	Dr Gertrude LAY	PNLT	0817009020
8	Dr KINKELA BEDI Collette	PNLT	0812473587
9	Dr KUMAKUMA BITETE Valentin	DSSP	0819786378
10	Dr LUKWANGOMO ITANGA Luc	DSSP	0825415666
11	GAMONYO GUMONA Igor	DSSP/DSNIS	0814453153
12	KABUYA MWAMBA Willy	DSSP/DSNIS	0817712072
13	KALOMBO KABALU Jean Marc	DEP SANTE	0998924054
14	LUMBAYI ILUNGA Jean Paul	DSSP/DSNIS	0817532375
15	MBUKU TSASA Roger	PNAM	0810789072
16	MONO AROMBO Thérèse	PNLP	0814727440
17	MULANGU KATULUMBA Félix	D.S.E	0814203083
18	NGOBALA YAYA Angèle	DSSP	0892469005
19	NYOTA SHAMAMBA Martine	DSSP	0821800092
20	SELO NGIONGI Bernice	DSSP/DSNIS	0818380306
21	TSHIBINKUFUA Fortunat	D.S.E	0819582942
22	TSHIYOYO BIDUAYA Gracia	SG	0813979611
23	MAFWALA MAYOLA Clément	DGOGSS	0852266040
24	KALAMAMBU MUKENENE Kelly	DSSP	0823016111
25	NGOMO LISANDJO Dady	DGOGSS	0810803773

**ANNXE 3 :**