

République du Congo

Unité*Travail*Progrès

= : = : = : =

Ministère de la Santé et de la Population



**Programme Biennal de Développement Sanitaire
2015-2016**

**Document de mise en œuvre du PND 2012-2016
dans le secteur de la santé**

Septembre 2014

Le Programme biennal de développement sanitaire (PBDS) été élaboré sous la coordination générale du Ministre de la Santé et de la Population, Monsieur **François IBOVI**.

Supervision

- Jean Philippe NGAKOSSO, Directeur de cabinet ;
- Professeur Alexis ELIRA DOKIEKIAS, Directeur General de la Sante
- Marcellin LEBELA, Directeur des Etudes et de la Planification

Rédaction

- Professeur Richard BILECKOT, Directeur des Systèmes d'Information Sanitaire et de la Recherche ;
- Dr Serge Antoine LOUSSAMBOU, Directeur de l'hôpital de base de Makélékélé ;
- Mr Jean Fénelon KANDA, Chef de Service de la Planification (DEP) ;
- Mr Philippe SAMBA, Chef de Service de la Recherche (DSISR) ;
- Mr Vivien Hilaire NYANGA, Chef de service du budget, (CHU).

Appui technique

- Mr Jérémie MOUYOKANI, Conseiller Politiques & Systèmes de santé, Bureau de la Représentation de l'OMS au Congo

TABLE DES MATIERES

Préface	1
Introduction	2
Chapitre 1 : Généralités sur le Congo	3
1.1 Situation géographique, démographique et organisation administrative	3
1.1.1 Situation géographique et démographique	3
1.1.2 Organisation politique et administrative	3
1.1.2.1 Organisation politique	3
1.1.2.2 Organisation administrative	4
1.1.2.3 Situation économique et sociale	4
Chapitre 2 : Analyse de la situation sanitaire du Congo	7
2.1 Etat de santé de la population	7
2.1.1 Ampleur de la mortalité	7
2.1.1.1 Mortalité générale	7
2.1.1.2 Mortalité maternelle	7
2.1.1.3 Mortalité néonatale	8
2.1.1.4 Mortalité infanto-juvénile	8
2.1.1.5 Mortalité infantile	9
2.2 Profil épidémiologique	10
2.2.1 Maladies transmissibles	10
2.2.1.1 Paludisme	10
2.2.1.2 Tuberculose	10
2.2.1.3 Infection à VIH/SIDA et infections sexuellement transmises	11
2.2.1.4 Infections respiratoires	12
2.2.1.5 Maladies diarrhéiques	12
2.2.2 Maladies tropicales négligées	12
2.2.2.1 Trypanosomiase Humaine Africaine	12
2.2.2.2 Schistosomiase urinaire	12
2.2.2.3 Lèpre	13
2.2.2.4 Ulcère de Buruli	13
2.2.3 Maladies à potentiel épidémique	14
2.2.3.1 Fièvre hémorragique à virus Ebola	14
2.2.3.2 Choléra	14
2.2.3.3 Chikungunya	14
2.2.3.4 Grippe H1N1	14
2.2.4 Maladies cibles du programme élargi de vaccination	14
2.2.4.1 Rougeole	14
2.2.4.2 Poliomyélite	15
2.2.4.3 Fièvre jaune	15
2.2.4.4 Tétanos néonatal et maternel	15
2.2.4.5 Coqueluche	15
2.2.5 Maladies non transmissibles	15
2.2.5.1 Hypertension artérielle et autres maladies cardiovasculaires	16
2.2.5.2 Diabète	16
2.2.5.3 Cancers	16
2.2.5.4 Drépanocytose	16
2.2.6 Maladies Nutritionnelles	16
2.2.6.1 Malnutrition	16
2.2.6.2 Carences en micronutriments	17
2.2.7 Problèmes de santé mentale	18
2.2.8 Pathologie traumatique, handicaps	19
2.2.9 Catastrophes	19
2.3 Déterminants de la santé	20
2.3.1 Accès à l'eau potable, hygiène et assainissement	20
2.3.2 Tabagisme, alcool et autres drogues	20

2.3.3.	Pauvreté, chômage et revenus des ménages	20
2.3.4.	Niveau d'instruction et utilisation des services de santé.	20
2.3.5.	Comportements à risques.	20
2.4.	Réponses institutionnelles	20
2.4.1.	Cadre institutionnel, gouvernance et gestion du système	20
2.4.1.1.	Politique et plans	20
2.4.1.2.	Engagements internationaux	21
2.4.1.3.	Plans de développement sanitaire	22
2.4.1.4.	Faiblesses et limites du cadre institutionnel	22
2.4.1.5.	Capacités de planification, de suivi et évaluation	23
2.4.1.6.	Organisation administrative	24
2.4.1.7.	Organisation opérationnelle des soins	25
2.4.1.7.1.	Secteur public	25
2.4.1.7.2.	Secteur privé	36
2.4.1.8.	Ordres nationaux	37
2.4.2.	Ressources pour la santé	37
2.4.2.1.	Infrastructures	37
2.4.2.2.	Matériels, équipements médicotechniques et moyens roulants	37
2.4.2.3.	Matériels roulants et autre équipements logistique	38
2.4.2.4.	Ressources humaines pour la santé	39
2.4.2.5	Ressources financières	40
2.4.2.6.	Médicaments, réactifs et consommables	43
2.4.2.7.	Système national d'information sanitaire et la recherche	43
2.5.	Réponse communautaire	45
2.5.1.	Réponse à travers les comités de santé	45
2.5.2.	Réponse à travers les relais communautaires	46
2.5.2.1.	Relais à paquet de services complet ou agents de santé communautaire.	46
2.5.2.2.	Relais à paquet promotionnel	46
2.5.2.3.	Relais distributeurs	46
2.5.3.	Réponse à travers les ONG	47
2.6.	Principaux problèmes, défis et leurs causes	47
	Chapitre 3 : Vision, but, objectifs, résultats attendus et orientations stratégiques du Programme biennal de développement sanitaire 2015-2016.	51
3.1.	Vision	51
3.2.	But	51
3.3.	Objectifs et résultats attendus du PBDS 2015-2016	51
3.3.1	Objectif général du PBDS 2015-2016	53
3.3.2	Objectifs spécifiques	53
3.3.3.	Résultats attendus	53
3.4.	Orientations stratégiques et principales lignes d'action du PBDS 2015-2016	54
3.4.1.	Amélioration de la gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé.	54
3.4.2.	Renforcement des capacités de management des directions centrales, hôpitaux généraux, établissements sous tutelle, directions des départements médicaux, districts sanitaires, hôpitaux de district.	55
3.4.3.	Accélération de la couverture de la population en soins et services essentiels de qualité.	55
3.4.4.	Amélioration de la couverture des formations sanitaires en services d'hygiène essentiels.	58
3.4.5.	Renforcement de la contribution du secteur privé à l'offre de soins et services de santé.	58
3.4.6.	Renforcement de la supervision dans les districts sanitaires.	59
3.4.7.	Amélioration de l'équité dans l'accès aux paquets de soins et services essentiels.	
3.4.8.	Amélioration de la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et produits médicaux.	59
3.4.9.	Amélioration de la disponibilité et de la qualité des produits sanguins.	59
3.4.10.	Promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les districts sanitaires.	59

3.4.11.	Renforcement des capacités nationales en matière de préparation et de réponse aux urgences.	59
	Chapitre 4 : Interventions des programmes prioritaires	60
4.1.	Programme de Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	60
4.2.	Programme de lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile	60
4.3.	Programme de lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées ainsi que la préparation et la réponse aux urgences.	61
4.3.1.	Lutte contre le paludisme.	61
4.3.2.	Lutte contre le VIH/SIDA.	61
4.3.3.	Lutte contre la tuberculose	62
4.3.4.	Lutte contre les maladies tropicales négligées.	62
4.3.5.	Préparation et réponse aux urgences et catastrophes.	62
4.4.	Programme de prévention, prise en charge et contrôle des maladies non transmissibles	62
4.5.	Programme de renforcement du système de santé	63
4.5.1.	Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé	63
4.5.2.	Développement de la couverture sanitaire nationale.	63
4.5.3	Développement du système national d'information sanitaire, de la recherche en santé et de la gestion de la connaissance	63
4.5.4.	Développement des ressources humaines en santé.	63
4.5.5.	Amélioration de la disponibilité des médicaments, vaccins et produits sanguins	64
4.5.6.	Amélioration de la qualité des soins.	65
4.5.7.	Financement du secteur.	66
4.5.8	Participation communautaire.	66
	Chapitre 5 : Cadre logique de mise en œuvre du PBDS 2014-2015 et couts prévisionnels	67
5.1.	Cadre logique de mise en œuvre	67
5.2.	Couts prévisionnels du PBDS 2015 - 2016	86
	Chapitre 6: Financement du PBDS 2015-2016	88
6.1.	Couts prévisionnels du Programme biennal 2014 – 2015	88
6.2.	Structure et sources de financement.	88
6.2.1.	Financement interne	88
6.2.2.	Contributions des partenaires au financement de la santé	89
	Chapitre 7 : Cadre de mise en œuvre, suivi et évaluation	90
7.1.	Cadre de mise en œuvre	90
7.1.1.	Organes institutionnels de mise en œuvre au niveau national	90
7.1.2.	Administration et coordination de la mise en œuvre dans les départements	91
7.2.	Suivi et évaluation	91
7.2.1	Suivi de la mise en œuvre du PBDS 2015 - 2016	91
7.2.2	Revue à mi-parcours de la mise en œuvre du PBDS 2015 -2016	94
7.2.3	Evaluation finale	95
	Chapitre 8 : Analyse des risques et mesures d'accompagnement	97
8.1.	Analyse des risques	97
8.2.	Mesures d'accompagnement	97
	Annexes	98

Sigles et acronymes

ARV	Anti rétro virus
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVP	Accident de la voie publique
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
CCIA	Comité de coordination inter agence
CDMT	Cadre de dépenses à moyen terme
CDAV	Centre de dépistage anonyme volontaire
CENAMES	Centrale nationale d'achat des médicaments
CFCO	Chemin de fer Congo océan
CHU	Centre hospitalier et universitaire
CIDTS	Centre inter départemental de transfusion sanguine
CMS	Centre médico-social
CNTS	Centre national de transfusion sanguine
CODIR	Comité de direction
COGES	Comité de gestion
COMEG	Congolaise des médicaments essentiels et génériques
COSA	Comité de Santé
COSA	Comité de santé
CP	Comité de pilotage
CSI	Centre de santé intégré
DS	District sanitaire
CTAF	Coordination technique administrative et financière
CTS	Comité technique de suivi
DAM	Direction des affaires médicales
DC	Direction centrale
DDS	Direction départementale de la santé
DELM	Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie
DEP	Direction des études et de la planification
DGPOP	Direction générale de la population
DGS	Direction générale de la santé
DIEM	Direction des infrastructures de l'équipement et la maintenance
DM	Département médical
DOTS	Traitements sous observance directe de la tuberculose
DS	District sanitaire
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DSISR	Direction des systèmes d'informations sanitaires et de la recherche
DSRP	Document stratégique pour la réduction de la pauvreté
DTC3	Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche 3ème dose
ECOM2	Enquête congolaise auprès des ménages 2ème génération
EDSC II	Enquête démographique et de santé N° 2

EG-DS/EC-DS	Equipe de Gestion de la DS ou équipe cadre de la DS
FAC	Forces Armées Congolaises
FHVE	Fièvre hémorragique à virus Ebola
FRPC	Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance
HB	Hôpital de base
HG	Hôpital général
HTA	Hypertension artérielle
I.B	Initiative de Bamako
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IEC/CCC	Information éducation communication/Communication pour le changement de comportements
IO	Infections opportunistes
IRA	Infection respiratoire aiguë
IST	Infection sexuellement transmissible
JNV	Journées nationales de vaccination
LNSP	Laboratoire national de transfusion sanguine
MEG	Médicaments essentiels génériques
MSASF	Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et la communication
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial
PASCOB	Projet d'appui au système de santé du Congo Brazzaville
PBDS	Programme biennal de développement sanitaire
PBF	Financement basé sur la performance
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDSS	Programme de développement des services de santé
PEC	Prise en charge
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PIB	Produit intérieur brut
PIP	Programme d'investissement public
PIPC	Programme intérimaire post conflit
PMA	Paquet minimum d'activités
PMAE	Paquet minimum d'activités élargi
PMAS	Paquet minimum d'activités standards
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNLS	Programme national de lutte contre le sida
PNS	Politique nationale de santé
PPTE	Pays Pauvre Très Endetté
PPTE	Pays Pauvres très endettés

PVVIH	Personne vivant avec le VIH
PSE	Paquets de services essentiels
PTAB	Plan de travail annuel budgétisé
PTF	Partenaire techniques et financiers
SCO	Service de la coordination
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et la riposte
SNIS	Système national d'information sanitaire
SPT	Stratégie Plaintes Traitement
SSP	Soins de santé primaires
STS	Schémas thérapeutiques standardisés
TAR	Traitement anti rétroviraux
TNN	Tétanos néo natal
UNFPA	Fonds des nations unies pour la population
UNICEF	Fonds des nations unies pour l'enfance

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Indicateurs démographiques de base¹

Tableau n° 2 : Structuration du territoire en départements, districts, communes et arrondissements

Tableau n°3 : Répartition (en %) des ménages selon le type de toilettes

Tableau n°4 : Bilan général des activités de dépistage (passif, actif) en 2012²

Tableau n°5 : Données statistiques de la lèpre par Secteur opérationnel (SO) en 2012

Tableau n°6 : Répartition des cas selon la classification, la forme clinique et l'âge

Tableau n°7 : Situation des accidents de la voie publique par département

Tableau n°8 : Indicateurs clés de la santé au Congo en 2011

Tableau n°9 : Cadres stratégiques en vigueur et leurs périodes

Tableau n°10 : Couverture vaccinale et supplémentation en VIT A en routine par département

Tableau n°11 : Evolution du budget de la santé de 2009-2011

Tableau n° 12 : Répartition des taux de décaissement du budget par département en 2012

Tableau n°13 : Budget prévisionnel du PNDS 2007-2011

Tableau n° 14 : Objectifs spécifiques du PND 2012-2016 et leur cible

Tableau n°15 : Estimation des besoins en ressources humaines

Tableau n°16 : Estimation des besoins logistiques en moyens roulants et nautiques

Tableau n°17 : Budget du PBDS par programme et sous-programme

¹ Sources EDS 2011-2012.

² Ministère de la santé et de la population, *Rapport DELM*, Brazzaville, 2012.

Légende: T+, P1, P2

Liste des figures

Figure n° 1 : Evolution du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2012

Figure n° 2 : Evolution du taux de mortalité infanto juvénile entre 1990 et 2012

Figure n°3 : Evolution du taux de mortalité infantile

Figure n°4 : Répartition des causes de mortalité chez les moins de 5 ans

Figure n°5 : Cas de tuberculose toutes formes dépistés par département en 2012

Figure n°6 : Accumulation des susceptibles de rougeole au Congo de 2007 à 2011.

Figure n°7 : Répartition des cas confirmés de rougeole en 2012

Figure n°8 : Pourcentage d'enfants de moins de 5ans atteints de malnutrition

Figure n°9 : Distribution des femmes qui ont fait le dépistage par département en 2010

Figure n°10 : Prise en charge des enfants sous ARV de 2008 à septembre 2012

Figure n°11 : Soins prénatals chez les femmes (15-49 ans) ayant eu, au moins, une naissance vivante au cours des 5 dernières années avant l'EDS-II, selon le milieu de résidence.

Figure n°12 a : dépenses de santé en 2010

Figure n°12 b : subventions aux prestataires en 2009

Préface

Depuis 1992, le plan national de développement sanitaire est devenu le cadre de référence unique, pour la mise en œuvre de la politique de santé définie par le Gouvernement. C'est ainsi qu'ont été mis en œuvre successivement le PNDS 1992-1996 et le PNDS 2007-2011, la période des années 1998 à 2006 ayant été consacrées essentiellement à des programmes d'urgence et de réhabilitation post conflit.

Elaboré dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national de développement 2012 - 2016, le Programme biennal de développement sanitaire 2015-2016, est la déclinaison sectorielle de ce dernier. Il s'agit désormais pour le secteur santé, de renouer avec les exigences de la planification, comme outil de référence pour guider la mise en œuvre, et limiter à leur niveau minimum, les actions accomplies à la carte. Il s'agit également de se conformer résolument au cycle de planification défini par le pays.

Ce programme a été formulé afin de répondre au cours des deux prochaines années, à plusieurs défis majeurs auxquels le secteur santé est confronté. Ils concernent notamment : **(i) la couverture encore en centres de santé intégrés et hôpitaux de base**, jugée encore insuffisante ; **(ii) l'accès limité des populations aux soins et services médicaux de spécialité** ; **(iii) la faible qualité des soins et services offerts par les formations sanitaires publiques** ; **(iv) la disponibilité limitée des médicaments, réactifs, produits sanguins et autres produits médicaux dans les centres de santé et hôpitaux publics** ; **(v) la faiblesse des capacités de gestion et l'utilisation non rationnelle des ressources humaines** ainsi que **(vi) le financement inadéquat de la santé**. Leur examen a conduit à définir au total 6 résultats qui devront être réalisés au terme de la mise en œuvre du programme biennal 2015-2016. Des résultats qui consacrent les valeurs fondamentales de droit à la santé, d'équité et de solidarité face à la maladie.

L'ampleur et la diversité de ces défis et l'importance des objectifs visés imposent une action cohérente, coordonnée et ciblée de l'ensemble des acteurs impliqués dans le développement sanitaire du Congo. De ce fait, la référence aux résultats attendus au cours de ces deux années, 2015 et 2016 devrait guider l'ensemble des interventions dans le secteur, de sorte que le suivi de la mise en œuvre des activités et l'évaluation des progrès accomplis au terme de cette période, puissent être effectués en conséquence. Et dans ce contexte, la redevabilité de chaque acteur est engagée, chacun en ce qui le concerne. Dès lors, il importe à chacun de s'approprier, non seulement des objectifs et résultats attendus du PBDS 2015-2016, mais également des orientations stratégiques qui soutiennent ses activités.

En effet l'engagement des acteurs est un facteur clef du succès de la mise en œuvre de ce programme et de l'atteinte de ses résultats. Engagement pour plus d'efficacité, engagement pour de meilleures performances afin de contribuer à une amélioration significative de l'état de santé de la population congolaise.



Introduction

Le projet de société « Le Chemin d’Avenir » préconise le renforcement de l’offre de santé à travers cinq grandes lignes d’action : (i) construire et équiper un hôpital général dans chaque chef-lieu de département et dans chaque ville de plus de 50.000 habitants ; (ii) doter chaque chef-lieu de district et chaque communauté urbaine, non encore pourvu, d’un hôpital de référence et chaque communauté rurale, d’un centre de santé convenablement équipé ; (iii) ériger, dans chaque village de plus de 1000 habitants, un centre de santé intégré fonctionnel sur toute l’année ; (iv) former en plus grand nombre et motiver les personnels de santé et (v) rendre accessibles à tous les soins de santé et les médicaments.

Ce projet de société est mis en œuvre par le Plan national de développement (PND) 2012-2016 dont les finalités sont la prospérité, le mieux-vivre et le mieux-être. Le secteur de la santé y occupe une place privilégiée au sein du quatrième pilier, le développement social. En cohérence avec ce cadre de référence, le ministère de la santé et de la population, dont le cadre organique vient d’être renforcé par le décret 2013-813 du 30 décembre 2013, a procédé à la reprogrammation de son cadre stratégique en l’adossant au PND 2012-2016.

Fort des acquis du PNDS 2007-2011 qui ont permis une amélioration significative des indicateurs de santé en rapport avec les OMD 4,5 et 6, le Programme biennal de développement sanitaire (PBDS) 2015-2016 se veut pertinent pour répondre aux défis liés à l’état de santé des populations et au système de santé. Son approche est globale et inclusive, intégrant de façon cohérente les soins de santé primaires, les soins hospitaliers et la médecine de pointe. Cette approche repose sur le renforcement du système de santé basé sur les six piliers recommandés par l’OMS : la gouvernance, les personnels de santé, le système d’information sanitaire, le financement de la santé, les médicaments, vaccins, autres produits médicaux, technologie, infrastructures et équipements ainsi que la prestation des services.

Une attention particulière est accordée aux quatre principales préconisations du volet santé du « Chemin d’Avenir » :

- la construction/réhabilitation/équipement des formations sanitaires,
- la mise à disposition des ressources humaines de la santé de qualité et en quantité suffisante,
- la disponibilité des médicaments et autres produits de santé,
- la mise à l’échelle des interventions sanitaires majeures.

Par ailleurs, le présent programme consacre une place prépondérance à l’implication d’une part des communautés, notamment pour les activités promotionnelles et préventives et d’autre part de celle du secteur privé. Ce faisant, le PBDS 2015-2016 contribue à la modernisation de l’offre de soins et des services essentiels.

Les programmes, sous-programmes, projets et activités du PBDS sont extraits du document stratégique interne au secteur de la santé, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2014-2018.

Chapitre 1 : Généralités sur le Congo

1.1. Situation géographique, démographique et organisation administrative

1.1.1. Situation géographique et démographique

Située au cœur de l'Afrique centrale et à cheval sur l'équateur entre les latitudes 3°30' Nord et 5° Sud, et les longitudes 11° et 18° Est, la République du Congo s'étend sur une superficie de 342.000 km². Elle partage ses frontières avec 5 pays : le Gabon à l'Ouest sur 1.903 km, le Cameroun au Nord-Ouest sur 523 km, l'Angola et l'enclave du Cabinda au Sud sur 201 km, la République Centrafricaine au Nord sur 467 km et la République Démocratique du Congo à l'Est sur 2.410 km le long du fleuve Congo. Il existe trois domaines climatiques au Congo : le domaine équatorial dans le nord, le domaine subéquatorial au centre et le domaine tropical dans le sud-ouest. La température moyenne annuelle est de 25°C. Les précipitations sont abondantes dans les régions d'altitude élevée avec plus de 2000 mm d'eau par an (Plateaux Batéké). La vallée du Niari, au sud-ouest, ne reçoit que 1000 à 1400 mm d'eau par an.

Avec environ 4 085 422 habitants³, le Congo est un pays à faible densité démographique (8,8 habitants au km²). Sa population est majoritairement urbaine (62,2 %) et est concentrée à Brazzaville et à Pointe-Noire⁴. Toutefois, des disparités existent. Les zones rurales du sud du pays présentent des densités variant de 5 à 40 habitants au km². La densité maximale est observée dans le département de la Bouenza. La partie septentrionale est caractérisée par des densités comprises entre 0 et 2 habitant(s) au km². L'évolution des indicateurs démographiques de base est présentée dans le tableau ci-après :

Tableau n°1 : Indicateurs démographiques de base⁵

Indicateurs/source	RGPH 1974	RGPH 1984	RGPH 2007
Population totale	1 319 790	1 909 248	3 697 490
Espérance de vie (en années)	46,7	50,9	51,6
Taux brut de natalité (p.1 000)	41,0	45,2	41,7
Indice Synthétique de Fécondité	7,0	6,3	4,9
Taux brut de mortalité (p.1 000)	17,9	11,7	13,0
Taux de mortalité infantile (p.1 000)	100,6	71,5	76,4

1.1.2. Organisation politique et administrative

1.1.2.1. Organisation politique

La Constitution du 20 janvier 2002 en ses articles 56, 89 et 133 institue un régime de type présidentiel composé de trois pouvoirs :

- l'exécutif représenté par le président de la république, chef de l'Etat, chef du gouvernement élu pour sept ans renouvelables une fois ;
- le législatif représenté par l'assemblée nationale et le sénat et ;
- le judiciaire, exercé par la cour suprême, la cour des comptes et de discipline budgétaire, les cours d'appel et les autres juridictions nationales.

³ Ministère du plan, *Enquête congolaise auprès des ménages (ECOM2)*, 2011-2012.

⁴ En 2012, la population de Brazzaville est estimée à 1.621.713 et celle de Pointe-Noire à 812.456 habitants.

⁵ Sources EDS 2011-2012.

1.1.2.2. Organisation administrative

La loi n°3-2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation administrative territoriale structure le territoire national en départements, communes, arrondissements, districts, communautés urbaines, communautés rurales, quartiers et villages. Le territoire national est ainsi structuré en 12 départements, 6 communes, 23 arrondissements et 87 districts administratifs (voir tableau n°2). Le département est placé sous l'autorité du préfet. Les districts, les communes et les arrondissements sont respectivement administrés par des sous-préfets, des maires et des administrateurs maires délégués. Chaque département dispose d'un conseil départemental et chaque commune d'un conseil municipal.

Tableau n° 2 : Structuration du territoire en départements, districts, communes et arrondissements

N°	Départements	Districts	Communes	Arrondissements
01	Brazzaville	1	1	9
02	Pointe – Noire	0	1	6
03	Kouilou	6	0	0
04	Niari	14	2	4
05	Bouenza	10	1	2
06	Lékoumou	5	0	0
07	Pool	13	0	0
08	Plateaux	11	0	0
09	Cuvette	9	0	0
10	Cuvette – Ouest	6	0	0
11	Sangha	5	1	2
12	Likouala	7	0	0
Total		87	6	23

Selon les termes de la loi n°10-2003 du 06 février 2003 portant transfert des compétences aux collectivités locales, « les départements participent à l'établissement de la tranche départementale de la carte sanitaire nationale, élaborent et exécutent le plan d'urgence de santé et d'hygiène, gèrent les aides sociales aux personnes vulnérables, construisent ou acquièrent, équipent, entretiennent, gèrent et assurent la maintenance des installations des crèches, garderies d'enfant, postes de santé, centres de santé, centres de santé intégrés, centres de promotion et de réinsertion sociale ». Cette loi ne confère pas aux conseils départementaux des compétences ayant trait aux hôpitaux de base. Des textes d'application de cette loi déterminent les inscriptions budgétaires en faveur du développement des collectivités locales.

1.1.2.3. Situation économique et sociale

La république du Congo a amorcé depuis quelques années des réformes de la gestion des finances publiques visant la modernisation de l'économie et l'amélioration de la gouvernance. Ces efforts ont permis au pays d'atteindre, en janvier 2010, le point d'achèvement de l'initiative Pays pauvre très endetté (PPTE). Cette performance a permis au Congo de disposer des ressources budgétaires complémentaires pour engager des dépenses propices à la croissance et à la réduction de la pauvreté.

Avec un produit intérieur brut (PIB) estimé en 2010 à 6082,5⁶ milliards de F CFA et des ressources naturelles abondantes, le Congo fait partie des pays africains à revenu intermédiaire. L'économie congolaise est peu structurée et diversifiée. Elle est basée principalement sur l'exploitation du pétrole et du bois, exportés en grande partie à l'état brut. Selon le rapport du Fonds monétaire international (FMI) sur les perspectives économiques mondiales, les niveaux atteints par les cours moyens des deux produits ont connu une augmentation. Cette augmentation est passée de 49,2 en 2005 à 100,3 dollars par baril en 2011 pour le pétrole brut et de 202,2 à 285,9 dollars par m³ pour les grumes. En raison de la hausse rapide du prix du baril de pétrole au cours des dix dernières années, l'économie du Congo est

⁶ Ministère du plan, *Annuaire statistique 2010*.

devenue de plus en plus tributaire du secteur pétrolier. En guise d'exemple, en 2012, le pétrole représentait en moyenne nominale 67% du PIB, 79% des revenus et 87% des exportations.

Ce contexte économique a favorisé l'exécution des réformes fondamentales dans le cadre de la Facilité pour la réduction de la pauvreté et la croissance (FRPC), avec le soutien du FMI et de la Banque mondiale. La stabilisation du cadre macroéconomique et l'amélioration de la gouvernance ont permis une croissance globale du PIB réel moyen de 6,4% avec une expansion du secteur hors pétrole de 5,8% en moyenne entre 2008 et 2011. Grâce à cette performance, le Congo a bénéficié d'une remise de dette bi et multilatérale de près de 3,5 milliards de dollars, représentant 67,4% de la dette totale du pays et 32,4% de son PIB.

Toutefois, le pays fait face à un taux de chômage estimé à 33,5% en moyenne. Des disparités sont observées. A titre illustratif, les jeunes âgés de 15 à 29 ans représentent à eux seuls 33,1% (20,5% chez les hommes et 18,2% chez les femmes)⁷. Par ailleurs, en matière de développement humain, le pays est classé au 136^{ème} rang avec un Indice de développement humain faible (IDH) évalué 0,536 et un taux de pauvreté encore important, passé de 50,1% en 2005 à 46,5 % en 2011. S'agissant de la situation sociale, elle peut se lire à travers l'accès à l'eau potable, les conditions d'assainissement, d'hygiène, d'habitat et de logement ainsi que les liens santé-pauvreté.

- Accès à l'eau potable.** D'après l'*Enquête démographique et de santé* (EDS II), les sources d'eau jugées salubres sont les robinets, les bornes fontaines, les puits et forages équipés de pompes, les puits couverts ou protégés et l'eau en bouteille. En fonction de cette considération, 76% des ménages congolais ont accès à l'eau salubre. Il existe des disparités d'accès à l'eau en fonction du milieu de résidence. En milieu rural, 41% de ménages ont accès à une source d'eau améliorée. En milieu urbain, 96% ont accès à une source d'eau potable. L'approvisionnement est irrégulier dans les grandes agglomérations en raison des effets conjugués des faibles capacités de production, de la vétusté du réseau de distribution et de leur développement non maîtrisé. En zone rurale, peu d'efforts ont été consentis jusqu'ici pour doter ces localités en systèmes d'adduction d'eau potable. La réhabilitation et l'extension du réseau constituent des défis majeurs pour améliorer le taux d'accès.

- Assainissement.** Selon l'ECOM II, l'assainissement en milieu rural et périurbain est encore insuffisant. En effet, seuls 15% des ménages urbains et 4,7% des ménages ruraux disposent d'un système d'évacuation des excréta répondant aux définitions des OMD. La plupart des latrines (85% des ménages) sont de type traditionnel. On observe que 17% ménages ruraux et 8% des ménages périurbains défèquent à l'air libre, polluant ainsi l'environnement. Le tableau n° 3 indique la répartition des ménages selon le type de toilettes.

Tableau n°3 : Répartition (en %) des ménages selon le type de toilettes

Département	Aucun Nature	WC avec chasse d'eau	Latrines couvertes	Latrines non couvertes	Latrines suspendues	Latrines ventilées améliorées	Autres Sanitaires	sains
Ensemble	9,0	7,8	43,8	35,7	0,4	0,8	2,4	52,4
Milieu de résidence								
Rural	24,3	0,4	31,6	39,0	0,5	0,2	3,9	32,3
Urbain	1,1	11,7	50,1	34,1	0,4	1,1	1,6	62,9
Département de résidence								
Kouilou	6,6	0,5	41,6	42,8	0,5	0,2	7,8	42,3
Niari	13,3	1,9	36,7	45,2	0,7	1,1	0,9	39,8
Lékoumou	34,2	0,1	14,8	50,1	0,6	0,0	0,1	14,8
Bouenza	10,6	0,6	47,0	39,7	0,2	0,0	1,9	47,6
Pool	13,3	1,4	36,2	44,1	0,3	0,0	4,8	37,5
Plateaux	43,1	0,0	29,0	26,8	0,0	0,0	1,1	29,1
Cuvette	30,4	0,5	29,4	28,0	0,7	0,1	11,0	30,0
Cuvette-Ouest	31,4	0,3	27,1	34,4	0,1	0,1	6,5	27,5
Sangha	19,0	0,8	41,2	38,6	0,3	0,0	0,1	42,1
Likouala	15,3	0,3	39,9	41,5	1,4	0,4	1,2	40,7
Brazzaville	0,4	11,4	51,3	34,9	0,0	1,1	0,7	63,9
Pointe-Noire	0,8	17,1	46,7	29,4	1,2	1,5	3,2	65,3

Source : ECOM 2011

⁷Ministère du plan, *Rapport du bilan social du Congo 2006-2008*, Brazzaville, 2009.

- *Hygiène.* Depuis de nombreuses années, les conditions de salubrité se dégradent continuellement. En milieu urbain, l'évacuation des ordures ménagères constitue un véritable défi pour les ménages et les pouvoirs publics. Il manque des structures appropriées de traitement des déchets solides et liquides. Le pourcentage des bacs de voirie publique a baissé de 6% à 2%. Parallèlement, le pourcentage des ménages évacuant les ordures dans des espaces publics ou à l'air libre a augmenté de 6 points, passant de 54% en 2005 à 60% des ménages en 2011. Concernant l'évacuation des eaux usées, seuls 11% des ménages utilisent un système approprié. La majorité des ménages évacue les eaux usées dans la nature, dans la cour ou dans la rue⁸.

De même, les pratiques d'hygiène des populations restent largement défavorables. Seulement 2,5% des ménages utilisent l'eau du robinet et du savon pour se laver les mains. Ce taux plafonne à 4% dans les deux principales villes du pays et à 8% dans les ménages du quintile le plus riche.

- *Habitat et logement*⁹. D'après le Plan national de développement (PND) 2012-2016, l'habitat est constitué de murs en parpaing dans 44 % des cas, en briques cuites dans 15% des cas et en bois de récupération dans 14% des cas. Les autres matériaux représentent moins de 7 % chacun. Les toits sont recouverts de tôles dans 87% des cas, notamment en milieu urbain (98%), tandis qu'en milieu rural, 24% des ménages utilisent le chaume. Les logements disposent d'une seule pièce dans 47 % des cas, de deux pièces dans 34% des cas et favorisent de ce fait, une promiscuité qui contribue généralement à la transmission de certaines affections. Quant au sol, il est en ciment dans 54% des cas, en carrelage dans 6% des cas ; il est recouvert de terre ou de sable dans 33 % des cas. Pour la cuisson des aliments, seuls 11,8% des ménages n'utilisent pas un combustible provenant du bois. Ce taux est de 19,2 % en milieu urbain contre 2,2 % en milieu rural.

- *Pauvreté.* D'après l'ECOM II, le taux de pauvreté monétaire a considérablement baissé durant les cinq dernières années avec un indice qui est passé de 50,7% en 2005 à 39,4% en 2011. Le revenu mensuel moyen des actifs de 15 ans ou plus se situe autour de 100 000FCFA, 50% des hommes ont un salaire inférieur à 90 000 FCFA et la même proportion de femmes a un salaire inférieur au SMIG. Cette inégalité est imputable au niveau d'instruction, à la qualification et à l'expérience professionnelle des actifs des deux sexes. Le revenu médian des femmes représente à peine 55,56% de celui des hommes.

Dans le but de la réduction de la pauvreté des ménages et de l'accélération de la croissance économique, le Congo a élaboré le PND 2012-2016 qui est le cadre stratégique de référence pour l'ensemble de la planification nationale. Le PND est structuré autour des axes stratégiques suivants : (i) le renforcement de la gouvernance, (ii) la diversification de l'économie pour accélérer la croissance, (iii) le renforcement du secteur privé et de la compétitivité, (iv) le renforcement des infrastructures, de l'éducation et de la formation, (v) la promotion de la création d'emploi, (vi) le renforcement de la santé, du développement social et de l'inclusion et (vii) le développement équilibré et durable.

⁸ Plan national de développement 2012-2016, République du Congo.

⁹PND 2012-2016

Chapitre 2 : Analyse de la situation sanitaire du Congo

2.1. Etat de santé de la population

2.1.1- Ampleur de la mortalité

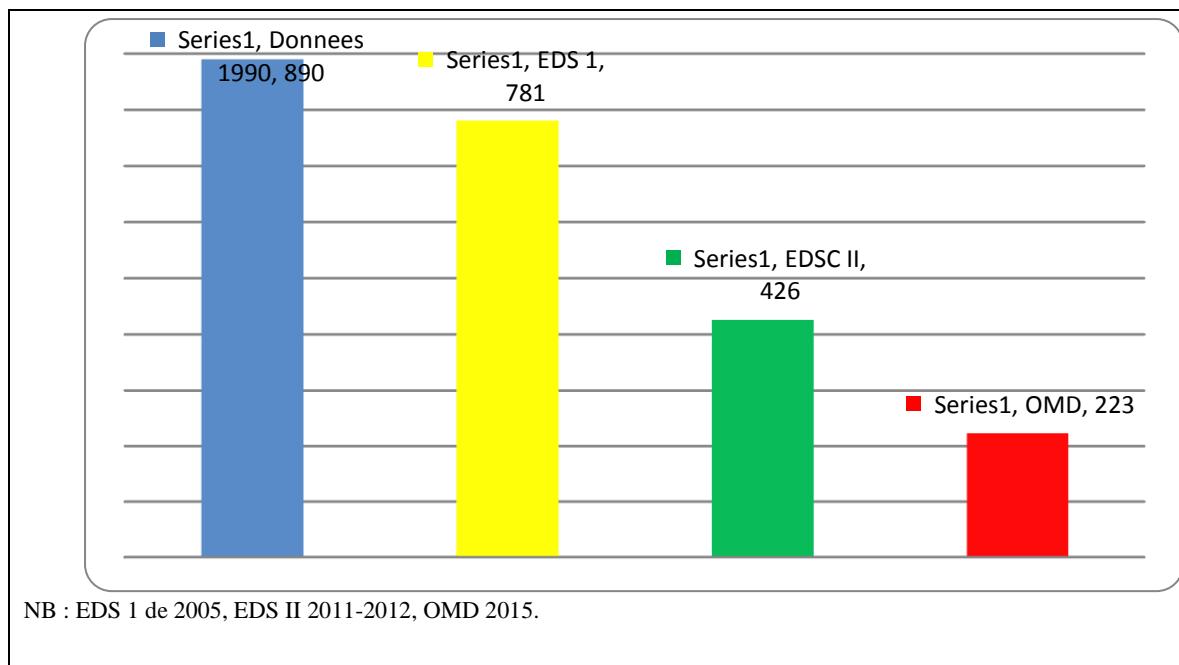
2.1.1.1. Mortalité générale

D'après les données du PND 2012-2016, le taux de mortalité générale au Congo est estimé à 11,5 pour 1000 en 2012 pour une espérance de vie de 56 ans. Cette mortalité est principalement attribuée au paludisme, aux infections respiratoires aigües, à la tuberculose, aux maladies diarrhéiques et à l'infection à VIH. Les Maladies non transmissibles (MNT), notamment l'Hypertension artérielle (HTA) avec sa principale complication l'Accident vasculaire cérébral (AVC), le diabète, les cancers et la drépanocytose sont aussi citées parmi les causes de mortalité. En outre, les maladies épidémiques et les traumatismes, notamment ceux liés aux accidents de circulation, constituent aussi des causes non négligeables de décès.

2.1.1.2. Mortalité maternelle

Selon l'EDS II, entre 2005 et 2011, la mortalité maternelle a reculé de 781 à 426 décès pour 100 000 naissances vivantes comme illustré dans la figure n°1.

Figure n° 1 : Evolution du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2012



Au-delà de cette amélioration globale qui a dépassé la cible du PNDS 2007-2011, l'observatoire national des décès maternels rapporte des données et des informations qui éclairent davantage la situation. L'analyse de 165 décès maternels colligés par l'observatoire en 2012 renseigne que 50% de ces décès concernent des patientes référées et que 23% de ces décès concernent les patients référés par les formations sanitaires du secteur privé. Le retard de la prise en charge dans la formation sanitaire (troisième retard) est incriminé dans 70% des décès observés. On distingue les causes directes et indirectes.

- *Causes directes* : L'éclampsie dépasse désormais les infections citées au second rang en 2008 par la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Ainsi les tendances actuelles se présentent comme suit : (i) l'hémorragie (49,7%) avec prédominance des hémorragies du post partum (31,5%), (ii) l'éclampsie (22,4%), (iii) les infections (15,8%) avec une prédominance des infections du post partum (11,5%), (iv) l'embolie amniotique (3%) et (v) les complications anesthésiques (6,1%).
- *Causes indirectes* : Au-delà des causes directes, la mortalité maternelle observée au Congo est également associée aux avortements et aux grossesses précoces lesquelles sont responsables d'un taux de natalité de 32% chez les adolescentes. S'agissant des avortements, selon l'EDS II, 22% de femmes ont déclaré en 2011, y avoir recouru au moins une fois dans leur vie, alors que la proportion des femmes ayant reconnu avoir eu recours à cette pratique n'était qu'à 11% en 2005. Les avortements ne sont pas seulement pratiqués par les adolescentes, mais aussi par les femmes âgées de 25 et plus.

2.1.1.3. Mortalité néonatale

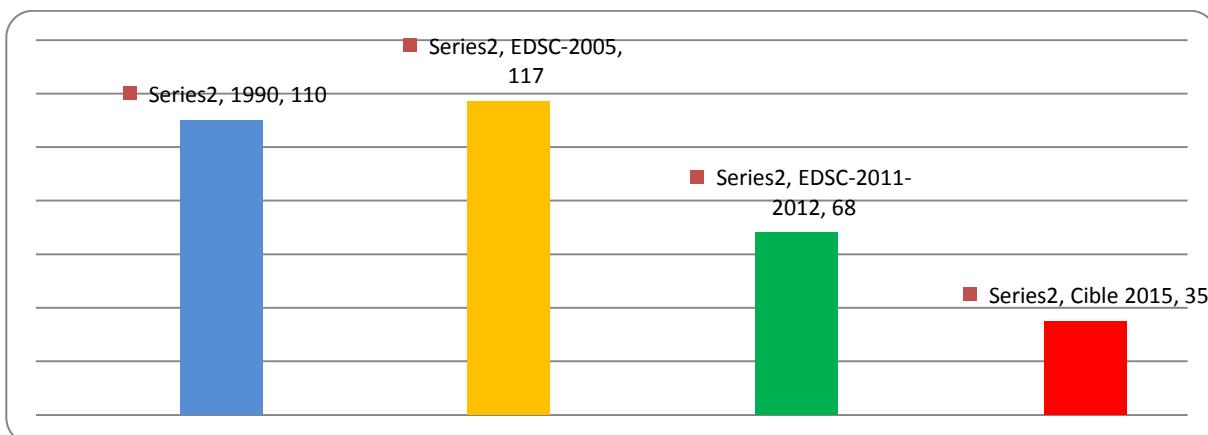
La mortalité néonatale demeure importante bien que réduite de 33 à 22 pour 1.000 naissances vivantes entre 2005 et 2012. Elle représente 27% des décès infantiles et est attribuée à des causes directes et indirectes.

- *Causes directes*. Les principales sont : (i) la prématurité avec 39%, (ii) l'asphyxie et/ou la détresse respiratoire à hauteur de 23%, (iii) l'infection néonatale avec 21%, (iv) les anomalies congénitales estimées à 10%, (v) les maladies diarrhéiques à 2% et les autres pathologies à 5%¹⁰. Il convient de noter que la qualité des données disponibles ne permet pas de renseigner les causes de décès regroupées dans la catégorie « autres pathologies ». La prématurité, l'asphyxie et l'infection néonatale, responsables de 83% de décès des nouveau-nés sont liés à la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. L'importance de ces trois pathologies pourrait être réduite en améliorant la qualité des Consultations prénatales (CPN) et celle de la surveillance de l'accouchement avec l'usage systématique du partogramme.
- *Causes indirectes*. La mortalité est également liée à divers facteurs sociaux notamment le niveau d'instruction des mères, le revenu du ménage et le milieu de résidence.

2.1.1.4. Mortalité infanto-juvénile

La mortalité infanto-juvénile a été réduite de près de la moitié entre 2005 et 2011, de 117 à 68 pour 1 000 naissances vivantes comme illustré dans la figure n° 2. La cible du PNDS 2007-2011 a été également dépassée.

Figure n° 2 : Evolution du taux de mortalité infanto juvénile entre 1990 et 2012



¹⁰Ministère de la santé et de la population, *Observatoire national des décès maternels*, Brazzaville, 2012

2.1.1.5. Mortalité infantile

La mortalité infantile a aussi connu une régression dans des proportions similaires à celle de la mortalité infanto juvénile. De 2005 à 2011, elle est passée de 75 à 39 décès pour 1 000 naissances vivantes. La courbe de la figure n° 3 présente l'évolution de la mortalité infantile observée au cours de la période allant de 1974 à 2011.

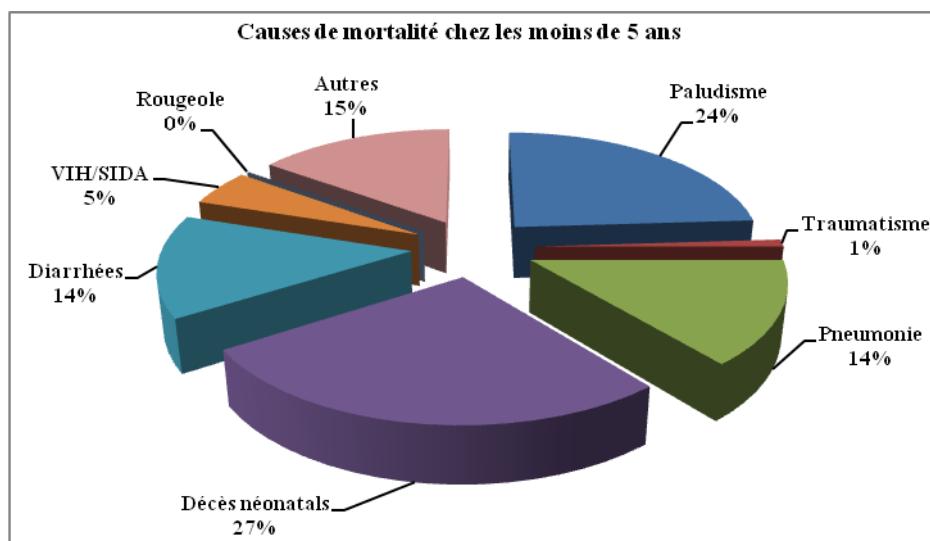
Figure n°3 : Evolution du taux de mortalité infantile¹¹



Différentes causes directes et indirectes sont incriminées.

- Causes directes.* Les décès des enfants de moins de 5 ans indiqués dans la figure n° 4 relèvent de causes néonatales dans 27% des cas, viennent ensuite le paludisme (24%), la pneumonie (14%) et la diarrhée (14%).
- Causes indirectes.* La faible qualité de la prise en charge des différentes pathologies sus-énumérées dans les formations sanitaires amplifie le nombre de décès. En effet, la plupart des outils et stratégies de rationalisation des soins ne sont pas utilisés. Il s'agit notamment des schémas thérapeutiques standardisés et des instructions techniques relatives à la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et à l'Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME). A cela s'ajoutent l'inaccessibilité géographique et financière aux soins ainsi que les fréquentes ruptures des stocks de médicaments et produits médicaux.

Figure n°4 : Répartition des causes de mortalité chez les moins de 5 ans



¹¹ Ministère du plan, RGPH (1974 et 1984), EDS (2005 et 2011-2012)

2.2. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique est caractérisé par la prédominance des maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, infection à VIH/SIDA) et l'importance de plus en plus accrue des maladies non transmissibles (HTA, cancer, diabète). Il est également noté une augmentation des traumatismes dus principalement aux accidents de la voie publique et diverses catastrophes.

2.2.1. Maladies transmissibles

2.2.1.1. Paludisme

Le paludisme constitue le premier motif de consultation dans les formations sanitaires publiques. En effet, en 2012, les données recueillies dans les hôpitaux généraux (HG), les hôpitaux de base (HB) et les centres de santé intégrés (CSI), montrent que 289 840 cas de paludisme ont été rapportés sur 768 611 consultations, soit une fréquence relative de 37,7%. Les enfants de moins de 15 ans représentent plus de la moitié des cas (62,9% de cas de paludisme simple et 70,3% de cas grave), suivis des femmes enceintes. Pointe-Noire est le département enregistrant le plus de cas

Du point de vue entomologique, les études ont montré que *l'anophelae gambiae* se révèle être le vecteur majeur du paludisme, responsable en moyenne de 90% des cas sur l'ensemble du territoire. La transmission se fait en deux modalités à savoir : la transmission permanente (200 à 1000 piqûres infectantes par personne par an) et la transmission saisonnière, liée à la pluviométrie de 80 à 200 piqûres infectantes par personne par an.

Les tests de sensibilité des vecteurs aux insecticides datant de 2003¹² ont concerné quatre insecticides à savoir : le DDT, la perméthrine, la deltaméthrine et la lambdacyhalothrine. Seul *l'anophelae gambiae* a été testé. Les résultats montrent que ces insecticides pouvaient encore être utilisés dans le cadre de la prévention du paludisme, notamment pour l'imprégnation des moustiquaires.

L'efficacité des antipaludiques fait régulièrement l'objet des études au Congo. Celles réalisées en 2005¹³ avaient déjà démontré : (i) l'inefficacité de la chloroquine avec un taux d'échec de 95,7%, (ii) la moindre efficacité de la sulfadoxine pyriméthamine et de l'amodiaquine avec des taux d'échec respectivement de 30,7% et 34,8%. L'unité de recherche du Centre d'études sur les ressources végétales (CERVE) confirme par contre, l'efficacité des combinaisons à base de dérivés de l'arthénimisine dans le traitement du paludisme.

2.2.1.2. Tuberculose

Selon le Programme National de Lutte contre la Tuberculose, 11 512 cas de tuberculose toutes formes confondues ont été dépistés en 2012, parmi lesquels 4 465 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+), soit 39%, 3 937 cas de tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-), soit 34% et 3 110 cas de tuberculose extra pulmonaire (TEP) soit 27%.

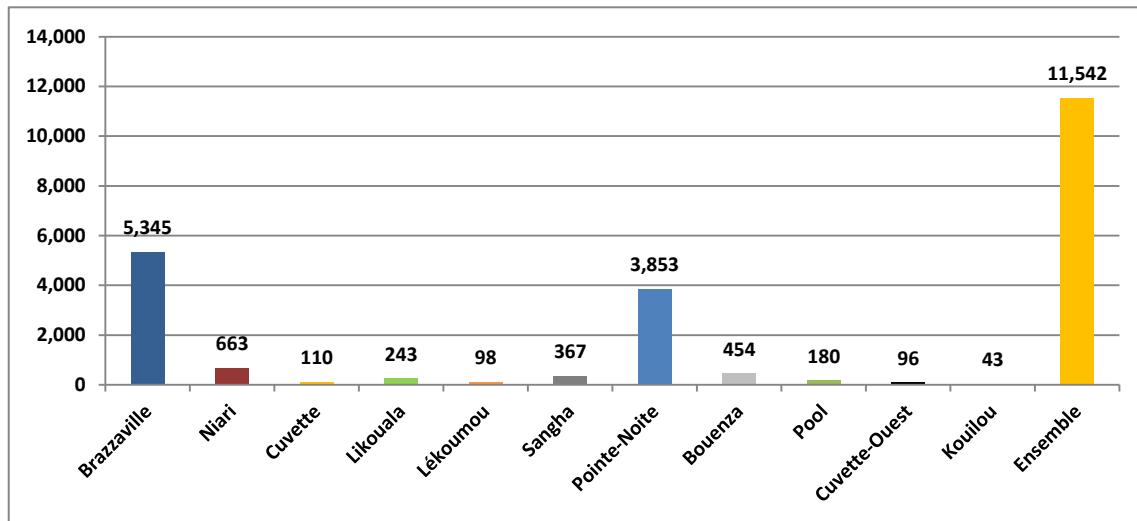
Le nombre de cas de tuberculose dépistés a augmenté de 11 143 cas en 2011 à 11 512 cas en 2012. Il en est de même pour le taux de notification des nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs : 33% en 2011 contre 34,6% en 2012. La tranche d'âge la plus touchée chez les nouveaux cas de tuberculose à frottis positifs est celle des sujets de 15 à 44 ans avec un pic chez ceux de 25 ans. L'augmentation sensible de nouveaux cas à frottis positifs est probablement liée, d'une part à l'extension de la couverture du pays en Centres de diagnostic et de traitement (CDT) et, d'autre part à l'amélioration de la qualité du diagnostic.

¹² Ministère de la santé, *rapport DELM*

¹³ Ministère de la recherche scientifique, *rapport CERVE*

Les nouveaux cas de tuberculose dépistés en 2012, l'ont été davantage à Brazzaville (46%) et à Pointe-Noire (33%). Ceci est expliqué par plusieurs facteurs notamment la densité de leur population, ainsi que l'accessibilité et le nombre de structures de prise en charge. A l'opposé, comme illustré dans la figure n°5, on observe de faibles taux de dépistage dans les départements des Plateaux (1%), de la Cuvette (1%), la Lékoumou (1%), la Cuvette- Ouest (1%) et le Kouilou (0,37%).

Figure 5 : Cas de tuberculose toutes formes dépistés par département en 2012



2.2.1.3. Infection à VIH/SIDA et infections sexuellement transmises

Au Congo, l'épidémie de VIH/SIDA est de type généralisé. Les résultats de l'enquête de séroprévalence réalisée en 2009¹⁴ indiquaient une prévalence globale égale 3,2% dans la population âgée de 15 à 49 ans alors qu'elle était de 4,2% en 2003. Les départements qui enregistraient les taux les plus élevés de séroprévalence étaient la Lékoumou (4,8%), Pointe-Noire (4,6%), Niari (4,4%) et la Sangha (4,0%). Par contre les départements à faible taux de séroprévalence étaient la Cuvette-Ouest (1,5%), la Cuvette (1,7%), le Pool (1,7%) et la Likouala (1,9%). On observe que cette séroprévalence était plus élevée chez les femmes (4,1%) que chez les hommes (2,1%). En outre, les femmes étaient plus touchées en milieu urbain (4,6%) qu'en milieu rural (3,3 %).

L'enquête de séroprévalence réalisée par le ministère de la santé en 2011¹⁵ auprès des femmes enceintes a montré un taux de séroprévalence égale à 3,6%. Cette enquête révèle également que les départements de Pointe Noire, du Niari et de Brazzaville ont des taux supérieurs à la moyenne nationale.

Selon le rapport 2010 de l'ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 77 000 en 2009, dont 40 000 femmes âgées de plus de 15 ans et 7 900 enfants. Selon le même rapport on estime à environ 1.630 le nombre des femmes enceintes séropositives. Le nombre de décès attribué au VIH était de 5.100¹⁶.

La transmission du VIH est essentiellement sexuelle chez les adultes et verticale chez les enfants. Le taux d'utilisation des préservatifs est faible. Les données disponibles indiquent des taux d'utilisation respectifs de 39% chez les femmes et 28% chez les hommes, au cours des derniers rapports sexuels. Dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans, ce taux est de 39, 9% chez les hommes et de 25,5% chez les femmes. Chez les sujets âgés de 25 à 29 ans, ce taux s'inverse, il est de 41,1% chez les femmes contre 26,2% chez les hommes¹⁷.

¹⁴ Ministère du plan, *Enquête ESIS*, 2009.

¹⁵ Ministère de la santé et de la population, *Enquête de séroprévalence chez les femmes enceintes*, Brazzaville, 2011.

¹⁶ Rapport ONUSIDA 2010.

S'agissant des infections sexuellement transmises (IST), 29 505 cas ont été notifiés en 2011 dont 27 077 patients ont été gratuitement traités (17 417 femmes, 9 660 hommes). La transmission sexuelle de l'hépatite B est peu documentée. Le dépistage systématique effectué auprès des donneurs de sang au Centre national de transfusion sanguine (CNTS) a révélé une séroprévalence globale de 6,8% en 2012 contre 7,5% en 2011. Les hommes sont deux fois plus porteurs de l'Antigène Hbs (AgHbs) que les femmes avec respectivement 7,5% et 3,8%.

2.2.1.4. Infections respiratoires aiguës

Les Infections respiratoires aiguës (IRA) constituent encore une préoccupation majeure pour le Congo. Elles concernent toutes les tranches d'âge, avec une prédominance chez les enfants de moins de 5ans où leur incidence atteint 5%. En 2012, les IRA ont occupé le deuxième rang des motifs de consultation dans tous les départements, avec une plus grande fréquence à Pointe-Noire, dans la Bouenza, la Lékoumou et la Sangha. Ce sont les enfants de 6 à 11 mois puis ceux de 12 à 23 mois qui étaient les plus exposés. D'après l'EDS II, les enfants des départements de la Likouala, de la Cuvette-Ouest et de la Lékoumou sont les plus touchés par les IRA.

2.2.1.5. Maladies diarrhéiques

L'EDS II renseigne que 19% d'enfants de moins de cinq ans ont eu, au moins, un épisode de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. En outre, il y avait du sang dans les selles dans 2% des cas. Ce sont les enfants âgés de 6-11 mois (25,1%) et de 12 à 23 mois (34%) qui étaient les plus exposés à développer la diarrhée. C'est aussi dans cette dernière tranche d'âge marquée par le sevrage et par l'exploration de leur environnement par les enfants où la fréquence des cas de diarrhées sanguinolentes est la plus importante avec un taux de 3,9%. Les enfants des départements de Pointe-Noire, Brazzaville et de la Lékoumou étaient les plus exposés. Parmi les facteurs associés à l'occurrence des diarrhées infantiles, on note particulièrement l'absence des toilettes hygiéniques dans les ménages.

2.2.2. Maladies tropicales négligées (MTN)

2.2.2.1. Trypanosomiase Humaine Africaine

La trypanosomiase reste endémique dans les foyers traditionnels constitués des départements de la Bouenza, des Plateaux, de la Cuvette et du Pool. Dans ce dernier, une résurgence de la maladie est observée dans le district de Ngabé, aux alentours du barrage hydraulique d'Imboulou. Les modifications des conditions écologiques induites par ce barrage seraient à l'origine de cette résurgence.

La prévalence de la maladie est estimée à 0,08% de la population du pays (données issues des activités de dépistage). Voir tableau ci-dessous.

Tableau n°4 : Bilan général des activités de dépistage (passif, actif) en 2012¹⁸

Activités	Population Examinée	Malades	T+	P1	P2
Fixe	5225	28(0,53%)	17(60,7%)	1	27
Prospection	44658	12(0,02%)	12(56,6%)	4	8
Total	49883	40(0,08%)	29(72,5%)	5	35

2.2.2.2. Schistosomiase urinaire

Au Congo, la schistosomiase constitue encore un problème de santé publique. Elle affecte les départements du Kouilou, du Niari, de la Bouenza, de la Lékoumou, du Pool, de Brazzaville et de la

¹⁸ Ministère de la santé et de la population, *Rapport DELM*, Brazzaville, 2012.

Légende: T+, P1, P2

Sangha. La schistosomiase urinaire à *Schistosoma Haematobium* sévit dans la partie sud du pays ; celle due à *Schistosoma Intercalatum* prédomine dans le département de la Sangha. La tranche d'âge la plus touchée est celle des enfants dont l'âge varie entre 5 et 15 ans. Elle est retrouvée le plus souvent en milieu scolaire (70% des cas) contre 30% en milieu non scolaire.

2.2.2.3. Lèpre

De façon globale, le Congo a atteint le seuil d'élimination de la lèpre. Mais le département de la Likouala demeure encore fortement endémique. Les données statistiques (tableau n° 5) ne sont pas toujours le reflet réel de la situation, étant donné le peu d'activités de dépistage et de prospection en 2012.

Tableau n°5 : Données statistiques de la lèpre par secteur opérationnel (SO) en 2012

Départements	Population	Détection				Prévalence			
		MB	PB	T	Taux	MB	PB	T	Taux
SO1 B/ville	1 529 887	4	0	4	0,02	4	0	4	0,02
SO2 Niari	264 255	3	0	3	0,11	4	0	4	0,15
SO3 Cuvette	204 125	3	0	3	0,14	3	0	3	0,14
SO4 Likouala	290 949	19	9	28	0,96	73	17	90	3,09
SO5 Sibiti	110 163	3	0	3	27,1	3	0	3	0,27
SO6 Ouesso	98 064	4	7	11	0,5	6	4	10	1,01
SO7 Plateaux	204 900	0	0	0	0	0	0	0	0
SO8 Kouilou	961 125	8	1	9	0,09	21	1	22	0,22
SO9 Bouenza	296 451	0	0	0	0	5	0	5	0,16
SO10 Pool	270 331	7	0	7	0,25	14	2	16	0,59
SO11 Cuvette Ouest	83 414	1	1	2	0,23	4	2	6	0,71
Total	4 109 539	52	18	70	0,17	137	26	163	0,39

2.2.2.4. Ulcère de Buruli

Après la lèpre, l'ulcère de Buruli vient en deuxième position parmi les maladies endémiques de la peau. Les départements touchés en 2011 sont le Kouilou (avec épicentre dans le district de Kakamoéka), Pointe-Noire, le Niari et la Bouenza. Dans le Pool (Kindamba) et la Cuvette (Mossaka), l'endémie est présente mais aucun cas n'a été signalé par manque d'activité de recherche active des malades. Toutefois, dans d'autres localités, des nouveaux cas sont dépistés et l'affection est en progression. Le tableau n°6 suivant en présente la situation.

Tableau n°6 : Répartition des cas selon la classification, la forme clinique et l'âge

Départements	Classification		Formes cliniques					Age			
			Nouveau Cas	Rechute	Nodule	Œdème	Plaque	Ulcère	Mixte	Enfants	Adultes
Kouilou/ Pointe-Noire	21	1	1	1	0	20	0	9	13		
Niari	14	0	0	0	0	14	0	2	12		
Bouenza	2	0	0	0	0	2	0	0	2		
Pool	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Total	37	1	1	1	0	36	0	11	27		
%	97,3%					94,7%		28,9%			

2.2.3. Maladies à potentiel épidémique

2.2.3.1. Fièvre hémorragique à virus Ebola

Auparavant inconnue dans le pays, la Fièvre hémorragique à virus Ebola (FHVE) est apparue en 2001. La Cuvette ouest a connu quatre épidémies successives avec 57 cas enregistrés en 2001 (avec une létalité de 73,7%). L'épidémie d'octobre 2002 à mai 2003 a été la plus meurtrière. Elle a fait 143 cas avec une létalité de 89,5%. La troisième enregistrée, de septembre 2003 à janvier 2004, a fait 35 cas dont 29 décès et la dernière en 2005, 12 cas dont 9 décès. Aucun cas de fièvre hémorragique Ebola n'a été notifié depuis mai 2005.

2.2.3.2. Choléra

Au cours des cinq dernières années, le Congo connaît des flambées épidémiques de choléra. Cela est dû au déclin des conditions hygiéniques et d'un approvisionnement irrégulier en eau potable. De 2010 à 2011, 775 cas, avec 32 décès ont été enregistrés, soit une létalité de 4,13%. Les départements les plus touchés sont la Cuvette (297 cas dont 10 décès), la Likouala (182 cas dont 5 décès), les Plateaux (148 cas dont 10 décès), Brazzaville (84 cas dont 5 décès), la Sangha (49 cas dont 1 décès) et le Pool (17 cas et sans décès). En 2012, le pays a enregistré 1035 cas dont 50 décès, soit une létalité de 4,83%. Les départements les plus touchés étaient Pointe-Noire, le Pool, les Plateaux, la Cuvette ouest et la Likouala. Au cours de l'épidémie de choléra qui a sévi dans le département de Pointe Noire, d'octobre 2012 à avril 2013 au total 1092 cas cumulés et 12 décès ont été enregistrés.

2.2.3.3. Chikungunya

En 2011, une épidémie de chikungunya a sévi dans les départements de Brazzaville et du Pool. Elle a touché 11 320 personnes sans occasionner de décès.

2.2.3.4. Grippe H1N1

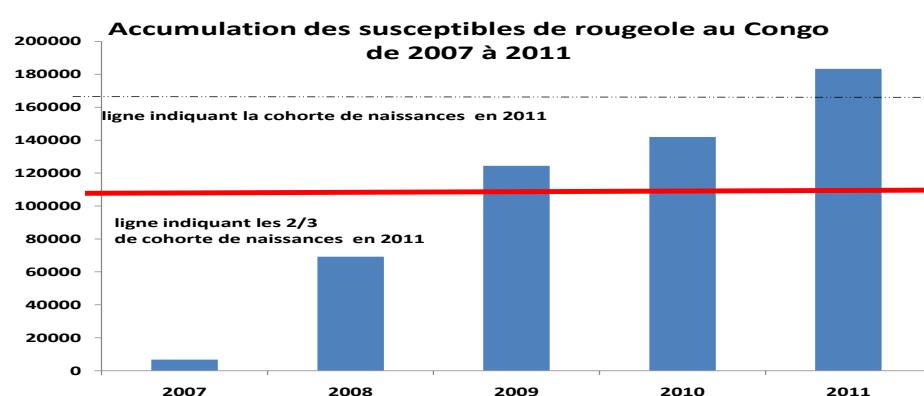
La grippe H1N1 a atteint le Congo avec 4 146 cas notifiés. Sur 88 cas testés, 59 soit 67% se sont révélés positifs.

2.2.4. Maladies cibles du programme élargi de vaccination

2.2.4.1. Rougeole

La sous-région africaine fait face depuis 2009 à des flambées épidémiques. Le Congo qui n'a pas été épargné connaît depuis 2011, une recrudescence des cas de rougeole comme l'indique la figure n° 6.

Figure 6 : Accumulation des susceptibles de rougeole au Congo de 2007 à 2011.



En 2012, 18 circonscriptions socio-sanitaires sur 30 ont enregistré des épidémies. La figure n°7 ci-contre présente la répartition géographique des cas confirmés.

Au cours de la même année, 1 379 cas suspects ont été notifiés, 436 cas investigués, 238 confirmés et 28 décès enregistrés. Les départements de Brazzaville et de la Likouala sont les plus touchés par les flambées épidémiques. Parmi les cas confirmés, 30% n'avaient pas été vaccinés contre la rougeole. Quant à la répartition par sexe, 55% de cas étaient de sexe masculin et 45 % de sexe féminin.

2.2.4.2. Poliomyélite

Depuis 2000, le Congo a réalisé des progrès considérables dans l'éradication de la poliomyélite. Cela a favorisé sa sélection par la Commission de Certification régionale pour l'Afrique en 2007 pour la rédaction des documents de pré certification.

En 2010, une flambée épidémique de poliomyélite est survenue dans le département de Pointe-Noire. L'importation du poliovirus sauvage à partir de l'Angola en serait la cause. Les efforts accomplis par le Programme élargi de vaccination (PEV) en matière d'éradication de la Poliomyélite ont été ainsi inhibés. Cette épidémie a fait 441 victimes dont 221 décès soit un de taux de létalité de 41%. Les garçons de 15 à 24 ans étaient les plus touchés. Cette situation s'explique entre autre par la faible immunisation de la cohorte d'enfants nés pendant la période des troubles socio-politiques. En réponse à cette épidémie, l'action de riposte engagée a permis d'interrompre la circulation du poliovirus dans le pays. Le dernier cas positif notifié remonte au 22 janvier 2011.

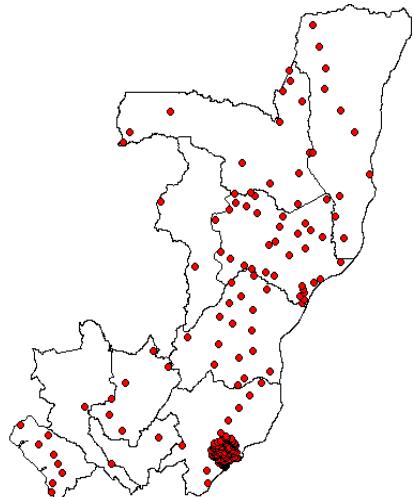


Figure 7 : Répartition des cas confirmés de rougeole en 2012

2.2.4.3. Fièvre jaune

Le Congo fait partie des pays de la ceinture épidémique de la fièvre jaune. En 2009, un cas a été diagnostiqué dans le département de la Cuvette-ouest (district de Mbama). En octobre 2012, un autre cas a été enregistré dans le même département à Ewo.

Il subsiste encore des facteurs de risque de survenue d'épidémie notamment : (i) l'existence d'une population importante non immunisée contre la fièvre jaune, (ii) la présence des vecteurs de la fièvre jaune selon les enquêtes entomologiques récentes dans quasiment tout le territoire, (iii) les mouvements migratoires internes et externes des populations non contrôlés sur le plan sanitaire.

2.2.4.4. Tétanos néonatal et maternel

Depuis 2009, le Congo a réalisé des gros efforts et a atteint le stade de pré-élimination du tétanos néonatal et maternel. Néanmoins, 7 cas de tétanos néonatal ont été enregistrés en 2012 dans les départements de la Lékoumou (1 décès), de la Cuvette ouest (1 cas), de la Likouala (1 cas) et de la Bouenza (4 cas dont 1 décès). En 2012, 2 cas ont été notifiés et investigués dans les départements de la Sangha (district de Sembé) et de la Cuvette ouest (district de Mbomo). Le cas de la Sangha a été notifié au sein de la population autochtone.

2.2.4.5. Coqueluche

Les rapports de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) indiquent des nouveaux de coqueluche au Congo. Ces cas ont été enregistrés dans le département de la Likouala en 2010 et 2011. En 2012, le département de la Lékoumou a enregistré 10 cas et celui de la Likouala un cas.

2.2.5. Maladies non transmissibles

Les Maladies non transmissibles (MNT) augmentent rapidement en Afrique en général et au Congo en particulier. Elles constituent un problème de santé publique. La prévalence de l'hypertension artérielle, du diabète, des cancers, de la drépanocytose, etc. est observée au Congo.

2.2.5.1. Hypertension artérielle et autres maladies cardiovasculaires

En 2004, l’Enquête STEPS réalisée à Brazzaville sur l’HTA et les autres facteurs de risque a relevé 32% des sujets hypertendus, 7% de diabétiques, 8,6% des obèses, 14,4% des consommateurs de tabac, 62,8% des consommateurs d’alcool. Cette même étude a révélé de bonnes habitudes alimentaires de consommation des fruits et légumes (84%) et une pratique d’activité physique de 20,4%.

Les données de trois hôpitaux généraux (CHU, HGAS, HGL) indiquent qu’en 2012, l’HTA (avec pour principale complication les Accidents vasculaires cérébraux AVC) a été la sixième cause de décès. L’unité de neurochirurgie du CHU a enregistré un taux de létalité de 23% des AVC.

2.2.5.2. Diabète

L’Enquête STEPS de 2004 réalisée à Brazzaville sur l’HTA et les autres facteurs de risque a relevé, une prévalence du diabète de 7%. Le diabète constitue la première cause d’insuffisance rénale au Congo. En effet, les données hospitalières provenant du CHU montrent que 45% des cas d’insuffisance rénale concernent les sujets diabétiques. Les rapports d’activités de trois hôpitaux généraux (CHU, HGL et HGAS) montrent une augmentation constante du diabète.

La transition nutritionnelle rapide et le changement de mode de vie, survenus en l’espace d’un demi-siècle dans la région subsaharienne sont incriminée. Il convient pour le Congo de signaler l’intensification du dépistage par l’association des diabétiques « Diabaction », qui mène des actions de formation et de prise en charge dans les départements.

2.2.5.3. Cancers

Selon le registre du cancer, l’incidence des cancers est de 39,8 sur 100 000 habitants par an. Le taux standardisé à l’âge, calculé par la méthode directe est de 42,2 sur 100 000 habitants par an. Chez l’enfant de 0 à 14 ans, le taux brut d’incidence est de 5,5 sur 100 000.

En 2012, 632 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués dans le service de carcinologie du CHU de Brazzaville. Les cancers les plus fréquents étaient les cancers du sein, du col, de l’utérus, du foie, et de la prostate¹⁹. Dans le département de Pointe-Noire, les statistiques du service de cancérologie de l’hôpital général Adolphe SICE ont fait état de 126 nouveaux cas de cancer diagnostiqués, avec au premier plan le cancer du sein, suivi des cancers du foie et du col de l’utérus.

2.2.5.4. Drépanocytose

La prévalence de la *drépanocytose homozygote* est de 1,25% ; tandis que celle de la forme *hétérozygote* est de 25%. En 2011, 2050 patients ont été hospitalisés dans les services de pédiatrie grands enfants, de chirurgie pédiatrique et d’hématologie au CHU. Le nombre de patients drépanocytaires dans ces trois services étaient de 565 cas soit 27,56%.

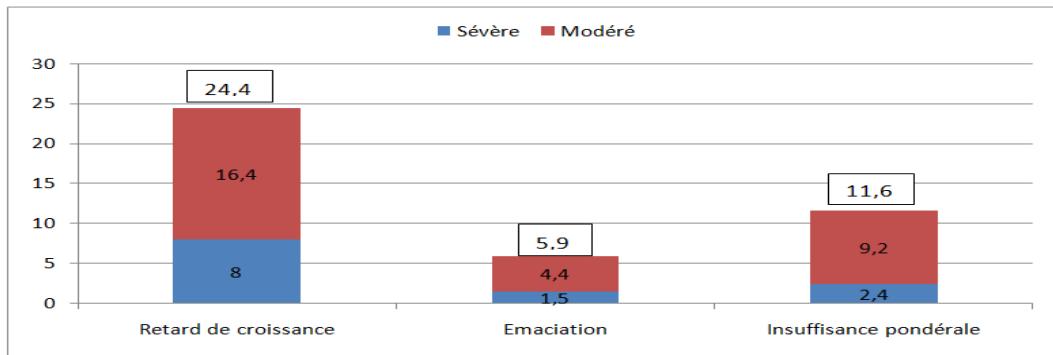
2.2.6. Maladies Nutritionnelles

2.2.6.1. Malnutrition

La prévalence de la malnutrition est indiquée dans la figure n° 8.

¹⁹ Registre de cancer du CHU de Brazzaville

Figure 8 : Pourcentage d'enfants de moins de 5ans atteints de malnutrition²⁰



Comparativement aux données de l'EDS I de 2005, la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans a connu une amélioration. La prévalence de retard de croissance et de l'émaciation a baissé. Par contre, l'insuffisance pondérale a augmenté de 14,4% en 2005 à 15,3% en 2012.

Concernant la surveillance nutritionnelle, sur 640 689 enfants de 0 à 5 ans attendus à la consultation préscolaire en 2012, 271 355 ont été suivis dans les CSI soit un pourcentage de 42,35%. Il a été enregistré 782 cas des enfants sévèrement malnutris, avec une couverture de 0,12%, 1 801 cas de malnutrition modérée (0,28%) ; ce qui donne un total de 2583 cas de la malnutrition aigüe globale, soit un taux de 0,40%, 3 666 enfants à risque de malnutrition (0,57%) et 939 cas d'enfants présentant un surpoids.

Au total 767 enfants ont été admis pour malnutrition aigüe sévère dans les hôpitaux. Les proportions de guéris, de décédés, des abandons, des référés et des non répondant au traitement sont respectivement de 65,12%, 5,09%, 8,08%, 2,40% et 3,89%. Les couvertures nationales de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (12%) et aigüe modérée (8%) restent encore très faibles.

2.2.6.2. Carentces en micronutriments

Les carences en micronutriments couramment rencontrées au sein des populations congolaises sont l'anémie ferriprive, l'avitaminose A et les Troubles dus à la carence en iodé (TDCI). Ainsi, on note :

- *l'anémie ferriprive.* Le manque de fer est la forme de la carence en micronutriments la plus répandue. L'anémie ferriprive touche 67% d'enfants de 6 à 59 mois, dont 32% sous forme légère et 34% des cas modérés. On observe la plus grande prévalence (87% des cas) dans la tranche d'âges de 9 à 11 mois. Le pourcentage des femmes enceintes présentant des carences en fer est de 52% et celui des femmes allaitantes est de 55%. La carence en fer touche plus les femmes vivant en milieu urbain (56%). Celles vivant en zone rurale sont touchées à hauteur de 50%. La prévalence d'anémie ferriprive varie de 44% à 62% selon les départements. La Cuvette (62%), le Kouilou (61%), la Cuvette-Ouest (58%) et Pointe-Noire (60%) ont une prévalence au-dessus de la moyenne nationale. En 2012, sur 130 262 des femmes enceintes attendues, 55 646 ont été supplémentées en fer acide folique soit une couverture de 42,72% contre 26,04% des femmes en post-partum supplémentées en fer/acide folique ;
- *les troubles dus à la carence en iodé (TDCI).* D'après l'enquête sur les TDCI réalisée par l'UNICEF en 2006, la Sangha, la Likouala et la Cuvette, avec une prévalence cumulée de 12,5%, constituaient la partie du pays où on rencontre le plus des cas. Le taux le plus élevé était observé dans la Sangha (18.2%, et ;
- *la carence en vitamine A.* L'enquête sur les carences en fer et vitamine A chez les enfants d'âge scolaire, chez les femmes enceintes et allaitantes, réalisée en 2003 par l'UNICEF, avait décelé une prévalence brute de 54,4%. Brazzaville, avec 68% des cas, était le département le plus affecté, suivi des Plateaux (57%), de la Lékoumou (52%), de la Likouala (49%) et de Pointe Noire (44%).

²⁰ Ministère du plan, *Enquête démographique et de santé*, Brazzaville, 2011.

2.2.7. Problèmes de santé mentale

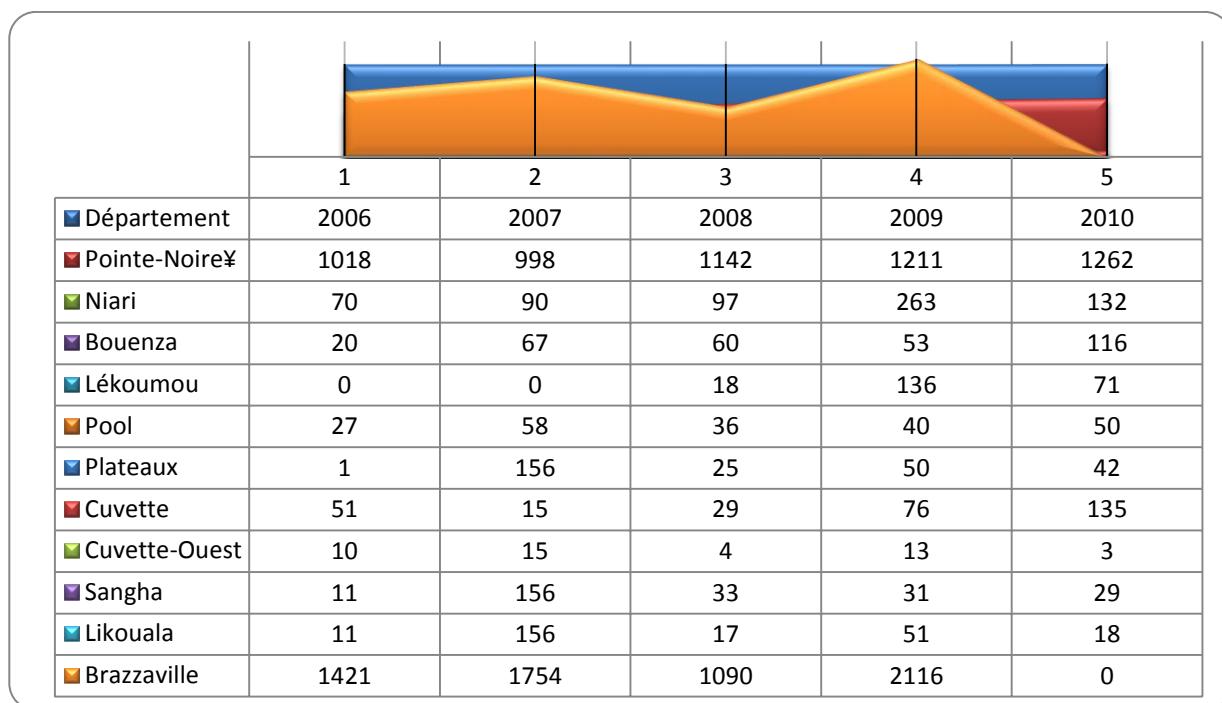
Les pathologies mentales les plus courantes dans la Région africaine de l'OMS²¹ comprennent des troubles mentaux courants : la dépression, la schizophrénie, l'épilepsie. Les problèmes de santé mentale sont entre autres dus aux stress post-traumatiques, aux stress de diverses origines (conflits armés, chômage, pression sociale), à l'usage et/ou à l'abus des substances psychoactives. Ces facteurs contribuent à l'augmentation des actes de violence (en particulier les viols des femmes et des enfants).

En 2012, les affections suivantes ont été observées au CHU : troubles de comportement (33,3%), agitation et hyperactivité (7,41%), retard d'acquisition intellectuelle (7,41%), schizophrénie (3,7%), épilepsie (3,7%), état de stress (3,7%), agitation psychomotrice (3,7%), énurésie (3,7%), débilité mentale (3,7%), nervosité et perte de mémoire (3,7%).

2.2.8. Pathologie traumatique, handicaps

L'OMS estime la prévalence du handicap entre 10 et 15% au sein d'une population. Au Congo, le RGPH de 2007 rapporte une prévalence de 1,4%. Les handicaps dus aux accidents de la voie publique sont en nette progression parallèlement à l'amélioration des infrastructures routières, comme l'illustre le tableau n°7.

Tableau n°9 : Situation des accidents de la voie publique par département



Source : Annuaire statistique du Congo 2010 (CNSEE)

2.2.9. Catastrophes

Le Congo n'est pas à l'abri des défis associés aux différents types de catastrophes telles que : (i) les catastrophes naturelles (changements climatiques, inondations, tornades...), (ii) les risques anthropiques (accidents terrestres, aériens, maritimes, fluviaux, technologiques), alimentaires, environnementaux (péril fécal, érosions) et physicochimiques, (iii) les conflits sociaux. A ce propos, quelques cas enregistrés entre 2010 et 2012 illustrent l'ampleur du problème :

²¹OMS, Stratégie régionale de la santé mentale, 49^{ème} réunion du Comité régional pour l'Afrique, Windoeck, septembre 1999.

- 2010 : crise humanitaire due à l'afflux de plus de 24 000 réfugiés de la République démocratique du Congo dans le département de la Likouala ;
- 2010 : accident ferroviaire de Yanga dans le département du Kouilou avec 53 morts et 610 blessés ;
- 2011, crash d'un avion-cargo de la Compagnie Trans air Congo (TAC) dans le quartier Kitoko à Pointe-Noire avec 23 décès et 22 blessés ;
- 2011, crash d'un avion-cargo de la Compagnie Aéro service dans la périphérie sud de Brazzaville (Loukanga, 10 décès) ;
- 2011, mouvement de foule au stade Eboué (Brazzaville), lors de la cérémonie d'ouverture officielle du Festival panafricain de la musique avec 7 décès ;
- 4 mars 2012 : explosion du dépôt de munitions de la caserne du régiment blindé de Mpila (Brazzaville), avec plus de 300 décès, plus de 3000 blessés et plus de 25 000 personnes déplacées. A cela s'ajoutent les destructions massives des biens, meubles et immeubles et la dissémination d'objets non explosés dans un rayon de plus de 3 kilomètres.

Ces catastrophes révèlent à suffisance la vulnérabilité de la population congolaise et indiquent la nécessité d'une mise en place des mesures de prévention appropriées. Au-delà de la destruction des biens, des décès et des traumatismes physiques, elles génèrent d'importantes souffrances psychologiques dont les effets ne sont pas toujours convenablement appréciés. En outre, leur ampleur, leur diversité et la complexité de leurs conséquences sur la santé commandent une meilleure préparation du système de santé dans son ensemble.

L'ampleur de la mortalité et le profil épidémiologique caractéristiques de l'état de santé de la population sont indiqués dans le tableau n°8 résumant les principaux indicateurs de santé.

Tableau n°8 : Indicateurs clés de la santé au Congo en 2011

Indicateurs épidémiologiques	Valeurs
Espérance de vie à la naissance (années)	51,9
Taux brut de mortalité (pour 1.000 habitants)	13
Mortalité néonatale (pour 1.000 naissances vivantes)	22
Mortalité infantile (pour 1.000 naissances vivantes)	39
Mortalité infanto-juvénile (pour 1.000 naissances vivantes)	68
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	426
Indice synthétique de fécondité	5,1
Prévalence de retards de croissance (%)	12
Prévalence de l'Insuffisance pondérale	12
Prévalence de la malnutrition aigüe	6
Prévalence de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	19
Prévalence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans	5
Prévalence du VIH (% population de 15-49)	3,45
Prévalence de l'HTA	13
Prévalence du diabète	3,6
Prévalence du tabagisme	8,4

Sources EDS, ECOM, ESIS

2.3. Déterminants de la santé

2.3.1. Accès à l'eau potable, hygiène et assainissement

Les données relatives à l'accès à l'eau, à l'hygiène et aux conditions d'assainissement expliquent à suffisance l'importance du profil épidémiologique du Congo, lequel est caractérisé par la prédominance des pathologies liées à l'insalubrité et à l'accessibilité limitée à l'eau potable. La forte prévalence des diarrhées, l'occurrence de l'épidémie de polio de 2010 à 2011 ainsi que la récurrence des épidémies de choléra observées depuis 2008 témoignent de l'acuité des problèmes de salubrité et leurs liens avec la santé de la population.

De même, les pratiques d'hygiène observées auprès de la population ne sont pas conformes aux normes qui concourent au maintien de l'état de santé. En effet, seuls 2,5% des ménages utilisent l'eau du robinet et du savon pour se laver les mains.

2.3.2. Tabagisme, alcool et autres drogues

Selon une enquête de 2009²², la prévalence du tabagisme en milieu scolaire (élèves de 13 à 15 ans) était de 15,6%. En ce qui concerne la consommation des autres drogues, 24,1% des élèves enquêtés ont reconnu avoir consommé d'autres produits. S'agissant de l'alcool, le poids de la pathologie liée à sa consommation n'est pas documenté. Toutefois, le service de gastroentérologie du CHU rapporte que l'alcool est la troisième cause de cirrhoses, après les hépatites B et C.

Dans le service de psychiatrie du CHU, 569 patients ont été admis en 2010 pour psychose délirante aigue, parmi lesquels 87 cas (15,3%) dus à la consommation de plusieurs drogues associées (tabac, alcool, cannabis...) et 31 cas (5,4%) attribués à la consommation du cannabis.

2.3.3. Pauvreté, chômage et revenus des ménages

D'après l'ECOM II, 6% des ménages ont déclaré n'avoir pas eu accès aux soins et services de santé faute de ressources financières. Par ailleurs, les comptes nationaux exercices 2009-2010 indiquent 13% des ménages sont exposés aux risques de dépenses catastrophiques de santé.

2.3.4. Niveau d'instruction et utilisation des services de santé.

L'analyse des causes de décès maternel et infantile incrimine le faible niveau d'instruction des mères parmi les causes indirectes. L'utilisation des services de santé et leur accès sont généralement très limités aux personnes ayant un faible niveau d'instruction.

2.3.5. Comportements à risques.

La précocité des rapports sexuels, l'usage abusif des drogues, les rapports sexuels à risques sont autant des déterminants explicatifs du profil épidémiologique du pays. En effet, l'importance de la mortalité maternelle, de la prévalence du VIH/SIDA et des IST, pour ne citer que celles-là, témoigne à suffisance du poids des comportements à risque.

2.4. Réponses institutionnelles

2.4.1. Cadre institutionnel, gouvernance et gestion du système

2.4.1.1. Politique et plans

La politique nationale de santé consacre le droit à la protection de la santé des individus et le droit à l'accès de chacun aux soins et services de santé. Elle trouve ses fondements dans la solidarité de

²² Ministère de la santé et de la population, *Enquête Global Young Tobacco Survey*, Brazzaville, 2009.

l'ensemble de la nation face à la maladie. Elle a pour objet la promotion, la protection et la restauration de la santé des individus et des collectivités sur l'ensemble du territoire avec leur entière participation. La politique nationale de santé garantit :

- l'équité dans l'accessibilité des populations aux services et aux soins de santé de qualité ;
- le renforcement des capacités nationales à la gestion du système de santé ;
- la promotion du secteur privé et associatif ;
- l'intégration des activités et des services ;
- la participation de la communauté à la gestion du système de santé ;
- l'auto prise en charge de la santé par la communauté elle-même.

Il convient de noter que cette politique a été formulée en 2000, dans un contexte de post crise et ce, huit années après le vote de la loi instituant le Plan national de développement sanitaire. Les évolutions et changements intervenus depuis lors, justifient sa révision. En effet, du point de vue du cadre institutionnel, la Politique nationale de santé fixe les fondements et les principales orientations stratégiques de l'action sanitaire. Elle repose sur les fondements suivants :

- *Droit à la santé.* Les différentes lois fondamentales de la République du Congo garantissent à tous le droit à la santé. Equilibre et harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales), la santé exige d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains et une adaptation de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation d'autre part. Cependant, si la santé est un droit tel qu'énoncé ci-dessus, il n'en demeure pas moins vrai que le devoir de toute personne, à titre individuel ou collectif est de contribuer à la prise en charge des problèmes de santé dans ses composantes promotionnelle, préventive, curative et ré adaptative.
- *Equité.* Dans son ensemble, la population doit avoir un accès équitable à l'offre de soins et à des prestations de santé de qualité de telle sorte que chaque individu et chaque collectivité dispose effectivement des soins et prestations de santé selon ses besoins.
- *Solidarité.* L'accès équitable à l'offre de soins et de prestations de santé devra être soutenu par une redistribution appropriée des ressources disponibles, en vertu de la solidarité de l'ensemble de la nation face à la maladie et à la santé.
- *Démocratie.* L'orientation libérale de la société congolaise fait de la santé un espace privilégié d'expression des droits humains et d'exercice des libertés fondamentales. La Politique Nationale de Santé du Congo consacre ainsi l'homme comme acteur et bénéficiaire du développement sanitaire.

2.4.1.2. Engagements internationaux

Le Congo a souscrit à divers engagements internationaux qui sont pris en compte dans le PBDS. Il s'agit de :

- la *Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de santé primaires* (SSP) de 1978, réaffirmée par la déclaration de Ouagadougou en 2008. Les SSP comprennent 9 composantes : (i) l'éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables (Education pour la santé), (ii) la promotion de bonnes conditions alimentaire et nutritionnelle, (iii) l'approvisionnement suffisant en eau saine et les mesures d'assainissement de base, (iv) la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, (v) la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, (vi) la prévention et le contrôle des endémies locales, (vii) le traitement des maladies et lésions courantes, (viii) la fourniture des médicaments essentiels, (ix) les statistiques sanitaires.
- la *Déclaration des chefs d'Etat et de gouvernement d'Abuja*: En ciblant 2015, un engagement a été pris pour permettre progressivement le relèvement à hauteur de 15%, de la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat.

- *Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)*. Il s'agit en particulier des OMD de santé, 4, 5 et 6.
- *La Charte d'Ottawa (1986)*. Elle proclame la primauté de la promotion de la santé en tant que processus qui confère aux populations, les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.
- *Le Cadre d'action de Hyogo 2005-2015 pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes*. Ce cadre a pour but d'instaurer la résilience des nations et des collectivités face aux catastrophes par une réduction considérable des pertes dues aux catastrophes d'ici 2015 ; pertes tant en vies humaines qu'au niveau du capital social, économique et environnemental des collectivités et des pays.
- *La Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (29 Aout 2008) des Ministres africains en charge de la santé et de l'environnement*. Il s'agit d'un engagement à mettre en œuvre toutes les déclarations et conventions internationales sur les liens entre la santé et l'environnement.
- *La Résolution AFR/RC62/9 sur la promotion de la santé : stratégie pour la région africaine (2012)*. Elle formule des orientations à l'endroit des pays de la sous-région, en faveur de la promotion de la santé.
- *La Déclaration de Brazzaville 2012 sur les Maladies non transmissibles*. Elle traduit l'engagement des pays de la sous-région africaine de l'OMS à intégrer dans les priorités de santé la lutte contre les maladies non transmissibles.

2.4.1.3. Plans de développement sanitaire

La loi n°014-92 du 29 avril 1992 institue le Plan national de développement sanitaire (PNDS) qui constitue le cadre stratégique de mise en œuvre de la PNS. A ce jour, deux plans ont été élaborés et mis en œuvre à savoir : (i) le PNDS 1992-1996. Celui-ci visait à (i) améliorer l'état de santé de la population par le renforcement du système de santé de district, (ii) développer la couverture sanitaire nationale en vue de fournir à la population des soins de santé primaires de qualité avec leur propre participation et (iii) à renforcer les capacités nationales à la gestion du système de santé, et (ii) le PNDS 2007-2011. Ce dernier est venu consolider le premier en orientant les actions sur l'atteinte des OMD.

Depuis l'adoption du PNDS, les interventions de l'ensemble des partenaires se sont progressivement alignées sur ses orientations stratégiques. C'est ainsi que dans le cadre de sa mise en œuvre, plusieurs projets et programmes ont été exécutés avec le concours de divers partenaires tels que le projet d'appui au PNDS, le projet d'appui au système de santé du Congo-Brazzaville (PASCOB) et le programme de développement des services de santé (PDSS). Il en est de même de plusieurs programmes spécifiques (VIH/SIDA, paludisme, tuberculose, lèpre...).

2.4.1.4. Faiblesses et limites du cadre institutionnel

L'architecture juridique présente encore des faiblesses. A titre illustratif :

- le texte portant organisation du Conseil national de santé date de l'année 1988 ; l'extinction des organes de la trilogie déterminante l'a rendu caduque. En dépit de cela, aucune solution de remplacement n'a été proposée ;
- depuis sa promulgation en avril 1992, la loi portant institution du Plan national de développement sanitaire n'a fait l'objet que de très peu de textes d'application. Ces textes concernent l'organisation et le fonctionnement des organes de pilotage et la classification

des formations sanitaires. Toutes les autres matières nécessitant des textes d’application sont demeurées en l’état, depuis une vingtaine d’années ;

- l’actuel organigramme mis en place par décret 2011-657 du 24 octobre 2011 présente quelques faiblesses, notamment : (i) le cloisonnement administratif des directions générales ; (ii) l’existence des chevauchements des attributions entre certaines structures (le décret 98-258 relatif à l’Inspection générale de la santé et le décret 98-256 du 16 juillet 1998 confèrent la charge de veiller sur le fonctionnement du système de santé à l’IGS et en même temps à la DGS) ; (iii) l’inexistence des liens fonctionnels entre la DGS et des structures rattachées au cabinet (CNTS, LNSP, HGL, CHU) ; (iv) l’ancrage inapproprié de certains programmes spécifiques (PNLS, Programme de lutte contre la drépanocytose directement rattachés au DGS, le service « nutrition » rattaché à l’hygiène) et (v) l’inexistence de la représentativité de l’IGS et des autres directions générales dans les directions départementales de la santé ;
- la méconnaissance/non vulgarisation des textes régissant le secteur santé à tous les niveaux, y compris au niveau des collectivités locales (conseils départementaux) ;
- plusieurs administrations sont dépourvues de textes définissant leur organisation et leur fonctionnement ; c’est le cas des directions départementales de la santé, des DS, des hôpitaux et divers programmes.

2.4.1.5. Capacités de planification, de suivi et évaluation

Plusieurs observations traduisent les limites et les faiblesses observées en matière de planification, de suivi de la mise en œuvre et de l’évaluation. A titre illustratif, peut être cité le document de politique nationale de santé. Il a été adopté en 2000, succédant ainsi au PNDS 1992 -1996 soit 8 années après, alors qu’il devait le précéder, de telle sorte que ses valeurs fondamentales et orientations stratégiques aient constitué le socle du PNDS. Cette PNS est demeurée sous la forme juridique d’une simple déclaration alors que le PNDS a fait l’objet d’une loi. De même, on note que la fréquence de l’élaboration des plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) n’a pas toujours été respectée.

C'est ainsi que plusieurs périodes ont été gérées en l'absence d'un cadre de référence clair, partagé par l'ensemble des acteurs du secteur santé. Il en a été ainsi de 1997 à 2006 et des années 2012, 2013 et 2014. Par ailleurs, plusieurs cadres stratégiques ont été mis en place, dictés par les spécificités de divers programmes, projets et autres interventions. Les périodes couvertes par ces différents cadres stratégiques sont aussi diverses que variées, traduisant ainsi un réel défaut d'alignement sur unique cadre de référence.

Tableau n°9 : Cadres stratégiques en vigueur et leurs périodes

Domaines concernés	Libelle du cadre stratégique	Périodes couverte
SNIS	Plan stratégique de suivi et évaluation	2011-2015
VIH / SIDA	Cadre stratégique de lutte contre le Sida	2011-2015
Tuberculose	Plan stratégique de lutte contre la tuberculose	2009-2012
Paludisme	Plan stratégique de lutte contre le paludisme	2009-2012
Vaccinations	Plan pluriannuel complet (PPAC)	2012-2016
Promotion de la santé	Politique nationale de promotion de la santé	2010
Santé de la mère	Feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile	2008-2015
Santé de la mère	Plan de repositionnement de la planification familiale	2012-2016
Urgences	Plan stratégique de préparation et lutte contre les catastrophes	2012-2016
Médicaments	Politique pharmaceutique nationale	2004
Médicaments	Plan directeur pharmaceutique	2014-2017

Enfin, les textes relatifs à la mise en œuvre du PNDS ne sont pas suffisamment vulgarisés comme l'a démontré l'évaluation du PNDS 2007-2011. A titre d'exemple, la majorité des directions départementales de la santé (10 sur 12) disposent des textes de référence de la santé et cinq seulement d'entre elles, ont transmis ces textes aux équipes de gestion des DS.

2.4.1.6. Organisation administrative

Au plan administratif le système de santé compte trois niveaux hiérarchiques : niveau central, intermédiaire et périphérique²³.

Niveau central.

Son rôle est stratégique et normatif dans la planification, le suivi, l'évaluation, la coordination, la mobilisation et l'allocation des ressources. Il est représenté par :

- le cabinet du ministre en charge de la santé ;
- les directions rattachées au cabinet (direction de l'information et de la communication, direction des études et de la planification, direction de la coopération, direction des affaires générales et direction de l'informatique) ;
- l'inspection générale de la santé ;
- les directions générales (direction générale de l'administration, de la réglementation et des ressources financières, direction générale des hôpitaux et de l'organisation des soins, direction générale du médicament, de la pharmacie et des laboratoires, direction générale de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie, direction générale des infrastructures, des équipements et de la maintenance et direction générale de la population) et ;
- les organismes sous tutelle (CHU, CNTS, LNSP et HGL).

Niveau intermédiaire.

Il est représenté par les Départements médicaux (DM), antérieurement dénommés Directions départementales de la santé (DDS). Ces directions jouent le rôle d'appui technique aux districts sanitaires (DS) dans : (i) la transmission des informations, (ii) l'adaptation spécifique des normes nationales aux conditions locales, (iii) le contrôle de leur application et (iv) la supervision des équipes cadres des DS. Du point de vue de leur fonctionnalité, la plupart des DDS sont animées par des cadres non formés à la gestion du système de santé de district. Leurs contreperformances sont aussi dues à l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines, aux moyens logistiques inappropriés, à l'insuffisance des fonds et à l'inadéquation de leurs locaux. A titre d'exemple, la DDS du Kouilou est localisée dans le département voisin de Pointe-Noire, faute d'installations propres. En outre, certains DDS sollicitent les hôpitaux et les CSI pour financer leur fonctionnement, contrairement aux dispositions en vigueur.

Niveau périphérique.

Il est représenté par les districts sanitaires antérieurement dénommés Circonscriptions socio-sanitaires (CSS). Chaque DS est subdivisée en aires de santé conformément à un plan de couverture établi en application des normes du PNDS. La DS est composée d'un réseau de formations sanitaires publiques et privées (CSI, cabinets médicaux, centres médico-sociaux, postes de santé et cabinets de soins infirmiers) qui gravitent autour d'un hôpital de district (hôpital de base ou hôpital de référence). Selon l'organigramme actuel, chaque DS doit couvrir un district administratif, en remplacement de la CSS qui selon les normes de l'OMS desservait entre 50 000 et 100 000 habitants en milieu rural et 100 000 à 300 000 habitants en milieu urbain. Le DS doit être dirigée par une équipe cadre chargée de planifier, mettre en œuvre les activités et gérer les ressources.

Des 41 CSS, que compte le pays selon l'arrêté n°00215/MSP/CAB/DGS du 26 juin 2006, l'évaluation du PNDS 2007-2011 a constaté que 36 CSS sont fonctionnelles. Parmi celles-ci, 18 seulement disposent d'une équipe cadre. La hiérarchisation du niveau de développement des districts sanitaires suivante a été faite lors des ateliers départementaux d'analyse de situation sanitaire :

²³ Décret n°2013-813 du 30 décembre 2013 portant organisation du ministère de la santé et de la population

- 12 CSS ont présenté un niveau de développement assez satisfaisant. Il s'agit des CSS de Makélékélé, Baongo, Mfilou et Talangaï à Brazzaville ; de Tié-Tié et Loandjili à Pointe-Noire ; Dolisie dans le Niari : Kinkala-Boko dans le Pool ; Nkayi-Loudima dans la Bouenza ; Djambala-Lékana et Gamboma dans les Plateaux et Owando dans la Cuvette ;
- 20 CSS ont présenté un niveau de développement peu satisfaisant. Ce sont les CSS de : Poto-Poto, Ouenzé et Moungali à Brazzaville ; Mvou-mvou et Lumumba à Pointe-Noire ; Madingo-Kayes et Hinda-Mvouti dans le Kouilou ; Mossendjo dans le Niari, Mindouli, Kindamba, Ignié-Ngabé et Goma-tsétsé dans le Pool, Mouyondzi, Madingou et Loutété dans la Bouenza, Abala dans les Plateaux, Alima dans la Cuvette, Ewo dans la Cuvette-ouest, Ouedo dans la Sangha et Impfondo dans la Likouala.
- 9 CSS n'ont pas été engagées dans un quelconque processus de développement (les citer).

2.4.1.7. Organisation opérationnelle des soins

Les formations sanitaires ambulatoires et d'hospitalisation des secteurs publics et privés assurent l'offre des soins.

2.4.1.7.1. Secteur public

Formations sanitaires ambulatoires

Ce sont les centres et postes de santé dont la plupart ne sont pas encore rationalisés conformément aux orientations du PNDS. Le pays compte au total 302 formations sanitaires ambulatoires publiques, réparties entre les CSI, les centres de santé scolaire et les centres médicosociaux des administrations et des entreprises paraétatiques. Il convient de noter que l'effectif global des postes de santé n'est pas maîtrisé. Les CSI occupent une position centrale dans les DS. Les données disponibles indiquent que les personnels en postes dans ces formations sanitaires ambulatoires varient de 50 à plus de 100 en milieu urbain et de 1 à 4 en milieu rural. Moins de 40% des CSI ont été engagés dans les processus de rationalisation de leur fonctionnement, en application des orientations et directives du PNDS. De façon générale, les CSI non rationalisés délivrent des paquets d'activités incomplets limités aux consultations curatives et prénatales²⁴.

Selon l'ECOM 2011, le taux d'utilisation des soins et services offerts par les CSI est relativement faible, limité à 24%. Le milieu urbain est plus favorisé par rapport au milieu rural. Ce taux est supérieur ou égal à 30% dans la Lékoumou, la Cuvette, le Pool et la Likouala mais baisse à 17% dans la Sangha, 19% dans le Kouilou et 20% dans les Plateaux. Les services de santé sont surtout utilisés pour les enfants de moins de 5 ans. Ceux-ci représentent près d'un tiers des consultations.

Selon la même source, l'utilisation des services de santé est limitée par : (i) leur accessibilité géographique et financière, (ii) la rupture fréquente des intrants. Ces limites sont particulièrement observées en milieu rural et auprès des groupes de populations défavorisées (peuples autochtones ou familles démunies).

S'agissant du déficit de qualité des services de santé, les données disponibles indiquent que 28% des usagers ne sont pas satisfaits des services de santé. Ce taux d'insatisfaction atteint 52% dans la Cuvette ouest, 45% dans le Pool et 41% dans la Likouala, la Cuvette et la Sangha. Par ordre d'importance, les principales causes de l'insatisfaction sont : le coût élevé des prestations, les longs délais d'attente, le mauvais accueil, l'inefficacité du traitement, le manque de personnel formé et les ruptures fréquentes des stocks de médicaments.

L'évaluation du PNDS 2007-2011 a constaté que la quasi-totalité des CSI affectent moins de 50% de leurs recettes au réapprovisionnement en médicaments (21%). La disponibilité et la gestion des

²⁴ Evaluation de la situation sanitaire nationale. CTS / PNDS, 2002

médicaments ont été aussi appréciées à travers la présence de certaines molécules “traceurs” qui étaient disponibles le jour de l'enquête dans les proportions suivantes : ACT (47,1%), SRO (67,6%), Amoxicilline (80%), vaccins (60%). Ces données traduisent une fois de plus l'importance des ruptures des stocks des médicaments et produits médicaux observées dans les CSI publics ainsi que l'incapacité des dispositifs actuels, à assurer l'approvisionnement régulier des CSI en médicaments essentiels.

D'une façon générale, en dehors de la vaccination, les autres activités des CSI connaissent des faibles couvertures comme cela a été constaté pendant l'analyse de la situation sanitaire des douze départements portant essentiellement sur le secteur public. Calculées à partir des populations desservies par leurs aires de santé respectives, les taux d'utilisation des soins et services offerts se présentent comme suit :

- moins de **0,5** nouveau cas/hab./an pour la consultation curative,
- moins de **60%**, pour la CPN
- moins de **10%** pour la planification familiale
- moins de **40%** pour la CPS.

Ces faibles taux de couverture contrastent avec les données de l'EDS II et de l'ECOM II. Ces derniers prennent aussi en compte la fréquentation des formations sanitaires privées.

Formations sanitaires d'hospitalisation

Les formations sanitaires d'hospitalisation comptent 6 hôpitaux généraux à savoir : le centre hospitalier universitaire de Brazzaville, l'hôpital général Adolphe SICE, l'hôpital général 31 Juillet d'Owando, l'hôpital central des armées, l'hôpital général de Dolisie, l'hôpital général de Loandjili et 23 hôpitaux de base. La capacité globale d'accueil du secteur public est estimée à 1945 lits en 2012. Des 6 hôpitaux généraux dont dispose le Congo, la situation actuelle se présente ainsi qu'il suit :

- quoique classé parmi les hôpitaux généraux, l'hôpital général 31 Juillet d'Owando ne présente pas les caractéristiques attendues d'un établissement de cette catégorie. Il ne dispose ni de l'équipement technique approprié, ni du personnel adéquat et par conséquent n'offre pas les prestations de spécialités normalement attendues ;
- au-delà de ces spécificités, les hôpitaux généraux sont également marqués par l'obsolescence des équipements, de l'insuffisance de personnel qualifié, des pénuries de médicaments et consommables médicaux. En outre la maintenance des équipements disponibles est insuffisante.
- l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel médical est une caractéristique majeure des hôpitaux généraux. A titre indicatif, l'Hôpital général Adolphe SICE de Pointe-Noire compte 560 agents dont 12 spécialistes soit 2,4%, 28 agents administratifs soit 5%, le personnel médical pour l'ensemble des agents ne représente que 7,7% ;
- à l'exception du CHU et de l'HGL, les services fournis par les hôpitaux généraux ne diffèrent pratiquement pas de ceux offerts par les hôpitaux de base. Toutefois, le CHU et l'hôpital général de Loandjili n'offrent pas encore certaines spécialités de pointe attendues comme la dialyse et l'IRM.

L'analyse de la situation des formations sanitaires d'hospitalisation a également fait ressortir diverses autres faiblesses. Elles sont résumées comme suit :

- *absence de projets d'établissements.* Les hôpitaux sont généralement « pilotes à vue », faute d'une perspective claire établie dans le temps et convenue par les différents acteurs de l'établissement. Il en résulte beaucoup d'incohérences entre l'organisation des équipes médicales et des soins, l'acquisition des équipements et l'offre de soins.
- *organisation et fonctionnement inefficaces des services des urgences.* Du fait de leur interface avec les usagers, les dysfonctionnements des services « d'accueil, urgences et orientation »

apparaissent régulièrement de façon flagrante. Ils sont souvent liés à : (i) l'absence de directives et procédures écrites, (ii) l'indisponibilité de médicaments et produits médicaux d'urgence ; (iii) l'absence de matériel technique ; (iv) la non désignation formelle de référents pour les cas référés par les formations sanitaires périphériques et (v) inadéquation des espaces de travail du fait de diverses causes : exiguité des locaux, vétusté ou structuration inappropriée.

- *Faibles capacités d'organisation et de gestion de l'offre des soins et des risques qui y sont associés.* Elles se traduisent principalement par : (i) l'insuffisance ou l'absence de procédures et protocoles formalisés ; (ii) l'absence de cartographies des risques (soins, bloc opératoire) et de documents unique pour chaque établissement (document recensant les risques et les moyens de maîtrise) ; (iii) la mauvaise gestion des déchets, (iv) les pénuries des médicaments et produits médicaux dans les services et unités cliniques ; (v) l'absence de systèmes d'informations hospitaliers cohérents : (vi) l'absence d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation continue et (vii) le faible niveau de fonctionnement des organes de gestion : comités de gestion, comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail ; commissions médico techniques.
- *Faible intégration des hôpitaux de base dans leurs districts sanitaires.* De façon générale, les hôpitaux de base ne bénéficient pas d'appui technique des hôpitaux généraux. Eux même n'apportent pas non plus systématiquement un appui technique aux structures de santé de 1^{er} échelon. Le fonctionnement des hôpitaux de base est marqué par les contraintes suivantes : (i) insuffisance et obsolescence des équipements médico techniques; (ii) vétusté des infrastructures, (iii) insuffisance qualitative et quantitative du personnel et (iv) faible participation des médecins des hôpitaux de base aux activités de la CSS.
- *Faibles capacités d'administration et de gestion des hôpitaux de base.* Les données de l'évaluation du PNDS 2007-2011 indiquent que sur 22 hôpitaux de base enquêtés, 3 étaient placés sous l'autorité d'un administrateur des SAF, 6 étaient dirigés par un administrateur de santé et 9 par des médecins (7 généralistes, 1 gynécologue obstétricien et 1 médecin de santé publique). En outre, 18 HB disposaient chacun d'une unité de gestion du personnel. Les unités étaient dirigées par : 4 administrateurs des SAF, 1 médecin généraliste, 4 assistants sanitaires et 9 secrétaires. Une unité économique était disponible dans 19 HB. La qualification des animateurs était la suivante : assistant sanitaire (1), IDE (1), administrateur des SAF (4), attaché des SAF (3), administrateur de santé (2), administrateur adjoint de santé (2), agent spécial (1) et secrétaire (3).La commission médico technique n'existait que dans 14 HB et le comité de trésorerie dans 7 HB.

Etablissements sanitaires d'appui au diagnostic et au traitement

Laboratoire national de santé publique (LNSP). Crée par ordonnance n°9/69 du 28 mars 1969, ce laboratoire est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est structuré en six départements : virologie, bactériologie, reproduction, parasitologie, hématologie et biochimie. Ces départements techniques ont été dotés en équipements requis pour la réalisation des analyses de biologie médicale de haut niveau de spécialité et de qualité conforme aux standards internationaux.

Le LNSP a développé un programme d'assurance qualité de ses analyses biologiques. Il dispose de procédures opératoires pour les différentes activités techniques ainsi que d'un mécanisme de contrôle interne de qualité des examens. Le LNSP participe à un programme de contrôle externe de qualité des examens. Cependant, le LNSP n'a pas mis en place un programme de renforcement en capacités techniques du personnel des laboratoires périphériques (CSI, hôpitaux de base, hôpitaux généraux et structures privées) pour l'assurance qualité et la surveillance épidémiologique. Le LNSP n'édite pas de bulletins scientifiques. Dans le domaine du financement, il n'existe pas de mécanismes de prise en charge des groupes vulnérables au LNSP.

Centre national de transfusion sanguine (CNTS). Crée par décret présidentiel du 26 octobre 1996, le CNTS est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Sa

mission est d'assurer la collecte, la préparation, la qualification et la distribution des produits sanguins aux formations sanitaires. Ses sources de financement sont l'Etat, ses ressources propres, les dons et legs

Au plan organisationnel, sa structuration actuelle n'est pas conforme au décret qui le crée, mais obéit plutôt aux exigences fonctionnelles liées à l'évolution de la transfusion au niveau mondial. Le réseau national de transfusion sanguine est constitué de trois niveaux, à savoir : (i) le niveau central composé de la direction générale, (ii) le niveau intermédiaire constitué par les Centres interdépartementaux de transfusion sanguine (CIDTS) de Brazzaville et de Pointe noire et les deux coordinations, au nord (Likouala, Sangha, Cuvette, Cuvette ouest et Plateaux) et au sud (Lékoumou, Niari et Bouenza), (iii) le niveau périphérique constitué de Postes de transfusion sanguine (PTS) et des dépôts de sang installés dans 24 formations sanitaires publiques et 4 privées. Ces PTS et dépôts de sang délivrent les produits sanguins directement aux malades ; ce qui est contraire à l'éthique du don de sang et ne favorise ni la sécurité transfusionnelle, ni la traçabilité des produits distribués.

De 2007 à 2011, le nombre de dons de sang est passé de 35350 à 53611 soit une augmentation de 52%. Trois types de dons sont pratiqués au Congo : le don familial, le don volontaire régulier et le don rémunéré «masqué». Le don familial représente 60% des dons de sang. Toutefois, des pénuries de sang restent fréquentes. Quant à la sécurisation du sang, depuis 2009, la qualification biologique des dons de sang concerne 100% des produits sanguins pour tous les quatre marqueurs recommandés par l'OMS à savoir le VIH, les hépatites B et C et la syphilis. Ainsi, avec près de 7% de séroprévalence, l'hépatite B constitue le risque viral le plus important.

Un certain nombre de contraintes handicapent le fonctionnement du CNTS. Il s'agit notamment de :

- la faiblesse de son cadre juridique, marquée par : (i) l'absence de texte portant organisation et fonctionnement de la direction générale, des directions divisionnaires, des structures intermédiaires et périphériques ainsi que des organes consultatifs (comité de sécurité transfusionnel, conseil transfusionnel, instance de concertation paritaire) ; (ii) l'absence des textes réglementaires sur la collecte du sang humain et ses composantes et la préparation de leurs dérivés ; (iii) l'absence des textes réglementaires portant définition des établissements de transfusion sanguine (champ et niveau de compétence) et définition des normes et procédures en transfusion sanguine (bonne pratique transfusionnelle) ; (iv) l'absence de textes portant spécification des équipements et réactifs usuels en transfusion sanguine ;
- la faiblesse du partenariat et de la recherche ;
- l'absence d'un programme de développement des ressources humaines conforme aux exigences des standards ;
- l'absence d'un document de stratégie sur la promotion du don de sang bénévole ;
- l'absence des standards et modes opératoires, la non maîtrise des démarches qualité, la non maîtrise des mécanismes d'approvisionnement en dispositifs médicaux et autres matériels ;
- le faible niveau de mobilisation des donneurs et de décentralisation du CNTS ainsi que la faible implication des organes de participation communautaire. La couverture actuelle en établissement de transfusion, de production est très insuffisante notamment en milieu rural (absence d'un CIDTS dans la partie septentrionale) ;
- l'insuffisance du plateau technique et le faible niveau de spécification des équipements ;
- l'absence d'un local approprié pour le stockage des consommables et la faible capacité de gestion des stocks.

Congolaise des médicaments essentiels génériques (COMEG). Le réseau public d'approvisionnement en médicaments est représenté essentiellement par la COMEG. Elle a été créée en 2006 sous forme d'une Association à but non lucratif (ASBL), pour contribuer à la mise en œuvre de la

politique pharmaceutique nationale. Il s'agit d'un établissement public doté d'une autonomie de gestion et d'une personnalité morale. Une convention avec l'Etat lui confère l'exclusivité des approvisionnements (commande, achat, stockage, distribution, contrôle de qualité et gestion de dons) des formations sanitaires publiques et des établissements privés à but non lucratif.

Pour l'achat de médicaments au niveau international, la COMEG dispose d'un plan d'approvisionnement qui prévoit 4 appels d'offres par année. Malheureusement ce plan n'est régulièrement pas respecté. Par exemple, en 2011, deux appels d'offres seulement ont été organisés. Sur les 658 molécules et produits médicaux prévus pour chaque achat, 56 seulement ont été commandés, soit un taux de réalisation de 8,5%. Ce très faible taux contribue aux fréquentes ruptures de stocks en médicaments, observées à la COMEG. La demande des services de santé n'est pas ainsi satisfaite ; ce qui oblige ces services à recourir à d'autres centrales d'achat.

L'évaluation de besoins nationaux en médicaments qui devrait servir de base de travail à la COMEG n'est plus actualisée. Cela est à l'origine, en partie, des ruptures de stocks de certains produits et des sur-stockages voire des péremptions pour d'autres. En 2010, seuls 41,5% des DS et 66,7% des hôpitaux généraux ont été approvisionnés par la COMEG. L'approvisionnement de ces structures a connu un rythme irrégulier. Les capacités des ressources humaines de la COMEG restent faibles avec pour corollaire, un manque de suivi des commandes. Certaines commandes de 2009, 2010 et 2011 n'avaient pas encore été livrées en 2012.

Pour le contrôle qualité des médicaments, en l'absence d'un laboratoire national de contrôle, la COMEG a signé des contrats avec des laboratoires à l'étranger. Mais les prélèvements d'échantillons en vue d'un contrôle qualité ne sont pas systématiques. En 2010, seuls 15 échantillons ont été envoyés pour analyse, en août et les résultats n'étaient disponibles qu'en 2011.

Centres de traitement ambulatoire de l'infection à VIH/SIDA (CTA). Après la mise en place des deux premiers CTA (Brazzaville et Pointe-Noire) grâce à l'appui de la Croix rouge française, un troisième a vu le jour à l'hôpital de Talangaï quelques mois avant l'explosion du dépôt d'armes de Mpila le 04 mars 2012.

En 2012, au total 2 563 personnes ont été dépistées au CTA de Brazzaville. Chaque dépistage s'est fait dans le cadre de consultations psychologiques et sociales (counseling pré et post test) réalisées conjointement par les assistantes sociales et les accompagnateurs psychosociaux (APS). Le nombre des clients qui reviennent prendre leurs résultats est variable de 1 à 6 par jour, réalisant un taux de retour de 98%.

Tous ces dépistages ont été réalisés selon la stratégie II de l'OMS/ONUSIDA (en 1^{ère} intention le test Immunocomb II HIV ½, en 2^{ème} intention le Détermine HIV ½). Le contrôle qualité externe est toujours effectué au niveau du Laboratoire national de santé publique et du Centre national de transfusion sanguine. Comme résultats pour le dépistage HIV, 787 tests se sont avérés positifs sur 2 563 échantillons reçus ; ce qui représente un taux de séropositivité de 31%. Parmi les 787 positifs, 577 (soit 73 %) ont été intégrés à la file active et 210 ont été référés vers les structures de prise en charge de proximité. Parmi les 577 nouveaux patients inscrits au CTA, 404 sont des femmes (soit 70%).

Il a été remarqué que 50 % des patients reçus au CTA de Brazzaville sont d'emblée en phase de SIDA (CD4<200 d'après la classification biologique d'Atlanta (CDC 93). En dépit du pourcentage plus élevé des patients diagnostiqués au stade Sida, le nombre de patients asymptomatiques à l'inscription a augmenté à 25% contre seulement 11% en 2011. La majorité des nouveaux patients ont consulté directement le centre (49%). Les cabinets médicaux sont la deuxième porte d'entrée des patients inscrits (24%). La file active comptait 2 701 sujets en fin décembre 2012 avec une prédominance féminine (67%).

S'agissant du traitement, au total 451 patients ont été mis sous ARV en 2012 contre 443 en 2011 soit une augmentation de 2%. La co-infection VIH-Tuberculose a été notée chez 1,2% des patients et représente 32% des infections opportunistes notées. En revanche les lésions liées à l'herpès viral (19% des IO) sont en augmentation. La file active des patients sous ARV est passée de 2 121 en 2011 à 2 429 en 2012 soit une augmentation de 14,5% de la quantité d'ARV à délivrer. Au total, 90% de la file active

globale est sous ARV contre 88.6% en 2011. En 2012, 14 377 consultations ont été effectuées contre 13 019 en 2011 soit en moyenne 1 198 consultations/mois (21 consultations par jour et par médecin).

Programmes et projets

Les programmes spécifiques concernent divers domaines de santé prioritaires. A ce jour, on dénombre 11 programmes et projets spécifiques²⁵ pour la plupart rattachés à la Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre la maladie (DELM). Le Programme national de lutte contre le SIDA, quant à lui est placé directement sous la responsabilité du directeur général de la santé tandis que le programme élargi de vaccination est rattaché à la direction de la santé de la famille. Tous ces programmes et projets sont fondés soit sur des politiques, soit sur des stratégies nationales et mondiales. Ils n'obéissent pas à un seul cadre de suivi et évaluation.

Ces cinq dernières années, quelques programmes ont commencé à intégrer leurs activités au niveau opérationnel. Il s'agit des PNLP, PNLT, PEV, PNLS, PNLO. Par contre, ne tenant pas compte des orientations du PNDS, les programmes de lutte contre la trypanosomiase, la lèpre, la schistosomiase et l'ulcère de Buruli, demeurent très verticaux.

Malgré l'inscription au budget de l'Etat, le fonctionnement de ces programmes est fortement tributaire des financements extérieurs. Ainsi, les programmes PNLT, PNLO, PNLTryp, PNLL, PNLS, PNLP connaissent des périodes de fort ralentissement voire d'interruption d'activité à cause de la diminution de l'aide extérieure. Compte tenu de l'émergence de certaines pathologies, le ministère en charge de la santé a mis en place trois nouveaux programmes à savoir : le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles, le programme national de lutte contre la drépanocytose et le programme national de lutte contre le cancer. Le fonctionnement de ces programmes n'est pas encore effectif.

En 2008, le Congo a adopté la feuille de route pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile dont les objectifs consistaient, au cours de la période de 2010 à 2015, à réduire : (i) de 781 à 390 le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes ; (ii) de 33 à 17 le nombre de décès néonatals pour 1000 naissances vivantes et de 75 à 38 le nombre de décès infantiles pour 1000 naissances vivantes. Les activités inscrites dans la feuille de route sont exécutées régulièrement dans les formations sanitaires et aires de santé. Mais à ce jour, la mise en œuvre de cette feuille de route n'a fait l'objet ni d'une revue, ni d'une évaluation à mi-parcours.

Plusieurs initiatives de gratuité ont été instituées : la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de 0 à 15ans et les femmes enceintes, la prise en charge des PVVIH dans le volet examens biologiques et TAR, des malades atteints de la tuberculose et la gratuité de la césarienne et autres IOM. Toutes ces gratuités connaissent quelques difficultés liées aux ruptures temporaires d'intrants.

Programme national de lutte contre le paludisme. Ce programme ayant bénéficié de l'appui de plusieurs partenaires dont le Fond mondial (8ème round) est mal structuré. Il ne dispose ni des locaux adéquats, ni de plan stratégique et ne produit pas de données fiables.

Selon l'EDS II, 24,3% d'enfants congolais ont eu la fièvre attribuable au paludisme. Parmi eux, 46,6% seulement ont eu recours à un personnel de santé et 25% ont eu accès aux médicaments

Programme élargi de vaccination
Programme national de lutte contre le paludisme
Programme national de lutte contre la tuberculose
Programme national de lutte contre le VIH/SIDA
Programme national de lutte contre l'onchocercose
Programme national de lutte contre la lèpre, le pian et l'Ulcère de Buruli
Programme national de lutte contre la trypanosomiase
Programme national de lutte contre la schistosomiase
Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques
Projet prévention transmission mère-enfant (PTME)
Projet initiative congolaise d'accès aux Anti rétro vitaux

antipaludiques. Ce faible pourcentage de recours aux soins s'explique, entre autres, par le fait que la PCIME- Communautaire n'est pas encore appliquée. Par ailleurs, l'offre de la PCIME n'est disponible que dans moins de 50% des CSI, pendant que l'approche tri-évaluation-traitement-urgence (TETU) n'a pas encore débuté dans les hôpitaux. De plus, la couverture en MIILDE pour les femmes enceintes et les enfants et celle du traitement intermittent du paludisme (TPI) chez les femmes enceintes sont encore insatisfaisantes.

La deuxième stratégie adoptée par le Congo est l'usage de la Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action (MIILDA). Selon l'EDSC II, 84% des ménages ont au moins une moustiquaire et 27% ont au moins une moustiquaire imprégnée. L'enquête sur la possession et l'utilisation des MIILDA réalisée par le PDSS dans six départements montre un taux de possession effective de 82%. Les taux d'utilisation ont été respectivement de 93%, 80,7% et 93,5% pour les enfants de moins d'un an, pour les enfants de 1 à 5 ans et les femmes enceintes. En dépit de ces efforts, l'enquête constate une couverture universelle en MIILDA de 56,2% en dessous du seuil de 80% permettant de rompre la transmission de l'infection et de réduire de 50% la morbidité du paludisme. Les principales raisons évoquées sont la faiblesse dans la distribution, la fluctuation des tailles des ménages et l'usure des MIILDA. Pour augmenter la couverture universelle, il convient de renforcer la distribution de routine, renforcer la communication pour une utilisation rationnelle, améliorer la planification des campagnes de distribution.

Le gouvernement a rendu gratuite la prise en charge du paludisme simple et grave à tous les enfants de 0 à 15 ans et aux femmes en gestation. Elle consiste à traiter le paludisme simple dans les CSI avec les ACT (molécules de première intention) et le paludisme grave dans les hôpitaux avec les dérivés de l'artémisinine combinés à l'amodiaquine ou avec la quinine. Cependant, à cause des effets secondaires, on assiste à une dépréciation des ACT par certains patients. Pour le paludisme grave, en dehors des ruptures des molécules de base (dérivée artémisinine, amodiaquine et quinine) la prise en charge est encore confrontée à l'insuffisance des médicaments symptomatiques (Diazepam, SRO, anti émétique, produits sanguins) et à l'exonération des frais de consultation.

Programme national de lutte contre la tuberculose. Le programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT), bénéficie de l'appui de plusieurs partenaires dont l'OMS, la Fondation Raoul Follereau et le Fond mondial. Le nombre de Centres de dépistage et de traitement (CDT) est passé de 24 en 2010 à 33 en décembre 2012, soit une légère augmentation de 9 CDT supplémentaires. Le programme a doté 34 CDT en microscopes.

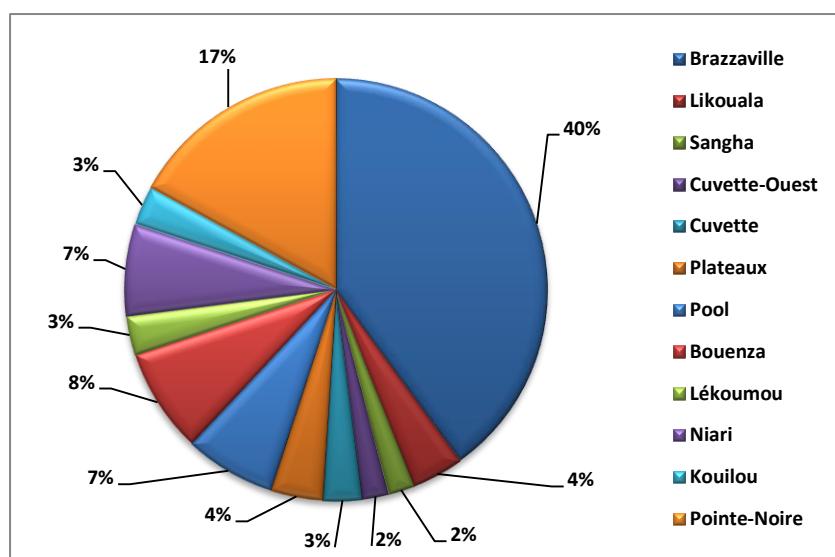
Malgré cet appui, ce programme a encore des faiblesses liées à :

- la non couverture du territoire national en CDT. A titre d'exemple le Kouilou, la Lékoumou, la Sangha et la Likouala sont mal couverts ;
- l'insuffisance d'intégration de la prise en charge dans les formations sanitaires. A peine 10 hôpitaux de base sur 22 enquêtés pouvaient offrir la DOTS et la recherche des BAAR n'était possible que dans 33% des CSI ;
- la rupture en médicaments anti-tuberculeux, pendant quatre mois. Les causes de ces ruptures sont financières, logistiques (défaillance de la COMEG) et techniques ;
- la mauvaise gestion des données, caractérisée par une faiblesse dans la complétude (92%) et la promptitude (50%) des rapports ;
- l'absence de recherche sur la co-infection et sur l'échec thérapeutique.

Programme national de lutte contre le VIH/SIDA. Le PNLS compte parmi les programmes les mieux structurés. Il dispose des locaux et de la logistique appropriés ainsi que d'un nombre suffisant d'agents. Ce programme bénéficie de plusieurs appuis financiers des partenaires et d'un financement conséquent de l'Etat. Il a mis en place le 1^{er} cadre stratégique national pour la période 2003-2007, assorti d'une réforme du cadre institutionnel de la réponse nationale au VIH/SIDA. Pour réduire l'incidence de la transmission mère-enfant, le Congo a mis en place par décret le projet de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. A ce jour, la PTME évolue sous forme de projet malgré la volonté de l'intégrer dans le Paquet de services essentiels (PSE).

Le Congo vient de valider le plan d'Elimination de la transmission mère enfant (eTME) couvrant le périod 2013-2017. L'analyse faite au moment de son élaboration a révélé que Brazzaville et Pointe - Noire sont les départements à faible accès des femmes au dépistage, comme le montre la figure n°9.

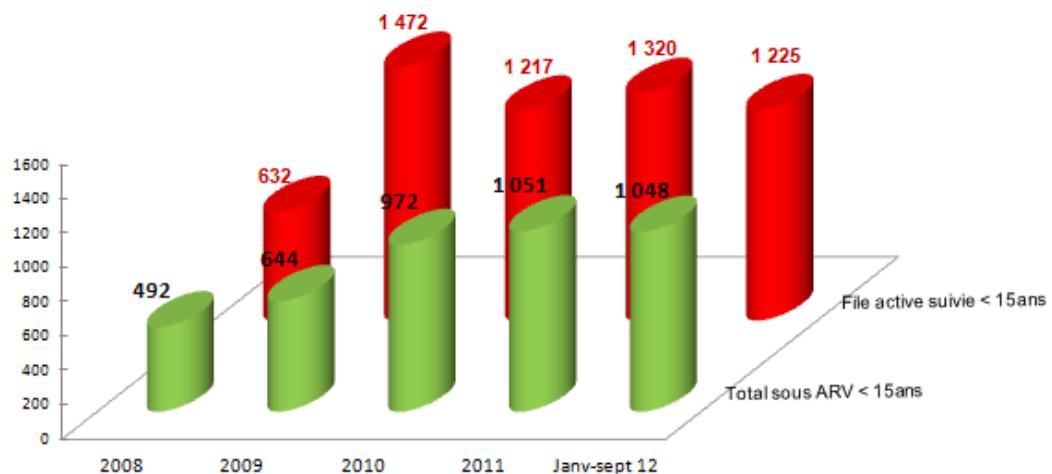
Figure n°10 : Distribution des femmes qui ont fait le dépistage par département en 2010



Source : Plan e'TME

Le nombre d'enfants séropositifs suivis est passé de 632 en 2008 à 1225 au 30 septembre 2012 comme illustré dans la figure n°11.

Figure n°11 : Prise en charge des enfants sous ARV de 2008 à septembre 2012



L'ESIS a rapporté la précocité des rapports sexuels (avant l'âge de 15 ans) chez un quart des femmes et hommes âgés de 25 à 49 ans et l'existence d'une minorité de jeunes filles (8%) et de garçons (22%) ayant de bonnes connaissances sur le VIH/SIDA. Le risque de propagation du VIH chez les jeunes qui en découle justifie la mise en place d'un programme de marketing social du préservatif. Parmi les stratégies de prévention mises en place en milieu scolaire, figurent l'approche curriculaire et l'approche extracurriculaire qui consistent à la pratique de l'éducation par les pairs et les animations sociales.

Le Cadre stratégique national (CSN) de Lutte contre le VIH/SIDA 2009-2013 s'est fixé, entre autres objectifs stratégiques, d'assurer l'accès aux services sociaux de base à tous les ménages affectés par

le VIH. Il s'agit de poursuivre les efforts initiés dans le cadre stratégique précédent en ce qui concerne la prise en charge des Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV). Pour garantir la multisectorialité de la réponse nationale, il a été mis en place le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS), placé sous la haute autorité du président de la république. Pour garantir la décentralisation de la lutte, des unités ont été mis en place dans tous les ministères, la réponse santé est assurée par le PNLS.

Programme national de lutte contre l'onchocercose (PNLO). Le PNLO est un programme financé en grande partie par l'APOC. Néanmoins un financement additionnel provenant de l'Etat s'avère nécessaire pour maintenir les campagnes de traitement de masse entreprises depuis plus de 10 ans. Le défi du PNLO est de lutter contre la filariose, affection qui s'étend du nord de l'Angola, du Bas-Congo en RDC jusqu'au Congo. Par conséquent, les stratégies de lutte doivent se faire de manière synchronisées pour prétendre éliminer l'onchocercose dans ce grand foyer. C'est à ce titre que le Congo et la RDC, au cours de la réunion transfrontalière de Kinkala en octobre 2012, ont élaboré et adopté un plan de lutte contre l'onchocercose et les autres MTN aux frontières , en organisant des campagnes synchronisées.

Depuis 2000, tous les foyers organisent chaque année des Traitements de masse à l'ivermectine par distribution communautaire (TIDC) dont les taux de couverture géographique et thérapeutique sont respectivement de 100% et 81,4%. En ce qui concerne la couverture thérapeutique, la moyenne nationale cache des inégalités. Des efforts sont à entreprendre dans les départements de Brazzaville et du pool où ces couvertures sont respectivement de 81% et 79,9%, tout en sachant que la cible nationale est fixée à 95%.

Il convient de noter que la pérennisation des acquis du programme dépend de la participation effective des distributeurs communautaires. Ces derniers réclament la mise en place des mesures incitatives étant donné que la distribution communautaire est fondée sur le principe du bénévolat

Programme national de lutte contre la trypanosomiase. Ce programme nécessite une restructuration complète, des locaux appropriés et un financement adéquat. Pour l'heure, le programme s'évertue tant bien que mal à prendre en charge les cas dans les centres habituels (Nkayi, Mossaka, Brazzaville).Le foyer situé autour du barrage d'Imboulou reste préoccupant car les conditions écologiques de l'agent vecteur sont favorables. Les activités de dépistage réalisées en 2012 indiquent que sur 49 883 personnes examinées, 40 ont été déclarées positives soit 0,08%.

Programme élargi de vaccination (PEV). Mis en place au début des années 80, le PEV sur le administratif est un service structuré en cinq sections : (i) surveillance épidémiologique, (ii) logistique, (iii) mobilisation sociale, (iv) formation et supervision et (v) administration. Cette structure administrative présente diverses limites au niveau opérationnel. Par ailleurs, la gestion du programme est handicapée par l'insuffisance des ressources humaines qualifiées. Au regard des enjeux et des défis auxquels le pays doit faire face en matière de vaccination, le PEV gagnerait à occuper une position plus forte au sein de l'organisation du ministère de la santé à être doté de ressources humaines conséquentes.

En matière de planification, le Congo vient de mettre en place le plan pluriannuel complet 2012-2016 dont le financement doit être garanti et sécurisé par l'Etat en raison de la cessation du financement de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) d'ici 2015. Les besoins en financement de ce plan sont d'autant plus importants que le Congo a entrepris d'introduire dans le PEV des nouveaux vaccins (hépatite, pneumonie, rota virus) depuis 2012.

Au cours de ces dix dernières années, des efforts ont été entrepris pour accroître les capacités de stockage et de conservation des antigènes. Le PEV offre actuellement dans la vaccination de routine 10 antigènes qui devraient permettre de protéger de manière efficace les enfants âgés de moins d'un an contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, les méningites à l'haemophilus type b, l'hépatite B, la fièvre jaune, la rougeole et les pneumonies à pneumocoque. Le tableau n° 10 présente les couvertures vaccinales réalisées en routine.

Tableau n°10 : Couverture vaccinale et supplémentation en VIT A en routine par département

Département	BCG (%)	PENTA 3 (%)	VPO3 (%)	VAR (%)	VAA (%)	VIT A (%)	VAT2+ (%)
Brazzaville	87	73	73	65	65	65	71
Bouenza	79	74	74	70	70	71	68
Cuvette	88	91	91	93	82	93	88
Cuvette ouest	88	90	90	86	86	86	89
Kouilou	67	90	89	64	64	63	79
Lékoumou	83	84	84	79	79	79	72
Likouala	104	75	75	88	85	97	97
Niari	86	87	87	79	79	75	96
Plateaux	81	82	82	86	86	85	82
Pointe-Noire	117	110	109	102	101	97	109
Pool	70	71	70	70	70	71	68
Sangha	88	87	88	86	86	74	88
Congo	91	84	83	78	77	77	83

Source : Rapport PEV, 2012

S'agissant des performances du PEV, deux antigènes (VAA et VAR) sont en deçà de 80% en 2012. Le taux d'abandon du penta 1 au Penta 3 est de 8%, tandis que celui du BCG-VAR reste important (21%). La couverture en penta 3 de routine reste plus élevée que celle de l'EDS 2011-2012, la couverture en VAR est par contre surestimée au niveau de l'EDS, ce qui peut s'expliquer par les doses de campagnes de masse en riposte aux épidémies.

Les districts sanitaires à faibles performances sont invités à pratiquer la stratégie "Atteindre chaque district" (ACD) afin d'améliorer la couverture vaccinale et l'analyse de la qualité des données.

La surveillance des Paralysies flasques aiguës (PFA) est en nette amélioration. Toutefois des faiblesses subsistent. En effet, si la notification des cas s'améliore, la qualité des prélèvements est encore insatisfaisante dans la quasi-totalité des départements. Il en est de même du respect du circuit et de la sécurisation des échantillons. Ces faiblesses entravent le travail du Comité national des experts de la poliomyélite (CNEP) dans la classification finale des cas de PFA. En 2012, 62 cas de PFA ont été notifiés, dont 48 chez les moins de 15 ans et 14 chez les plus de 15 ans.

En ce qui concerne la surveillance de la fièvre jaune, 145 cas ont été rapportés en 2012 dont 2 avec IgM (+). Suite à cette notification, une campagne de riposte à l'épidémie a été organisée en janvier 2013 dans la Cuvette ouest. A propos du Tétanos maternel et néonatal, le Congo a atteint depuis 2009, le statut d'élimination du tétanos.

Stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME). La PCIME est jusqu'à présent faiblement intégrée dans les formations sanitaires (CSI et HB) et nullement pratiquée au niveau communautaire. L'évaluation réalisée en 2011 montre que : (i) les activités de la PCIME ont été intégrées dans 28 DS sur 41 soit 68,3%, (ii) les personnels de santé ont été formés à la PCIME dans 161 CSI sur 332 soit 48,5%. En pratique, la stratégie de PCIME n'a été intégrée que dans moins de la moitié des centres de santé. Dans ces derniers, les résultats de cette évaluation montrent que seuls deux tiers (61%) des enfants consultés ont bénéficié d'une évaluation complète et intégrée de leurs motifs de consultation.

Lutte contre les carences en micronutriments. La stratégie de prévention des carences en vitamines et minéraux essentiels (vitamine A, fer, iodé) recommande la consommation des aliments riches en ces micronutriments, la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois et des femmes en post partum, la supplémentation en fer des femmes enceintes ainsi que le déparasitage systématique des enfants. En 2012, sur 164 131 enfants attendus, les taux de supplémentation des enfants en vitamine A répartis par tranches d'âges se présentent comme suit : 77,1 % des enfants âgés de 6 à 11 mois et 10,6 %

de ceux âgés de 12 à 59 mois. En ce qui concerne la supplémentation en fer et acide folique, les taux de couverture réalisés respectivement pour les femmes enceintes et les femmes en postpartum sont de 42,7% et 26,0%. Ces différents taux de supplémentation indiquent que ces activités ne sont pas encore suffisamment intégrées dans les paquets de services offerts par les CSI.

Lutte contre les Troubles dus à la carence en iodé (TDCI). La consommation du sel iodé est passée de 97% en 2005 à 99,5% en 2012. Le niveau de bien-être économique des ménages et leur milieu de résidence n'influencent pas le niveau de consommation du sel iodé. Les proportions minimale et maximale de ménages disposant du sel iodé sont respectivement de 98% et 100%.

Promotion de l'allaitement maternel. La pratique de l'allaitement est très répandue puisque 95% d'enfants ont été allaités. Toutefois des disparités existent : (i) entre le milieu urbain (92%) et le milieu rural (99%), (ii) en fonction du niveau d'instruction des mères selon qu'elles ont atteint le cycle secondaire ou plus (92%) ou le cycle primaire (98%), (iii) selon que l'accouchement ait été assisté par un prestataire formé (95%) ou par une accoucheuse traditionnelle (100%), (iv) selon que la naissance ait eu lieu dans un établissement de santé (95%) ou à la maison (97). Bien que l'allaitement maternel soit une pratique très courante, on constate néanmoins qu'au Congo, seulement 24% des enfants ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance et que 70% ont été mis au sein pour la première fois 24 heures après leur naissance.

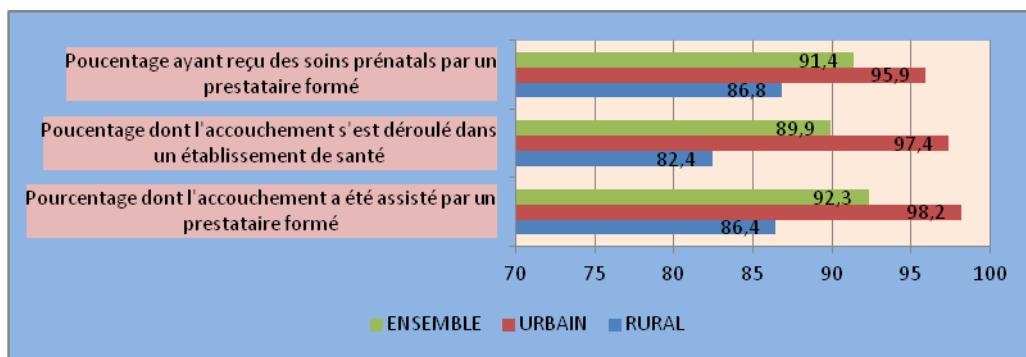
L'EDS II renseigne que 75% des nouveau-nés ont reçu le colostrum²⁶. Cette moyenne nationale cache des disparités départementales. En effet, la proportion d'enfants ayant reçu le colostrum varie de 43% dans le Kouilou à 95% dans la Likouala. En milieu rural, la proportion de nouveau-nés bénéficiant du colostrum est nettement plus élevée qu'en milieu urbain avec respectivement 77% et 73% des cas. Cette même source indique que l'accouchement à domicile semble être un facteur favorisant la prise de colostrum, comparaison faite avec les enfants nés dans les formations sanitaires.

Promotion de la contraception. Les résultats de l'EDS indiquent que la contraception moderne est de plus en plus pratiquée par les femmes en union. Entre 2005 et 2011, le taux de contraception est passé de 13% à 20%. Cette amélioration de la couverture contraceptive est également observée auprès de l'ensemble des femmes en âge de procréer quel que soit le groupe d'âge considéré.

Surveillance de la grossesse, soins prénatals et accouchement. Le programme de surveillance de la grossesse recommande au minimum 4 consultations prénatales. En 2012, 93% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont reçu des soins prénatals fournis par un personnel qualifié, contre 88% en 2005. La proportion de femmes qui reçoivent des soins prénatals offerts par un personnel formé est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (95,9% contre 86,8%). Lors des CPN, il est distribué gratuitement aux femmes enceintes des Moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MIILDA) pour les protéger contre le paludisme. L'EDS II renseigne que selon le niveau d'instruction, les femmes ayant atteint un niveau secondaire 2^{ème} cycle ou plus sont davantage portées à les utiliser (84%) contrairement à celles qui n'ont aucun niveau d'instruction (60%). De même, ce sont les femmes vivant dans les ménages les plus riches qui l'utilisent plus (81%) par rapport à celles des ménages les plus pauvres (72%).

En ce qui concerne les accouchements, les données disponibles indiquent qu'en milieu urbain, 97,4% des accouchements ont lieu dans une formation sanitaire contre 82,4% en milieu rural. De façon générale en moyenne, environ 89% des accouchements ont lieu dans une formation sanitaire. La figure n°11 ci-dessous présente la répartition des taux de couverture prénatal et d'accouchement dans les formations sanitaires.

Figure n°12. Soins prénatals chez les femmes (15-49 ans) ayant eu, au moins, une naissance vivante au cours des 5 dernières années avant l'EDS-II, selon le milieu de résidence.



Source : EDS-2011-2012

Soins post nataux et planification familiale. Au niveau national, 64% des femmes ont reçu des soins postnataux dans les deux premiers jours après l'accouchement.

En plus de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, le ministère de la santé a élaboré un plan d'action pour le repositionnement de la PF, étant donné que la proportion de femmes ayant eu recours à l'avortement a doublé de 2005 à 2011 (de 11% à 22%). Dans le même contexte, la couverture en PF est très faible, variant de 5 à 10 % d'un département à l'autre. Par ailleurs, et en dépit des risques encourus, le phénomène des grossesses précoces est en expansion au Congo.

Selon l'EDS II, 13 % des adolescentes de 15 ans ont déjà commencé leur vie féconde, soit une nette progression par rapport à 2005. Il en résulte qu'à 18 ans, plus de 25% de jeune fille sont mères ou ont déjà porté une grossesse. A 19 ans, cette proportion concerne plus de 60 % des jeunes filles.

Formations sanitaires des Forces Armées Congolaises

Les formations sanitaires des Forces Armées Congolaises comprennent : un hôpital général (Hôpital central des Armées Pierre MOBENGO de Brazzaville), deux hôpitaux départementaux Pointe-Noire et Dolisie, une clinique chirurgicale à Pointe -Noire (Clinique Océan), et 10 infirmeries, avec une capacité globale de 540 lits dont 300 pour l'Hôpital central des Armées. Toutes ces formations sanitaires reçoivent également des malades civils sans distinction. Les données issues de ces structures ne sont pas encore suffisamment intégrées dans le SNIS, faute d'un cadre juridique approprié.

2.4.1.7.2. Secteur privé

Le secteur privé de santé est régi par le décret n°88/430 du 6 juin 1988 fixant les conditions d'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales et pharmaceutiques en République Populaire du Congo. Ce secteur est subdivisé en deux sous-secteurs : le sous-secteur privé à but lucratif d'une part et le sous-secteur privé à but non lucratif d'autre part. Ce dernier est représenté par les formations sanitaires des confessions religieuses, des associations et fondations.

La PNS consacre un axe stratégique à la promotion du secteur privé et le PNDS 2007-2011 visait une meilleure organisation et une active participation à sa mise en œuvre. En dépit de cet objectif, l'évaluation du PNDS 2007-2011 a constaté une quasi-absence d'informations sur le secteur privé. Les données de 2010, issues de l'étude sur le secteur privé de la santé, indiquent une pleine participation de ce secteur à l'offre de soins à travers 191 formations sanitaires installées à Brazzaville et 236 à Pointe-Noire. En 2005, la carte sanitaire indiquait que les formations sanitaires privées constituaient plus de 50% des structures de premier contact. On note qu'une alliance du secteur privé a été mise en place dans l'optique de l'instauration d'une « plateforme public-privé ».

2.4.1.8. Ordres nationaux

Trois ordres nationaux ont été mis en place à savoir : l'ordre national des pharmaciens, l'ordre national des médecins et l'ordre national des sages-femmes. Une analyse de situation paraît opportune pour documenter les activités de ces ordres qui, à l'exception de celui des pharmaciens, sont sous administrés et peu actifs.

2.4.2. Ressources pour la santé

2.4.2.1. Infrastructures

Des efforts ont été accomplis en matière de construction et de réhabilitation des infrastructures des formations sanitaires par les pouvoirs publics, les collectivités locales et divers partenaires. Les déficiences du système d'informations sanitaires ne permettent pas de renseigner sur les effectifs des constructions, des réhabilitations et de leur coût. S'agissant des collectivités locales, divers conseils départementaux ont construit un nombre important de CSI et postes de santé. Cependant, cette contribution non négligeable n'a pas toujours été en cohérence avec les préconisations du PNDS.

Dans le cadre de l'initiative « 2012 année de la santé », de nombreuses infrastructures ont été ou sont en cours de construction, de réhabilitation et/ou d'équipement. Il en est ainsi des services d'urgences et de réanimation du CHU, de l'HG A. SICE, de l HG 31 juillet d'Owando. Sont actuellement en cours de construction l'hôpital général d'Oyo, l'hôpital mère-enfant Blanche Gomez, le centre d'hémodialyse du CHU et le centre de la drépanocytose.

En dépit de cela, bon nombre d'entre elles sont caractérisées par un état de vétusté. A titre illustratif, dans le département de Brazzaville, l'évaluation du PNDS 2007-2011 a montré que 11 CSI sur 33 et 1 hôpital de base (Makélékélé) sur 4 sont en état de délabrement. S'agissant de Pointe-Noire, 9 CSI sur 34 sont vétustes. La situation est similaire dans les autres départements. Au-delà de la vétusté, divers services manquent d'infrastructures propres. Il en est ainsi à Pointe-Noire, où les activités de 6 CSI sont menées dans des maisons de location. Quant aux sièges des DDS et des DS, l'analyse de la situation sanitaire départementale indique que 5 DDS (Sangha, Plateaux, Lékoumou, Kouilou et Cuvette-ouest) sur 12 ne sont pas installés dans des locaux adéquats. De façon globale, la situation est identique pour les équipes cadres des DS.

On observe que la construction et la réhabilitation des infrastructures des formations sanitaires ont souvent été faites sur la base des paramètres propres à chaque source de financement. Aussi, la mise en place des normes des infrastructures et de la carte sanitaire ; leur application effective demeurent des défis majeurs à relever

2.4.2.2. Matériels, équipements médico-techniques et moyens roulants

La situation du matériel et des plateaux techniques des CSI et hôpitaux est très critique, en dépit des efforts accomplis par les pouvoirs publics.

Matériels, fournitures et équipements des CSI. Les données de l'enquête sur les formations sanitaires indiquent qu'au niveau des CSI à PMAE, le matériel et l'équipement de consultation générale sont disponibles et fonctionnels dans plus de 70% des structures. Par contre, certains CSI à PMAE (31% à 47%) ne disposent pas de matériel suivant : stérilisateur, boîte pour urgences chirurgicales, civières et pendule mural. Pour les autres CSI à PMAS, le matériel et l'équipement de consultation générale sont disponibles et fonctionnels dans plus de 70% des structures.

Le matériel de vaccination n'était disponible et fonctionnel que dans 57% des CSI à PMAE. Cependant dans les CSI PMAS, la chaîne de froid n'est disponible que dans des faibles proportions, avec moins de 40%. S'agissant du matériel de laboratoire, seul le microscope est disponible et fonctionnel, respectivement dans 76% des CSI à PMAE et 84% des CSI à PMAS. Les autres matériels ne le sont que faiblement observés, respectivement dans 30% et 52% des cas. Le matériel et l'équipement de CPN sont

disponibles et fonctionnels dans plus de 84% des CSI à PMAE et dans plus de 61% CSI PMAS. Cependant, le fœtoscope n'est disponible que dans 47% des CSI à PMAE.

Le matériel d'accouchement est disponible dans plus de 60% des CSI à PMAE. L'analyse de la disponibilité du matériel d'accouchement a été faite à partir d'une liste de matériels et dispositifs médicaux « traceurs » dans les CSI enquêtés. Il s'agit de : ventouse, appareil à forceps, boîte de curetage, bottes en plastiques, gants en plastique, tablier, brosse pour lavage des mains, lame rasoir stérile, trousse de suture, gouttes oculaires pour nouveau-né, trousse de réanimation, appareil d'aspiration, lampe d'accouchement, lunettes de protection et partogramme. Les résultats montrent que leur disponibilité varie de 5% à 47%.

Plateaux techniques des hôpitaux de base. Les résultats de l'évaluation du PNDS 2007-2011 donnent une illustration de la criticité de la situation des équipements dans les hôpitaux de base. Au moment de l'enquête :

- 1 seul hôpital de base sur 22 disposait de la totalité du matériel et fournitures indispensables pour une consultation curative de qualité ;
- 15 hôpitaux de base sur 22 disposaient de boîtes d'accouchement complètes ;
- 14 hôpitaux de base sur 22 d'une unité de radiologie opérationnelle et 10 d'un échographe ;
- dans la totalité des 22 hôpitaux de base enquêtés, les plateaux techniques requis pour la prise en charge médicale et chirurgicale des cas ont été indiqués comme insuffisants et vétustes ;
- 1 buanderie, 1 stérilisation centrale et 1 cuisine fonctionnelles n'ont été trouvés disponibles que respectivement dans 3, 5 et 6 HB ;
- Seuls 4 à 9 HB sur 22 disposaient dans leurs blocs d'accouchement de matériel et fournitures médicales tels que des ventouses, des lunettes de protection, des brosses pour lavage des mains, du coton stérile, d'un appareil d'aspiration, de trousse de réanimation ;
- 14 HB sur 22 disposaient d'un équipement de stérilisation fonctionnel.

De même, l'enquête sur les formations sanitaires réalisée en 2010 dans le cadre du PDSS a relevé qu'au niveau des hôpitaux, le matériel et l'équipement de consultation générale n'étaient disponibles et fonctionnels que dans 60% des structures. Les équipements d'ORL et d'ophtalmologie (appareil d'incubation, table d'acuité visuelle, appareil d'aspiration, otoscope) étaient quasi inexistant (5% à 10%). Toutes ces observations indiquent qu'en l'état actuel de leurs plateaux techniques, aucun hôpital de base ne peut prétendre délivrer des soins médicaux et chirurgicaux de qualité, attendus de cette catégorie d'établissement.

Plateaux techniques des hôpitaux généraux. Les plateaux techniques des hôpitaux généraux (CHU de Brazzaville, HG d'Owando et HG A Sicé) ont connu une amélioration significative à la faveur de la mise en œuvre de l'Initiative “2012 : année de la santé”. Toutefois, une analyse approfondie de ces plateaux techniques est indispensable.

Gestion des équipements biomédicaux. Qu'il s'agisse des centres de santé, des hôpitaux de base, des hôpitaux généraux que des établissements d'appui au diagnostic et au traitement (LNSP, CNTS...), leurs plateaux techniques souffrent de l'absence d'une réelle politique de gestion des équipements biomédicaux.

2.4.2.3. Matériels roulants et autre équipements logistique

Matériels roulants. Il ressort des ateliers départementaux d'analyse de situation sanitaire que 9 DDS sur 12 disposent d'un véhicule. Par contre, une seule DS sur 41 dispose d'un véhicule de supervision. Certaines DS disposent de motos mais en nombre souvent insuffisant. Quant aux ambulances et autres véhicules qui devraient faciliter la référence, ils font défaut dans la plupart des HB.

Les dotations des DDS, des hôpitaux, des DS et même des directions centrales en véhicules n'obéissent pas à une logique de planification clairement établie et ont souvent été le fait des projets financés par divers partenaires. Enfin, des limites sont observées dans la maintenance du parc automobile. En moyenne, la majorité des véhicules sont amortis en 2 ans.

Matériel bureautique, informatique et de communication. Des efforts sont réalisés dans la dotation en matériels bureautiques et informatiques de l'administration sanitaire tant au niveau central que départemental. Par contre, nombre de DS ne disposent pas d'outils informatiques en dehors des postes attribués pour le SNIS ou la surveillance épidémiologique.

Dans les formations sanitaires, les services médicotechniques se distinguent par une quasi-absence d'outil informatique. Des V-SAT ont été installés dans toutes les directions départementales. Toutefois, la connexion internet reste irrégulière pour des raisons de financement. En dehors de l'HG de Loandjili, aucune autre formation n'a pu rendre disponible l'internet dans les services administratifs et médicotechniques.

Ces dotations et acquisitions ont été faites en l'absence d'un schéma directeur d'informatisation. C'est ainsi qu'à titre illustratif que les $\frac{3}{4}$ des v-sat installés ne sont pas opérationnels. De même, en l'absence de plan de maintenance, ce matériel est précocement amorti. Par ailleurs, les utilisateurs n'ont pas toujours été recyclés ou initiés à leur usage.

Dans le domaine de la communication, aucun HB ne dispose de ligne téléphonique fixe en état de marche et seuls 5 HB sur 22 disposent de téléphones cellulaires (propriété du centre) en état de marche. Au sein des HG, une ligne téléphonique fixe est disponible et fonctionnelle dans 2 HG sur 5 (Dolisie, A. Sicé). Trois HG sur 5 disposent de cellulaires. Le CHU de Brazzaville ne dispose en 2012, ni de ligne téléphonique fixe fonctionnelle, ni de téléphone cellulaire.

En résumé, la gestion des équipements et des infrastructures est confrontée aux faiblesses et problèmes suivants :

- absence du fichier technique sur les infrastructures et les équipements médico- techniques au plan national ;
- absence des normes et standards des infrastructures et des équipements ;
- incohérences de la composition des plateaux techniques des formations sanitaires de même type ;
- vétusté et obsolescence des équipements médicotechniques ;
- absence d'une réglementation sur l'acquisition des équipements (commande publique et les dons etc.) et d'une politique nationale de gestion et de maintenance des dispositifs médicaux ;
- faibles capacités de maintenance des équipements dans les formations sanitaires, attribuées à de multiples facteurs parmi lesquels figurent l'absence de personnel qualifié en la matière et de budgets consacrés à la gestion des équipements, leur suivi et leur maintenance ;
- absence des moyens roulants pour mener à bien les activités ;
- non achèvement des travaux de réhabilitation et équipements des structures sanitaires.

2.4.2.4. Ressources humaines pour la santé

L'analyse de la situation sanitaire nationale prélude à l'élaboration du PNDS 2007-2011 avait permis d'identifier et de regrouper les problèmes auxquels le Congo devait faire face dans le secteur de la santé. Parmi ces problèmes, il y a la faible capacité de gestion des ressources humaines et l'absence de mise à jour de la liste des métiers de la santé en république du Congo. Aussi, le PNDS 2007-2011 préconisait : « *l'Etat doit restructurer l'organisation et le fonctionnement de l'administration pour la mobilisation et l'utilisation optimale des ressources en vue d'une meilleure gestion du système de santé* ».

En réponse à cette disposition, un recensement des effectifs des services de santé a été effectué en 2011. Ce recensement a permis de dénombrer 14 965 agents dont 14 227 du secteur public et 738 du secteur privé. La répartition par sexe rapporte 10 083 femmes pour 4 882 hommes soit une féminisation de 67%. Il convient de noter que 4 421 agents ont un âge compris entre 50 et 59 ans et seront prochainement admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

Sur le plan de la catégorie professionnelle, 523 médecins, 7 866 infirmiers, 133 dentistes, 250 pharmaciens et 999 techniciens de santé ont été recensés. Ce personnel de santé est irrégulièrement reparti sur l'étendue du territoire national. Deux tiers (65,9%) du personnel de santé recensé se concentrent dans les départements de Brazzaville et de Pointe-Noire. Sur 200 médecins spécialistes recensés, Brazzaville et Pointe Noire en comptent 186. On dénombre 5 spécialistes dans le Niari, 4 dans les Plateaux, 2 dans la

Lékoumou et la Likouala et 1 dans le Pool. Les spécialistes les plus représentés sont les gynéco-obstétriciens (18,5%), les pédiatres (16%) et les chirurgiens (10%). Les plus rares sont les rhumatologues (0,5%). Par ailleurs, au regard de leurs populations, les départements de la Bouenza, du Pool, de la Likouala et des Plateaux sont faiblement pourvus en personnel de santé.

L'annuaire des statistiques sanitaires 2012 indique les ratios suivants : 1 médecin pour 13 144 habitants, 1 infirmier pour 2 402 habitants et 1 sage-femme pour 982 femmes en âge de procréer. Nombre de professionnels de santé congolais exercent à l'étranger, principalement en France. Leur effectif est peu connu. Des efforts sont fournis pour leur implication dans le développement sanitaire national.

Il ressort de tout ce qui précède, la nécessité de disposer d'un plan de développement des ressources humaines, cohérent avec la Politique nationale de santé.

2.4.2.5. Ressources financières

La structure de financement de la santé est interne et externe. Le financement interne regroupe les ressources du budget de l'Etat et celles des autres sources internes (ménages, ONG, sociétés privées, assurances...). Le financement externe regroupe les emprunts et les dons. En absence d'un cadre unique de financement, il n'est pas aisément d'obtenir une comptabilité exhaustive et une traçabilité de l'ensemble des ressources financières allouées et effectivement mobilisées pour la santé des Congolais.

Financement interne

Selon les comptes nationaux de santé de 2010, les dépenses de santé sont principalement supportées par le gouvernement (58%) et les ménages (39%) comme illustré dans la figure n° 12a. Les ménages congolais dépensent environ 12 600FCFA par an et par personne pour les soins de santé tandis que le gouvernement dépense 19 000F CFA par an et par habitant pour le système de santé. La subvention de fonctionnement du gouvernement aux prestataires de soins (figure 12 b) est allouée principalement aux HG et au niveau central (75%). Très peu de ressources sont allouées aux CSI (4%), aux HB (3%) et aux programmes spécifiques (14%). Les dépenses des ménages sont orientées principalement vers l'achat des médicaments et le paiement des frais d'hospitalisation. La même étude signale que 13% des ménages sont exposés aux risques de dépenses catastrophiques de santé dépassant 10% de leurs dépenses totales de consommation.

Figure 13 a : dépenses de santé en 2010

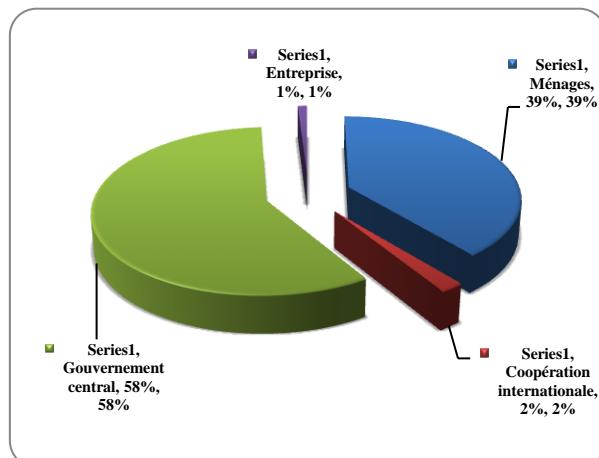
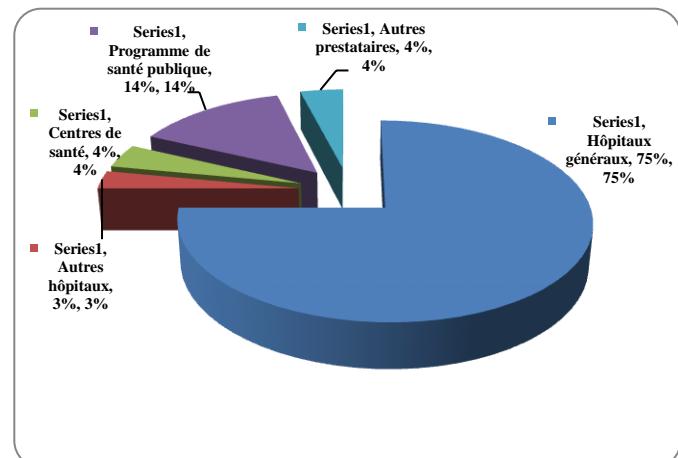


Figure 13 b : subventions aux prestataires en 2009



L'évolution du budget de la santé de la période allant de 2009 à 2011 est indiquée dans le tableau n°11. Globalement cette évolution indique un taux d'accroissement cumulé de 11,1 % soit une moyenne

annuelle de 3,8 %. Par ailleurs, on note que pour l'année, 2012, déclarée année de la santé, une allocation plus importante a été inscrite. Cependant, le taux d'exécution n'a pas toujours été à la hauteur des attentes.

Tableau n°11 : Evolution du budget de la santé de 2009-2011

Rubriques	2009			2010			2011		
	Prévision	Exécution	%	Prévision	Exécution	%	Prévision	Exécution	%
Fonctionnement	67 873,4	42 300,7	62,3	62 628,4	62 198,8	99,3	67 273,2	61 299,4	91,1
Salaires et Rémunérations	19 937,6	15 534	77,9	18 596,80	15 680,9	84,3	20 614,8	14 613,7	70,9
Biens et services	25 378	9 150	36,1	21 938,4	25 528,2	116,4	22 565,2	22 565,2	100
Transferts	22 557,8	17 616,7	78,1	22 093,2	20 989,7	95	24 093,2	24 120,5	100,1
Investissement	35 528	28 233,1	79,5	29 811	10 456	35,1	47 957	42 450,2	88,5
TOTAL	103 401,4	70 533,8	68,2	92 439,4	72 654,8	78,6	115 230,2	103 749,6	90

L'analyse de la situation sanitaire départementale en 2012, rapporte deux informations complémentaires essentielles :

- une amélioration significative du taux de décaissement qui est en moyenne de 76,30% (voir tableau n°11) contrastant avec la part effectivement mobilisée pour améliorer l'offre de soins ;
- un recouvrement des coûts qui pêche par le manque de transparence et de traçabilité des dépenses lesquelles, selon les dispositions réglementaires, doivent destinées prioritairement au renouvellement des stocks des médicaments. Dans nombre de DDS, les recettes sont orientées préférentiellement vers le paiement des primes des agents et un financement ascendant vers le DS (15%) et la DDS (5%), au détriment de l'achat des médicaments et produits médicaux et faisant fi des dispositions de la clé de répartition adoptée dans le Plan de suivi et évaluation du secteur de la santé. Il faut convenir que, jusqu'en 2012, les DS en tant qu'unité opérationnelle, ne percevaient aucune allocation budgétaire.

Tableau n° 12 : Répartition des taux de décaissement du budget par département en 2012	
Départements	Taux de décaissement %
Bouenza	99
Brazzaville	34,8
Niari	61
Cuvette	100
Cuvette-Ouest	100
Plateaux	75
Pool	99,99
Sangha	94
Likouala	91,5
Pointe-Noire	31,02
Lékoumou	83,08
Kouilou	46,22

Source : Analyse de la situation sanitaire des départements en 2012

Il convient de noter que le budget prévisionnel du PNDS 2007-2011, établi par axes stratégiques (voir tableau n° 12), indique un montant global estimé à **261 157 156 500 F CFA**. Durant cette période, l'ensemble des allocations du budget a atteint en définitive le montant de **483 048 000 000 F CFA**, soit un écart positif de **221 890 843 500 F CFA**. Nonobstant une sous-estimation possible des prévisions budgétaires du PNDS 2007-2011, le montant global de ces allocations reflète le fort engagement politique pour le financement de la santé. C'est également la traduction des capacités du pays à financer la santé à partir des ressources propres même si l'objectif de l'engagement d'Abuja (15%) n'est pas encore atteint.

Tableau n° 13 : budget prévisionnel du PNDS 2007-2011

Axes stratégiques	Nature des dépenses		Totaux
	Fonctionnement	Investissement	
Renforcement des capacités de gestion à tous les niveaux du système de santé	101 576 500 000	9 132 500 000	110 709 000 000
Accroissement de la couverture sanitaire nationale en soins de santé de base	1 112 400 150	52 643 550 000	53 755 950 150
Renforcement de la qualité des soins	13 375 000 000	35 966 200 000	49 341 200 000
Intégration des composantes opérationnelles des programmes spécifiques de santé	35 806 615 000	8 861 591 350	44 668 206 350
Renforcement de la participation communautaire	1 242 800 000	0	1 242 800 000
Renforcement du partenariat et de la collaboration intersectorielle	640 000 000	800 000 000	1 440 000 000
TOTAL PNDS 2007 - 2011	153 753 315 150	107 403 841 350	261 157 156 500

Les financements des conseils départementaux et des ONG. Selon les termes de la loi n°10-2003 du 06 février 2003 portant transfert des compétences aux collectivités locales, les départements participent à l'établissement de la tranche départementale de la carte sanitaire nationale; élaborent et exécutent le plan d'urgence de santé et d'hygiène, gèrent les aides sociales aux personnes vulnérables, construisent ou acquièrent, équipent, entretiennent, gèrent et assurent la maintenance des installations des crèches, garderies d'enfant, postes de santé, centres de santé, centres de santé intégrés, centres de promotion et de réinsertion sociale. C'est pourquoi, les conseils départementaux s'attellent à contribuer au financement de la santé au niveau local à travers la réalisation des infrastructures et l'acquisition d'intrants. Toutefois, ces efforts ne sont pas toujours en cohérence avec le PNDS en absence de formalisation de ce partenariat à travers les organes locaux de coordination de la mise en œuvre du PNDS.

Financement externe

Du point de vue financement extérieur, de nouveaux mécanismes de financement ont été développés au cours des dernières années. Ce sont : le Fonds mondial pour le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose ; l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, le Fonds mondial pour les

médicaments antituberculeux (GDF) ; le Plan cadre des Nations unies pour le Congo (UNDAF) ; la Stratégie de réduction de la pauvreté ; l'Initiative des pays pauvres très endettés (PPTE) ; le Fonds d'accélération des programmes (FAP). Selon les comptes nationaux de la santé de 2010, la contribution de la coopération internationale au financement des dépenses de santé est de 2%.

2.4.2.6. Médicaments, réactifs et consommables

L'approvisionnement des formations sanitaires publiques en médicaments et produits médicaux a été confié à la COMEG. Il existe un réseau privé de distribution des médicaments constitué de grossistes répartiteurs (SEP, LABOREX, COOPHARCO, SAI PHARMA, ZENUFA...) et de détaillants.

En 2011, 23 DS ont été approvisionnées par la COMEG contre 17 DS en 2010. En ce qui concerne les hôpitaux généraux, ce nombre varie de 3 à 4. Ces chiffres traduisent l'incapacité de la COMEG à approvisionner les DS et les hôpitaux. L'indice de satisfaction d'approvisionnement observé en 2011 est de 61%²⁷. Face à ces faibles performances, des circuits parallèles d'importation illicite et d'approvisionnement des CSI et hôpitaux en médicaments n'ont cessé de se développer.

En ce qui concerne le contrôle qualité, aucune rigueur n'est appliquée dans le contrôle de la qualité des médicaments à leur réception. C'est ainsi que des produits proches de la péréemption ont été réceptionnés. En l'absence d'un laboratoire national de contrôle qualité, la COMEG a contractualisé avec un laboratoire à l'étranger. Mais les prélèvements d'échantillons en vue des contrôles de qualité ne sont pas systématiques. En 2010, seuls 15 échantillons ont été envoyés pour analyse, au mois d'août. Les résultats n'étaient pas encore disponibles à la fin du 1e trimestre 2011²⁸.

Selon le rapport d'évaluation du PNDS 2007-2011, trois DS de Pointe-Noire ainsi que toutes les DS du Kouilou et de la Sangha ne disposent pas de locaux pour la pharmacie. Pour les DS disposant de pharmacie, 40 agents y travaillent, soit en moyenne d'un agent par pharmacie. Leur qualification professionnelle ne correspond pas toujours au profil attendu : infirmier, assistant sanitaire généraliste, technicien supérieur en pharmacie et agent administratif...

Le PNDS 2007-2011 prévoyait une dotation initiale en médicaments pour chaque pharmacie de DS par la COMEG. L'enquête a montré que sur 34 DS, 22 seulement ont bénéficié de ladite dotation. Parmi elles, sept seulement ont déclaré en être satisfaites. Une appréciation de la disponibilité et de la gestion des médicaments et produits médicaux a été effectuée à travers la présence de certaines molécules « traceurs » qui étaient disponibles dans les proportions suivantes : ACT (47,1%), SRO (67,6%), Amoxicilline (80%), vaccins (60%). Ces taux de disponibilité expriment à suffisance les préoccupations relatives aux ruptures fréquentes des stocks de médicaments, limitant de fait l'offre et la qualité des soins.

Au niveau des laboratoires, les résultats de cette même évaluation montrent que les produits suivants étaient disponibles dans les proportions ci-après : papier adsorbant (58,8 %), solution de Giemsa (52,9%), solution de Lugol (50%) et violet de Gentiane (50%). Les tests de dépistage étaient disponibles à hauteur de 44,1 % pour le VIH, à 61,8% pour le paludisme et le groupage sanguin à 50 %. Ces observations sont similaires à celles relatives à la disponibilité des médicaments et produits médicaux.

2.4.2.7. Système national d'information sanitaire et la recherche

Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

Il est organisé autour des trois niveaux de la pyramide sanitaire où sont produites les données. Un plan stratégique de suivi et évaluation pour la période 2011-2015 a été développé. Il décrit le circuit, la périodicité de transmission des données ainsi que les rôles et responsabilités des acteurs à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

²⁷Comptes nationaux de la santé 2009-2010, page 14

²⁸Rapport d'évaluation du PNDS 2007-2011, Brazzaville 2012

S'agissant de la collecte, la base de données nationale est alimentée par les données de routine qui proviennent des formations sanitaires publiques et privées. Le SNIS est encore marqué par plusieurs faiblesses dont les plus importantes peuvent être citées. Il s'agit de : (i) la faible complétude des données et leur qualité ; (ii) la faible promptitude du fait de la transmission tardive des rapports, (iii) la non prise en compte des données du secteur privé et des services de santé de la force publique, (iv) l'irrespect du circuit de l'information, (v) l'absence d'harmonisation des sous composantes du SNIS et de leur développement et (vi) l'utilisation encore très limitée de l'outil informatique.

S'agissant de la composante Surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR), les maladies cibles par le système sont celles qui ont un potentiel épidémique, celles qui font l'objet de programme de contrôle, d'éradication, d'élimination et celles qui constituent un problème de santé publique. Comme pour le SNIS dans son ensemble, la SIMR est également marquée par diverses faiblesses dont la mauvaise gestion des épidémies (détection tardive, riposte inappropriée...) constitue l'une des conséquences majeures.

Ces faiblesses sont pour l'essentiel attribuées à une insuffisance de ressources matérielles, humaines, financières et de moyens dédiés à la gestion des données. Le renforcement des performances du SNIS, son extension à l'ensemble des formations sanitaires tant publiques que privées ainsi que son informatisation, sont des défis majeurs à relever.

Recherche en santé.

Sur le plan institutionnel, le Congo dispose d'une loi d'orientation et de programmation de la recherche qui en attribue le leadership au ministère en charge de la recherche scientifique et technologique. Cette loi fait de la recherche un domaine transversal dont le financement est coordonné par le ministère de la recherche scientifique. En matière de santé, le ministère a créé en 2011 une direction en charge de la recherche dont les missions sont : (i) l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de la stratégie de la recherche en santé ainsi que la stratégie de la gestion de la connaissance et (ii) l'organisation de la recherche opérationnelle en santé.

On note qu'à jour, le pays ne dispose pas encore d'une stratégie de recherche en santé à même de soutenir ou d'accompagner la mise en œuvre de la Politique nationale de santé. Toutefois, diverses structures relevant aussi bien du secteur public (ministères de la santé, de la recherche scientifique, de l'enseignement supérieur, de l'environnement...), du secteur privé (ONG, fondations, etc.) que de la coopération internationale participent à la réalisation des travaux de recherche en santé.

Les résultats de l'évaluation du PNDS 2007-2011 révèlent que 2 DS sur 34, 2 HB sur 22 et 3 HG sur 5 ont pris part à des activités de recherche dans les domaines de la santé publique. A titre illustratif, l'analyse de la situation de la recherche effectuée au CHU par la direction des affaires médicales, sur une période allant de 2007 à 2012, rapporte une faible production d'articles scientifiques (160 articles parus majoritairement dans des revues à facteurs d'impact faibles). Ces articles ne portent que sur la recherche clinique. L'analyse critique indique que du point de vue méthodologique, ce sont des séries de cas ou des études transversales de faible niveau de preuve scientifique.

Dans le contexte actuel, diverses faiblesses entravent la recherche en santé au Congo. Il s'agit principalement de :

- l'insuffisance de chercheurs ;
- l'absence de culture scientifique dans les formations sanitaires ;
- la non valorisation/motivation des chercheurs ;
- l'absence de répertoire des unités de recherche ;
- l'insuffisance des équipements et intrants de la recherche ;
- la faible capacité de mobilisation des financements par les chercheurs ;
- l'inexistence de revue scientifique ;
- la faible valorisation des produits de la recherche.

2.5. Réponse communautaire

La réponse communautaire aux divers défis auxquels le pays est confronté dans le domaine de la santé, s'exprime à travers l'implication de trois entités distinctes : (i) les organes de participation communautaires : les Comités de santé (COSA) et Comité de gestion (COGES), (ii) les relais communautaires et (iii) les Organisations non gouvernementales (ONG).

Les données issues de l'évaluation du PNDS 2007-2011, de l'analyse de la situation sanitaire des départements et de l'EDS II fournissent quelques éléments d'analyse de la réponse communautaire de l'offre de santé.

2.5.1. Réponse à travers les comités de santé

Le Comité de santé (COSA) a deux missions fondamentales : (i) garantir la participation de la communauté à la gestion du système de santé et de leur propre santé et (ii) garantir l'utilisation des services de santé en veillant sur l'équité dans l'offre et à l'utilisation des services. Selon l'esprit de la politique nationale de santé, la mise en place d'un comité de santé de manière démocratique est l'une des premières étapes du processus de développement d'une aire de santé. Chaque DS doit mettre en place une association de COSA constituée sous le statut de la loi de 1901 sur les associations. Ainsi l'existence d'une association de COSA est l'un des critères utilisés pour apprécier son organisation et sa capacité opérationnelle.

Le processus d'organisation de la communauté lancée au cours des années 90 s'est essoufflé comme l'indique l'évaluation du PNDS 2007-2011. En effet, seul 26% des DS disposent d'une association des COSA fonctionnelle. Si 79,7% des CSI ont mis en place des comités de santé, aucun d'entre eux ne satisfait aux critères d'un COSA fonctionnel. On note que 2 DS sur 34 enquêtées ont mis en place une association des COSA. Par ailleurs, aucun hôpital de base n'a installé un comité de gestion dans lequel la communauté est représentée. Ce faible niveau d'implication des communautés à travers ces organes de gestion, pourrait être un des facteurs explicatifs de la baisse de l'utilisation des services de santé par la communauté qui est passée de 26,7% en 2005 à 23,8% en 2011²⁹. Cette faible participation des communautés s'explique entre autres par :

- ***le relâchement des acquis du PNDS 1992 -1996 :*** Depuis le début des années 2000, des efforts conséquents ont été focalisés sur la construction et la réhabilitation des infrastructures détruites au cours de la période de crise. Mais ces efforts n'ont pas toujours été accompagnés par des actions similaires coordonnées et concertées, relatives à la mise en place des paquets d'activités complets aux différents niveaux du système de santé. C'est ainsi que les activités de promotion de la santé n'ont plus fait l'objet de beaucoup d'attention alors que les communautés jouent un rôle particulièrement important dans leur mise en œuvre ;
- ***Les faibles capacités en matière de gestion du système de santé de districts.*** La pratique au cours des premières années de la mise en œuvre du PNDS consistait à mettre en formation tous les directeurs départementaux, les médecins chefs des districts sanitaires, les responsables des centres de santé intégré et les responsables des COSA afin de leur faire acquérir des compétences et leur donner des outils nécessaires pour la gestion des programmes de soins de santé primaires. Au cours de ces dernières années, ces formations n'ont plus eu lieu. De même, la supervision a beaucoup perdu dans sa fonction de formation et de renforcement des compétences techniques.
- ***L'appauvrissement de la fonction de responsable de COSA.*** Dans l'esprit du PNDS la mise en place d'un COSA vise une meilleure implication de la communauté à la gestion de la santé dans son aire de responsabilité. Cette implication recouvre la prise en compte des déterminants de la santé à l'échelle de l'aire de santé. C'est ainsi que les interventions en rapport avec la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'utilisation rationnelle des soins et services offerts par le CSI étaient des éléments constitutifs de leurs cahiers de charge. Au fil des ans, le rôle des COSA s'est réduit à la cogestion du CSI ou tout simplement à « un faire-valoir ».

²⁹ EDS II, *op cité*

2.5.2. La réponse à travers les relais communautaires

Depuis l'instauration des soins de santé primaire au Congo, trois approches d'offre de services par les relais ont été expérimentées : Les relais à paquet de services complet ou agents de santé communautaire, les relais à paquet promotionnel et les relais distributeurs.

2.5.2.1. Les relais à paquet de services complet ou agents de santé communautaire.

L'Agent de santé communautaire (ASC) constitue une extension organisationnelle et opérationnelle du centre de santé intégré. Il s'agit d'un individu identifié dans la communauté pour offrir des soins de base aux populations généralement non desservies par une formation sanitaire formelle. C'est un sous niveau complémentaire et intégré du système de santé de district assimilé parfois à un poste de santé. De nombreux villages très éloignés des centres de santé intégrés, sont couverts par cette catégorie de relais. Pour améliorer leur prestation, certains départements ont organisé des formations à l'intention de ces ASC et ont mis en place des mécanismes de leur rémunération. Diverses observations ont montré que la rémunération des agents communautaires de santé à la charge des ménages a eu comme perversion d'offrir assez souvent des soins onéreux et de faible qualité, à des populations dont les revenus sont généralement faibles³⁰.

Sur la base des expériences actuelles et face aux spécificités du contexte géographique du pays, il est indispensable que le recours aux ASC soit mieux encadré. Il s'agit de : (i) définir leur statut, (ii) définir le paquet de services attendus de l'ASC, (iii) assurer la formation initiale requise pour assurer cette offre, (iv) déterminer les conditions d'exercice de leurs fonctions, les modalités de suivi de leurs activités et leur supervision et (v) déterminer les modalités de prise en compte des résultats de leurs activités dans le système national de santé. La rationalisation de l'utilisation des ASC et de leur pratique est à ce prix.

2.5.2.2. Relais à paquet promotionnel.

Cette catégorie de relais communautaires est la plus répandue. Ils sont davantage actifs dans les grandes villes où les problèmes d'accessibilité géographique des formations sanitaires ne se posent pas avec la même acuité qu'à l'intérieur du pays. Deux missions essentielles leurs sont généralement attribuées : (i) la promotion des pratiques familiales essentielles et (ii) l'accroissement de la demande et de l'utilisation des services. Les relais communautaires sont très actifs dans les domaines du PEV, de la santé de la mère et de l'enfant, du VIH et de la nutrition.

L'expérience montre que ces relais échappent très souvent au contrôle des COSA et des équipes cadre des DS. Ils sont étroitement liés aux programmes et projets : (relais PEV, relais nutrition, relais VIH) qui les utilisent, de ce fait leur désignation et les modalités de leur utilisation en dépendent. Cette spécialisation est favorisée par la tendance à la verticalité des programmes et projets. Ce qui rend encore plus complexe la mise en place d'un vrai réseau des relais communautaires à paquet promotionnel complet, qui joueraient un rôle déterminant dans les actions de communication pour l'acquisition par les populations, des comportements favorables à la santé.

2.5.2.3. Relais distributeurs.

Ce sont des relais qui assurent, sous l'encadrement de certains programmes de santé, la distribution des médicaments. C'est le cas des programmes onchocercose, lèpre.... Tout comme pour les relais à paquet promotionnel, les relais distributeurs ne dépendent que des programmes qui les utilisent. Le paquet de service qui leur est attribué n'est pas formellement défini.

³⁰Ministère de la santé et de la population, *projet d'appui à la réinsertion des groupes défavorisés Diagnostic territorial 2011*

2.5.3. Réponse à travers les ONG

Régis par la loi de 1901, les organisations non gouvernementales (Association, fondation ...) sont des associations à but non lucratif basées sur le volontariat. A ce jour, on dénombre 55 centres médico sociaux et 30 cliniques gérés par les ONG et fondations. Ce type d'établissements, classés sous le statut de « formations sanitaires privées à but non lucratif » par la législation congolaise, contribuent à l'offre de soins (curatifs, promotionnels et préventifs). A l'instar des formations sanitaires publiques, ces structures appliquent le principe de recouvrement de coûts et permettent aux populations mêmes les plus éloignées d'avoir accès aux soins de santé primaires.

Malgré l'importante contribution des formations sanitaires privées à but non lucratif, on note encore beaucoup de faiblesses dont les principales s'articulent autour de deux points : (i) l'absence de liens fonctionnels entre les formations sanitaires privées et les organes de gestion des DS en ce qui concerne la supervision, la gestion des données sanitaires et outils de collecte, la référence/contre référence, l'application des normes et directives en vigueur dans le pays, et (ii) la non prise en compte des formations sanitaires privées à but non lucratif dans la carte sanitaire de la DS., limitant ainsi au seul secteur public le cycle de la planification nationale ;

2.6. Principaux problèmes, défis et leurs causes

Au terme de l'analyse de la situation sanitaire réalisée sur des bases factuelles, il ressort que l'état de santé de la population congolaise demeure préoccupant malgré les avancées observées dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile. Ce mauvais état de santé se manifeste par :

- i. une charge élevée de morbidité et de mortalité due entre autres, au paludisme, aux IRA ,à la tuberculose, aux maladies diarrhéiques, aux VIH/Sida et IST, à la malnutrition, aux Maladies non transmissibles (MNT) notamment l'hypertension artérielle, les Accidents vasculaires cérébraux (AVC) et aux Maladies tropicales négligées (MTN) ;
- ii. des éclosions des flambées épidémiques (choléra, poliomyélite, rougeole, coqueluche, chykungunya, fièvre jaune, rage, etc...) et,
- iii. l'augmentation de la fréquence des traumatismes en particulier ceux attribués aux accidents de la voie publique. *

Cette lourde charge de morbidité et de mortalité est aggravée par divers déterminants qui ont un réel impact sur la santé des populations et partant sur les performances du système de santé. De ce fait, la réduction de la charge de la morbidité et de la mortalité qui en découlent d'une part et le renforcement du système de santé d'autre part constituent les défis majeurs auxquels le pays doit faire face au cours des cinq prochaines années. Les principaux défis et leurs causes sont résumés et décrits ci-dessous.

Mauvaise gouvernance. Elle est caractérisée par :

- l'inadaptation du cadre juridique illustrée par la caducité des textes administratifs existant qui régissent le fonctionnement de certains organes et établissements de santé ;
- l'absence de politiques, stratégies et normes dans divers domaines du système de santé ainsi que des textes d'application de certains décrets et lois ;
- la faible capacité à faire appliquer les lois et textes en vigueur ;
- la mauvaise coordination du système qui se traduit par la multiplicité des organes de coordination et leur fonctionnement irrégulier ;
- l'utilisation peu rationnelle des ressources financières allouées au secteur comparativement aux performances accomplies.

Accès limité des populations aux soins et services médicaux de spécialité. L'accès limité des populations aux soins et services médicaux de spécialité est du à :

- l'inégale répartition géographique des HG et établissements spécialisés ;
- l'insuffisance de plateaux techniques conséquents ;

- l'insuffisance et la mauvaise répartition des ressources humaines disposant des compétences requises en matière de spécialités médicales et;
- l'absence d'une carte sanitaire formellement établie.

Couverture encore insuffisante en centres de santé intégrés et hôpitaux de base. La faible couverture du territoire en centres de santé intégrés est principalement le fait de :

- l'inadéquation du découpage du pays en DS ;
- l'insuffisance des DS développées ou revitalisées;
- l'insuffisance des DS disposant d'équipes cadres fonctionnelles ;
- le manque d'hôpitaux de base dans certaines DS et ;
- la faible couverture en CSI rationnalisés

Faible qualité des soins et services offerts. De façon globale, la qualité des soins et services offerts par les formations sanitaires publiques est encore limitée. Cette situation est due principalement à :

- l'insuffisance des paquets de services offerts ;
- le délabrement des infrastructures des établissements existants ainsi que la vétusté de leurs plateaux techniques ;
- la faible intégration des établissements sanitaires privés dans la carte sanitaire ;
- les ruptures fréquentes des stocks de médicaments, produits sanguins, réactifs et consommables et ;
- les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement dans les établissements sanitaires.

Faiblesse des capacités nationales en matière d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et évaluation des politiques, stratégies et plans d'action. Les faibles capacités nationales en matière d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, plans et stratégies se manifestent par :

- la faible capacité de planification à tous les niveaux du système (plans opérationnels budgétisés, conférence budgétaire, cadre de dépense à moyen terme) ;
- le faible niveau de mise en œuvre du plan national de suivi et évaluation ;
- l'insuffisance qualitative et quantitative des supervisions à tous les niveaux ;
- l'irrégularité des revues et des évaluations de qualité à tous les niveaux ;
- les faibles taux de complétude et de promptitude des rapports ;
- l'irrégularité dans la production des annuaires statistiques.

Financement inadéquat de la santé. L'inadéquation du financement de la santé est attribuée à divers facteurs parmi lesquels:

- le faible niveau de financement du secteur santé par le gouvernement (inférieur à 15% du budget national) ;
- l'inadéquation de la structure des budgets se traduisant par un sous financement des districts sanitaires ; l'accent étant mis sur les hôpitaux généraux au détriment des services de santé offrant les soins de santé primaires, les programmes et les hôpitaux de base ;
- la faible capacité d'élaboration des budgets- programmes à tous les niveaux du système de santé ;
- la forte centralisation de la dépense de santé relative aux investissements ;
- l'absence des mécanismes de pérennisation des financements des projets, programmes de santé publique et initiatives de gratuité, et ;
- l'irrégularité dans la production des Comptes nationaux de santé (CNS).

Faibles capacités de gestion et utilisation non rationnelle des ressources humaines. La gestion efficiente des ressources humaines en santé est confrontée aux faiblesses ci-après :

- l'absence d'un plan de développement des ressources humaines ;
- l'absence de référentiels des métiers de la santé ;
- le manque d'un descriptif des postes nécessaires pour le fonctionnement harmonieux du système de santé ;
- l'absence d'un système de gestion des compétences et ;
- l'insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines, attribuée à une production insuffisante et dont la qualité est relativement faible et ;

- l'inégale répartition des effectifs disponibles entre le milieu urbain et rural.

Disponibilité limitée des médicaments, réactifs, produits sanguins et autres produits médicaux dans les centres de santé et hôpitaux publics. La disponibilité limitée des médicaments et des produits médicaux dans les formations sanitaires résulte de :

- du dysfonctionnement de la centrale nationale d'achat dont la conséquence est le faible taux de satisfaction des commandes des formations sanitaires générant ainsi des ruptures répétées ;
- la faible capacité de gestion des médicaments, réactifs et des produits médicaux dans les centres de santé les hôpitaux et les programmes de santé publique quels que soient leurs niveaux et types ;
- l'absence d'un laboratoire national de contrôle qualité de médicaments ;
- l'insuffisance des pharmacies des DS et ;
- la faible couverture du pays en unités de fourniture de produits sanguins sécurisés.

Faible utilisation des services de santé publics par les populations. La faible utilisation des services de santé par les populations s'explique par :

- le mauvais accueil des patients ;
- les coûts élevés des soins et services au regard du niveau de pauvreté des populations ;
- l'absence d'approches pour susceptible d'accroître la demande et l'utilisation des soins et services offerts ;
- les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement dans les formations sanitaires ;
- l'insuffisance des visites à domicile qui devraient favoriser l'orientation et le rattrapage des perdus de vue et ;
- le dysfonctionnement des organes de participation communautaire (relais communautaire et COSA) ;

Capacités de gestion des infrastructures et équipements médicaux encore limitées. Les infrastructures qui abritent les services de santé et leurs équipements ne répondent pas toujours aux normes. Les observations majeures révèlent les principales faiblesses qui caractérisent l'acquisition, l'exploitation et le renouvellement des équipements médicotechnique. Elles sont essentiellement attribuées à :

- l'absence d'une politique cohérente de gestion des infrastructures et des équipements bio médicaux ; c'est ainsi que le ministère ne dispose ni d'un fichier central ni d'une base de données sur les infrastructures et les équipements médico- techniques au plan national. De même, la maintenance régulière des équipements est défaillante dans les formations sanitaires ;
- l'absence de normes des infrastructures et des équipements ; il en résulte des disparités et des incohérences relatives à la configuration des locaux et à la composition des plateaux techniques des formations sanitaires de même type ;
- l'absence de structures appropriées et d'allocations budgétaires dédiées à la maintenance des équipements bio médicaux ;
- l'insuffisance de personnels qualifiés en gestion des équipements bio médicaux et ;
- la non utilisation des outils appropriés pour la gestion des équipements bio médicaux.

Insuffisance et utilisation encore très limitées des bases factuelles pour guider la prise de décisions. Elle résulte du faible niveau de développement du système d'information sanitaire en dépit des progrès qui sont en cours. Cette faiblesse est attribuée à plusieurs facteurs notamment :

- les insuffisances juridiques liées à l'absence de textes instituant le système national d'information sanitaire au Congo : son organisation, son fonctionnement, ses outils et ses procédures ;
- le faible niveau d'appropriation et d'implication des acteurs clés (au niveau central, des directions départementales de la santé et des districts sanitaires) ;
- la faiblesse des compétences techniques en matière de collecte, traitement, analyse des données, production des rapports et exploitation des résultats et ;
- l'utilisation peu adéquate des allocations budgétaires dédiées au développement du SNIS.

Faible priorité accordée à la promotion de la santé. Accorder un rang de priorité élevé à la promotion de la santé dans l'ensemble des interventions du secteur et au-delà est un réel défi. A titre illustratif, aucun plan Intégré de communication sur les maladies prioritaires et autres évènements de santé publique, n'est mis en œuvre dans le pays. C'est également ainsi que le faible niveau de prise en compte des déterminants sociaux de la santé, la non application des dispositions du Règlement Sanitaire International (RSI) 2005, de la Responsabilité Sociale et Sociétale des Entreprises (RSE) et de la déclaration d'Adélaïde (Intégration de la composante santé dans les autres secteurs) traduisent à elles seules cette faiblesse. Il en résulte le développement de plus en plus accrus des comportements sociaux déviant : viol, criminalité, tabagisme, alcoolisme pour ne citer que ceux-là.

Problèmes liés au partenariat et à la participation communautaire. Les problèmes liés au partenariat et à la participation communautaire se résument en :

- la faiblesse des actions sanitaires réalisées au niveau communautaire, avec la participation effective des acteurs locaux ;
- la faiblesse du partenariat public-privé ;
- une coordination encore limitée des interventions des divers partenaires, par le ministère de la santé ;
- une collaboration intersectorielle peu opérationnelle, faute de plateforme et de mécanismes de collaboration entre les différentes parties prenantes ;
- des capacités de suivi des partenariats et des programmes de collaboration intersectorielle encore très limitées et ;
- des capacités de mobilisation des ressources encore insuffisantes.

Chapitre 3 : Vision, but, objectifs, résultats attendus et orientations stratégiques du Programme biennal de développement sanitaire 2015-2016.

Le Programme biennal de développement sanitaire (PBDS 2015-2016) est la déclinaison du PND 2012-2016 dans le secteur de la santé. Il prend en compte les préconisations du projet de société « le chemin d’avenir », s’inscrivant ainsi dans le cadre de la vision « Congo 2025, pays émergent ».

Le cadre de référence du PBDS 2015-2016 est constitué de la constitution qui consacre le droit à la santé, du PND qui fixe les orientations stratégiques globales et la politique nationale de la santé qui promeut l’équité, la solidarité, la démocratie et la probité. Le PBDS 2015-2016 se veut pertinent pour répondre aux défis liés à l’état de santé des populations et au système de santé. Son approche est globale et inclusive, intégrant de façon cohérente les soins de santé primaires, les soins hospitaliers et la médecine de pointe. Cette approche repose sur le renforcement du système de santé basé sur les six piliers recommandés par l’OMS, à savoir:

- la gouvernance : définition des stratégies nationales et sectorielles, clarification et définition des rôles, gestion d’ensemble
- les personnels de santé : faire en sorte que le secteur dispose de la force de travail adéquate ;
- le système d’information sanitaire : génération et utilisation de l’information, partage et gestion de la connaissance ;
- le financement de la santé : s’assurer d’un financement durable et d’une protection financière pour les populations ;
- les médicaments, vaccins, autres produits médicaux et technologie : s’assurer d’une quantité suffisante des médicaments, des produits médicaux, d’une infrastructure, et des équipements adéquats, et ;
- la prestation des services : améliorer l’organisation, la gestion et l’offre des soins et services de santé.

3.1. Vision

La vision du Gouvernement en matière de santé est de jeter les bases d’un développement sanitaire intégré et durable centré sur les attentes des bénéficiaires et dont les indicateurs de morbidité et de mortalité sont cohérents avec son développement économique.

C’est dans cette perspective que le PBDS 2015-2016 se veut être global et cohérent. Ce cadre stratégique intègre le développement des districts sanitaires, des établissements sous tutelle, des hôpitaux généraux et celui des structures spécialisées d’appui au diagnostic, au traitement et à la recherche. De même, le développement des structures administratives et de gestion ainsi que la participation de toutes les parties prenantes sont pris en compte dans le même cadre.

3.2. But

Le but du PBDS 2015-2016 est de contribuer à l’amélioration de l’état de santé et du bien-être de la population, sur l’ensemble du territoire national, en harmonie avec le développement économique et social tel qu’il est formulé par le PND 2012-2016.

3.3. Objectifs et résultats attendus du PBDS 2015-2016

Les objectifs stratégiques, généraux et spécifiques du PND 2012-2016 ont servi de base de réflexion pour formuler les objectifs du secteur de la santé pour la période 2015-2016. Une attention particulière est accordée aux objectifs spécifiques du PND 2012-2016³¹ indiqués dans le tableau ci-dessous.

³¹ Ministère de la santé et de la population: *Synthèse du rapport PAP-CDMT 2012-2016, juin 2011 Brazzaville*

Tableau n° 14 : Objectifs spécifiques du PND 2012-2016 et leur cible

<i>Objectif spécifique du PND 2012-2016</i>	<i>Cibles 2016</i>
Renforcer le fonctionnement des structures à tous les niveaux du système de santé	100% des structures sanitaires disposent d'un budget de fonctionnement 80% des plans d'action sont exécutés
Améliorer la gouvernance et le pilotage du secteur de la santé	le cadre juridique des structures sanitaires est disponible les organes de gestion des structures sanitaires fonctionnent régulièrement
Rationaliser et développer les normes et standards, protocoles de prise en charge et des guides thérapeutiques	les normes et standards des structures sanitaires sont mis en œuvre (protocoles, guides, bonnes pratiques, ...)
Améliorer la couverture sanitaire	tous les chefs-lieux de département sont dotés d'hôpitaux généraux tous les chefs-lieux de districts et de communes disposent 'un hôpital de référence doté d'un dépôt de sang le Congo dispose d'au moins 5 structures sanitaires spécialisées
Développer les ressources humaines de santé	les structures sanitaires construites/réhabilitées/équipées disposent de personnel qualitativement et quantitativement
Réduire les exclusions et les inégalités à l'accès aux services de soins	Toute la population congolaise bénéficie d'un accès égal aux soins : Assurance maladie couverte Prise en charge des populations vulnérables garantie (PVVIH, enfants, peuples autochtones)
Promouvoir les services de santé	La communauté, les ONG sont impliquées dans la gestion des problèmes de santé
Améliorer la qualité des prestations	Les structures sanitaires sont construites, réhabilitées et équipées conformément aux normes l'accueil dans les structures sanitaires est amélioré 80% de la population est satisfaite des prestations sanitaires le nombre d'évacuations sanitaires vers l'extérieur est réduit de plus de 50% le système d'assistance médicale d'urgence (SAMU) est rendu disponible au Congo dans les principales villes
Renforcer le système de gestion des médicaments	Les médicaments essentiels de qualité et à moindre coût sont disponibles dans toutes les structures sanitaires le Congo dispose des centrales d'achat performantes
Redynamiser les services d'appui au système de santé (LNSP, CNTS)	les structures d'appui au système de santé sont performantes et capables de répondre aux besoins des autres formations sanitaires le Congo dispose d'un laboratoire central de contrôle de qualité
Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et non ³² transmissibles	La morbidité due aux principales maladies transmissibles est réduite de plus de 50% Le VIH, le paludisme et la tuberculose sont sous contrôle les maladies tropicales négligées sont réduites de 50%

<i>Objectif spécifique du PND 2012-2016</i>	<i>Cibles 2016</i>
	la morbidité et la mortalité par maladies non transmissibles sont fortement réduites : AVC 50% ; Diabète moins de 5% ; HTA moins de 30% pour adultes
Renforcer le système de gestion des urgences, catastrophes et de ripostes aux épidémies	le Congo dispose d'un cadre logique et d'un plan permanent de ripostes contre les catastrophes et épidémies le plan stratégique des ripostes est mis en œuvre

3.3.1 Objectif général du PBDS 2015-2016

L'objectif général du PBDS 2015-2016 est de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité d'ici la fin de l'année 2016,

3.3.2 Objectifs spécifiques

La mise en œuvre du PBDS 2015-2016 vise plus spécifiquement à :

- i. réduire la mortalité maternelle de 426 à 407 décès pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2016 ;
- ii. réduire la mortalité néonatale, de 22 à 18 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2016 ;
- iii. réduire la mortalité infanto juvénile, de 68 à 52 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2016 ;
- iv. réduire les incidences/prévalences du VIH/SIDA, du paludisme et de la tuberculose, des autres maladies transmissibles et des maladies non transmissibles;
- v. réduire la prévalence des maladies tropicales négligées et des maladies évitables par la vaccination.

3.3.3. Résultats attendus

Au terme de la mise en œuvre du PBDS 2015-2016, les résultats ci-après décrits devront être observés :

- i. la gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé ;
- ii. au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux ;
- iii. dans chaque district sanitaire, l'hôpital de référence et au moins 50 % des centres de santé intégrés sont rationalisés ;
- iv. les directions centrales, les directions départementales, les districts sanitaires, les hôpitaux généraux, les établissements sous tutelle et les hôpitaux de base exécutent respectivement des plans de travail annuels budgétisés (PTAB) et des projets d'établissements adossés au PBDS 2015-2016 ;
- v. le plan stratégique de développement des ressources humaines est disponible et un programme biennal de développement des ressources humaines, adossé au PBDS 2015-2016 est exécuté ;

- vi. les cibles indiquées pour l'utilisation des services de santé par les populations et les taux de couverture des interventions des programmes de santé publique sont atteints dans au moins 50 % des districts sanitaires;
- vii. le système national d'information sanitaire est opérationnel et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports dont les résultats sont utilisés pour la gestion du système de santé à différents niveaux.

3.4. Orientations stratégiques et principales lignes d'action du PBDS 2015-2016

3.4.1. Amélioration de la gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé.

L'amélioration de la gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé sera réalisée à tous les niveaux à travers :

- i. *l'amélioration du cadre juridique par la prise des textes nécessaires à un fonctionnement cohérent du système de santé.* Il s'agit notamment de : (i) élaborer la loi fixant les orientations fondamentales de la santé ; (ii) élaborer les textes d'application de la réforme du cadre organique définissant les missions et régissant l'organisation et le fonctionnement des différentes structures et organismes du MSP ; (iii) actualiser les textes rendus caduques du fait de l'évolution du contexte national et international ; (iv) rendre disponible ces textes dans toutes les administrations et établissements sanitaires publics et privés et (v) organiser la vulgarisation de ces textes et s'assurer de leur bonne connaissance par les différents acteurs.
- ii. *le renforcement des capacités de l'Inspection générale de la santé (IGS).* Il s'agit précisément de : (i) former les cadres de l'IGS en matière de contrôle, audit et suivi de l'application des textes ; (ii) doter les structures chargées du contrôle et du suivi de l'application des textes en moyens logistiques et (iii) mettre en place et rendre opérationnelles les structures de l'inspection générale dans les départements et districts sanitaires.
- iii. *la mise en place et le suivi du fonctionnement des organes délibérants et consultatifs indiqués pour les hôpitaux généraux, les établissements sous tutelle, les hôpitaux de référence des districts sanitaires et les hôpitaux de base.* Il s'agit notamment de : (i) réviser les normes d'organisation et de fonctionnement des organes délibérants et consultatifs des formations sanitaires ; (ii) mettre en place les organes requis dans les structures sanitaires non encore pourvues et (iii) mettre en place un cadre de suivi du fonctionnement des organes et le rendre opérationnel.
- iv. *l'amélioration de la coordination du système de santé à tous les niveaux.* Cette amélioration consiste à : (i) mettre en place un comité de pilotage unique pour le système de santé dans son ensemble; (ii) mettre en place un cadre unique de coordination des interventions du secteur santé au niveau central ; (iii) mettre en place un cadre unique de coordination dans chaque département et (iv) s'assurer que tous ces organes de coordination sont opérationnels, se réunissent régulièrement et que les décisions prises sont suivies d'effets.
- v. *l'amélioration de la complétude et de la qualité des paquets de soins et services de santé offerts par les hôpitaux, les centres de santé et autres formations sanitaires, selon leurs types et leurs niveaux.* Elle se réalise à travers :
 - a) la mise en oeuvre effective du découpage du territoire national en districts sanitaires correspondant désormais aux districts administratifs et l'établissement d'une carte sanitaire. Il s'agit notamment de : (i) de redéfinir les normes d'organisation et de fonctionnement des districts sanitaires, (ii) réviser la classification des formations sanitaires tant publiques que privées et (iii) bâtir la carte sanitaire en conformité avec les normes révisées, et;

- b) l'amélioration de la couverture du territoire national en formations sanitaires opérationnelles et en structures d'appui, à travers la construction, la réhabilitation l'équipement des formations sanitaires;
- c) le développement des aires de santé. Il s'agira précisément de : (i) mettre en place et/ou redynamiser les équipes cadres des DS, (ii) actualiser et vulgariser les directives relatives à la gestion et au développement des DS ; (iii) organiser la formation et le recyclage des acteurs des DS à l'organisation et au fonctionnement des DS et des CS rationalisés, (iv) actualiser et vulgariser le manuel de gestion du DS ; (v) former les personnels à la supervision (du niveau central vers les départements médicaux, des départements vers les DS et des DS vers les CS).
- d) l'augmentation de l'offre de soins et services de qualité sur l'ensemble du territoire. Parallèlement à l'amélioration de la couverture du territoire national en formations sanitaires opérationnelles, il s'agit de : (i) élaborer / actualiser les normes et procédures de la qualité de l'offre de soins ; (ii) organiser la rationalisation de tous les CS, des hôpitaux de district; (iii) renforcer les services et unités cliniques des hôpitaux généraux en application des dispositions de leurs projets d'établissements ; (iv) élaborer et mettre en œuvre les plans d'amélioration de la qualité dans les formations sanitaires et établissements d'appui au diagnostic et au traitement et (v) rendre opérationnel dans chaque DS, le système de référence et de contre référence.

3.4.2. Renforcement des capacités de management des directions centrales, hôpitaux généraux, établissements sous tutelle, directions des départements médicaux, districts sanitaires, hôpitaux de district.

Ce renforcement se réalise à travers :

- l'élaboration et l'exécution de projets d'établissements (HG, LNSP et CNTS) et PTAB adossés au PBDS 2015-2016 ;
- la nomination à la tête de chaque DS d'un médecin chef et d'une équipe cadre complète ;
- la nomination à la tête de chaque hôpital de DS et de chaque hôpital général d'un directeur ayant le profil de directeur d'hôpital ou de gestionnaire d'une institution médico-sociale ;
- la formation et/ou le recyclage des animateurs des directions centrales, départements médicaux, districts sanitaires, hôpitaux de district, hôpitaux généraux et des structures sous tutelle en matière de gestion axée sur les résultats et ;
- la construction et/ou la réhabilitation ainsi que l'équipement des sièges des départements médicaux et des districts sanitaires ainsi que la construction du siège du ministère de la santé.

3.4.3. Accélération de la couverture de la population en soins et services essentiels de qualité.

Il s'agit d'assurer la mise en œuvre et porter à échelle le développement des paquets de soins et services essentiels de qualité dans tous les DS en vue d'atteindre la couverture universelle. Ces interventions concernent notamment :

- ***la consultation prénatale recentrée*** (CPN). Les principales lignes d'actions sont résumées comme suit: (i) l'actualisation des normes, procédures, directives et outils, (ii) la disponibilité des intrants requis y compris ceux de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les formations sanitaires, (iii) la formation des agents de santé des structures publiques et privées dans la prise en charge de la grossesse, (iv) l'intensification du dépistage des facteurs de risque, (v) l'amélioration de la qualité de la prise en charge des pathologies intercurrentes à la grossesse, (vi) l'utilisation des relais communautaires dans la sensibilisation et la détection des signes de danger et (vii) la promotion de la préparation à l'accouchement.
- ***la promotion de l'accouchement de qualité.*** Elle est réalisée à travers : (i) la modernisation des blocs d'accouchements, (ii) la mise à disposition de l'équipement technique et des intrants requis pour la surveillance de l'accouchement selon les niveaux de soins, (iii) la systématisation

de l'usage du partographe, (iv) l'organisation de la prise en charge des complications pendant l'accouchement (hypertension artérielle, hémorragies et dystociques...), (v) le renforcement de la lutte contre les infections et la gestion des déchets bio médicaux, (vi) la détection et la prise en charge des fistules obstétricales et (vii) le renforcement de la communication entre le personnel de santé et les usagers.

- ***l'extension de la couverture et la promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et de qualité*** Elle est réalisée grâce à : (i) la remise à niveau des plateaux techniques des formations sanitaires, (ii) l'organisation et la disponibilité des soins 24h/24h par un personnel de santé qualifié, (iii) la mise à disposition permanente des médicaments d'urgence selon les niveaux des soins, (iv) l'organisation de la référence obstétricale et néonatale et (iv) la formation et / ou le recyclage des agents de santé en charge des soins obstétricaux et néonataux.
- ***l'extension de la couverture et la promotion des soins obstétricaux néonataux d'urgence complets (SONUC) de qualité.*** grâce à : (i) la remise à niveau des plateaux techniques des formations sanitaires, (ii) l'organisation et la disponibilité des soins 24h/24h par un personnel de santé qualifié, (iii) la mise à disposition permanente des médicaments d'urgence, (iv) l'amélioration de l'accès à la chirurgie obstétricale, (v) l'amélioration de la disponibilité et de l'accès aux produits sanguins sécurisés, (vi) la promotion et l'institutionnalisation de la revue des cas des décès maternels, néonataux, et des complications obstétricales majeures, (vii) la formation et/ou le recyclage des agents de santé et (viii) l'organisation de la référence obstétricale et néonatale.
- ***l'extension de la couverture et la promotion de la consultation post natale (CPON) de qualité.*** Elle est réalisée grâce à: (i) l'intégration effective de la consultation post natale dans les paquets de soins et services offerts par les centres de santé et hôpitaux y compris le dépistage du cancer du col de l'utérus, (ii) la dotation des formations sanitaires en technologies contraceptives, (iii) la formation et/ou le recyclage des agents de santé sur la consultation post natale et la prise en charge des clientes, (iv) la promotion de la consultation post natale et de l'allaitement exclusif au lait maternel dans les communautés.
- ***l'extension de la couverture et la promotion des soins au nouveau-né.*** Elle est réalisée à travers : (i) la dotation en équipements et intrants pour la prise en charge du nouveau-né, (ii) la prévention des infections pendant l'accouchement (iii) l'amélioration des soins de base à la naissance, (iv) l'amélioration de la prise en charge des nouveau-nés vulnérables, (v) la formation des prestataires de santé à la prise en charge du nouveau-né sain et malade et (vi) la promotion des soins communautaires aux nouveau-nés.
- ***la vaccination.*** Les principales lignes d'actions comprennent : (i) la pérennisation du financement de la vaccination, (ii) l'intégration de la vaccination dans toutes les formations sanitaires ambulatoires tant publiques que privées, (iii) la poursuite et le renforcement du processus d'intégration des nouveaux vaccins dans les PEV de routine, (iv) la mise en œuvre effective de la stratégie « atteindre chaque district », (v) la remise à niveau et la maintenance de la chaîne de froid sur l'ensemble du territoire, (vi) le renforcement de la sécurité des injections, (vii) l'organisation de la prise en charge des cas de Manifestations adverses post immunisation (MAPI) et l'organisation des activités de vaccination supplémentaire.
- ***la supplémentation en vitamine A et le déparasitage systématique.*** Les principales lignes d'actions comprennent : (i) l'intégration de ces deux interventions dans les paquets de service des centres de santé en les offrant au cours des CPN et des activités de vaccination de routine et supplémentaires, (ii) la promotion de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage systématique et (iii) leur extension aux enfants inscrits dans les établissements des cycles préscolaires.

- ***l'amélioration de la qualité de la consultation curative.*** Elle est accomplie grâce à : (i) la révision des stratégies-plaintes-traitement (ordinogramme) en y intégrant les protocoles de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ainsi que les directives des programmes spécifiques, (ii) la formation et/ou le recyclage des agents des CS et des postes de santé à la rationalisation de la consultation curative, (iii) la dotation des postes et centres de santé en matériel médical et fournitures techniques requis, (iv) l'approvisionnement régulier des postes et centres de santé en médicaments essentiels et autres produits médicaux et (v) la promotion de l'utilisation des postes et centre de santé auprès des populations desservies.
- ***l'extension et la promotion du Tri-évaluation-traitement d'urgence (TETU) dans les hôpitaux.*** Elle est accomplie grâce à : (i) la vulgarisation des directives, (ii) la formation des agents de santé en charge des consultations externes et des urgences dans les hôpitaux des districts, (iii) l'approvisionnement régulier des hôpitaux en médicaments essentiels et autres produits médicaux , (iv) la dotation des formations sanitaires en matériels, fournitures techniques et autres intrants et (v) le renforcement de la supervision.
- ***l'extension de la couverture et la promotion de la consultation des enfants d'âge préscolaire.*** Elle est réalisée à travers : (i) l'intégration systématique de la consultation des enfants d'âge préscolaire dans les paquets des soins et services offerts par les postes et centres de santé, (ii) la formation et/ou le recyclage des agents sur la surveillance de la croissance, la détection et la prise en charge de la malnutrition modérée, de la malnutrition chronique et des autres maladies de l'enfance et (iii) l'organisation des activités nutritionnelles en approche communautaire.
- ***l'extension de la couverture et la promotion de la Planification familiale (PF).*** Elle est réalisée grâce à : (i) l'intégration de la consultation des naissances désirées dans tous les CS publics et privés, (ii) la mise à disposition et l'approvisionnement régulier des postes et centres de santé, en technologies contraceptives et autres intrants requis et (iii) l'intensification de la sensibilisation des couples sur la PF.
- ***le renforcement de l'éradiation de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME).*** Il est réalisé grâce à : (i) l'intégration du dépistage du VIH à l'initiative du prestataire dans toutes les formations sanitaires publiques et privées qui offrent la CPN, la PF ainsi que dans toutes les maternités, (ii) la promotion de la délégation des tâches relatives à la prescription des ARV en vue de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, (iii) la mise à disposition et l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en ARV et autres intrants requis, (iv) la formation et/ou le recyclage des agents de santé, (v) l'intensification de la sensibilisation de la communauté et la promotion de l'utilisation des services d'eTME par les conjoints et (vi) l'intensification de la prévention primaire du VIH dans les communautés.
- ***l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins et services offerts aux personnes vivant avec le VIH.*** Elle est réalisée à travers : (i) l'intensification de la communication pour le changement de comportement dans les groupes les plus à risques, (ii) l'amélioration de la disponibilité et l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en ARV, médicaments requis pour le traitement des infections opportunistes, tests et réactifs de laboratoire et autres produits médicaux, (iii) la formation et/ou le recyclage des agents de santé et (iv) l'organisation dans toutes les formations sanitaires publiques et privées du conseil et du dépistage volontaire du VIH et de la prise en charge des cas.
- ***l'amélioration de la couverture et de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'efficacité (MIILDE).*** Elle est réalisée à travers : (i) l'acquisition des moustiquaires, (ii) l'intégration de leur distribution dans les paquets de services offerts par les formations sanitaires, (iii) le renforcement de leur distribution au niveau communautaire à travers des relais communautaires et diverses institutions de façon à atteindre la couverture universelle et (iv) l'intensification de la sensibilisation de la communauté sur l'importance des MIILDE et leur utilisation.

- ***l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des traitements sous observance directe de la tuberculose (DOTS).*** Elle est réalisée grâce à : (i) l'intégration des DOTS dans toutes les formations sanitaires publiques et privées, (ii) la prise en charge de la co-infection et des formes multi résistantes, (iii) l'équipement des formations sanitaires en matériels et fournitures de dépistage de la tuberculose, (iv) l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en médicaments, produits médicaux et autres intrants nécessaires au dépistage, à la prise en charge et au suivi des sujets tuberculeux y compris le ratrapage des abandons (v) la formation et/ou le recyclage des agents de santé, (vi) le renforcement des laboratoires en matière de dépistage de la tuberculose et (vii) l'intensification de la sensibilisation dans les communautés.
- ***l'extension de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à l'ensemble des CS, des postes de santé et en milieu communautaire.*** Elle est réalisée grâce à : (i) l'adaptation des modules et autres outils et leur diffusion dans les districts sanitaires, (ii) la formation et/ou le recyclage des agents de santé et des relais communautaires, (iii) la dotation et l'approvisionnement régulier des formations sanitaires et des relais communautaires en médicaments, produits médicaux et autres intrants requis, (iv) au développement des outils de suivi au niveau communautaire et (v) à l'intensification de la supervision.
- ***la redynamisation de la santé scolaire et universitaire.*** Elle est réalisée à travers : (i) l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de promotion de la santé scolaire, (ii) le renforcement du dépistage des maladies en milieu scolaire, (iii) l'organisation de la prise en charge des cas détectés, (iv) la mise en place de structures sanitaires de proximité à même d'assurer aux élèves et étudiants des soins courants ainsi qu'une prise en charge psychosociale de qualité et (v) la promotion de la santé et des conditions d'hygiène et assainissement en milieu scolaire.

3.4.4. Amélioration de la couverture des formations sanitaires en services d'hygiène essentiels.

Il s'agit précisément de : (i) la mise en place des structures d'hygiène des formations sanitaires selon leurs niveaux, (ii) la formation et/ou le recyclage des acteurs et du personnel dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement, (iii) la mise en place des dispositifs d'hygiène du milieu dans les formations sanitaires (latrines, espaces verts et autres matériels), (iv) l'équipement des formations sanitaires en dispositifs de gestion des déchets biomédicaux (eau courante, poubelles, bacs à ordures, incinérateurs, ouvrages de gestion des eaux usées, station d'épuration des eaux usées), (v) la dotation des hôpitaux de référence des districts sanitaires et hôpitaux généraux en morgues, (vi) l'organisation de la lutte contre l'insalubrité de l'environnement des soins et (vii) le développement les mécanismes d'éducation des usagers et du personnel des formations sanitaires dans le domaine de la salubrité de l'environnement.

3.4.5. Renforcement de la contribution du secteur privé à l'offre de soins et services de santé.

Il s'agit de : (i) la mise en place d'une autorité de régulation de l'installation et du fonctionnement des formations sanitaires privées, (ii) la mise en place des outils d'agrément et d'accréditation des formations sanitaires privées, (iii) le respect et l'application des normes de l'offre de soins et services de santé élaborés par le ministère de la santé, (iv) le suivi auprès des formations sanitaires privées de l'application effective des normes et procédures, l'utilisation des outils de gestion des activités et des supports standards du système d'information sanitaire, (v) la mise en place d'une plateforme de concertation entre les secteurs privé et public, (vi) la prise en compte des structures sanitaires privées dans l'organisation des sessions de formation et/ou de recyclage du personnel de santé et (vii) l'organisation des missions de supervisions des formations sanitaires privées dans les districts sanitaires.

3.4.6. Renforcement de la supervision dans les districts sanitaires.

Il s'agit de : (i) l'élaboration d'un guide et des outils standards de supervision intégrée, de leur large diffusion et du suivi de leur application dans l'ensemble des districts sanitaires, (ii) la formation des acteurs concernés, en matière de supervision, à tous les échelons du système de santé, (iii) la supervision des établissements sanitaires du secteur privé et (iv) la dotation des équipes des directions centrales, départements et districts sanitaires en véhicules de supervision.

3.4.7. Amélioration de l'équité dans l'accès aux paquets de soins et services essentiels.

L'amélioration de l'équité dans l'accès aux paquets de soins et services essentiels implique l'organisation des stratégies avancées et mobiles à partir des formations sanitaires. Pour y parvenir, il s'agit de : (i) la définition des paquets de soins et services de santé devant être offerts en stratégies avancées et mobiles en fonction des zones concernées et la détermination des modalités de leur mise en œuvre, (ii) l'acquisition des cliniques mobiles destinées aux districts sanitaires, (iii) la dotation des districts sanitaires en ressources humaines requises en quantité et qualité et (iv) le financement des coûts opérationnels associés aux missions de terrain.

3.4.8. Amélioration de la disponibilité, la qualité et l'usage rationnel des médicaments et produits médicaux.

Il s'agit de : (i) la création d'une centrale nationale d'achat des médicaments, réactifs et vaccins conformément aux orientations de la politique nationale de santé, (ii) l'actualisation et l'application effective des documents de référence : le Plan pharmaceutique national, la liste nationale des médicaments et les schémas d'approvisionnement, (iii) la mise en place des pharmacies dans chaque département médical et chaque district sanitaire, (iv) la mise en place dans chaque hôpital d'une pharmacie accomplissant effectivement les fonctions de pharmacie hospitalière, (v) la formation des personnels de santé en matière de gestion des médicaments, (vi) la formation et/ou le recyclage des prescripteurs à l'usage rationnel des médicaments, selon leurs niveaux, (vii) la construction d'un laboratoire de contrôle qualité des médicaments et produits médicaux et (viii) la mise en place d'une autorité nationale de réglementation pharmaceutique indépendante.

3.4.9. Amélioration de la disponibilité et de la qualité des produits sanguins.

Il s'agit de : (i) la promotion du don de sang bénévole sur toute l'étendue du territoire (ii) la formation et/ou le recyclage du personnel en matière de gestion des produits sanguins, (iii) l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement du CNTS et (iv) la construction et/ou réhabilitation et/ou l'équipement des structures de transfusion sanguine dans tous les districts sanitaires.

3.4.10. Promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les districts sanitaires.

La promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les districts sanitaires est réalisée grâce à : (i) l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie définissant le paquet de services du niveau communautaire, les modalités et les ressources requises pour leur mise en œuvre, (ii) la mise en place d'un cadre juridique approprié pour les relais communautaires et (iii) le développement des mécanismes de suivi et évaluation des relais communautaires.

3.4.11. Renforcement des capacités nationales en matière de préparation et de réponse aux urgences.

Il s'agit de : (i) la mise en œuvre des dispositions du plan de préparation et de réponse aux urgences notamment : le pré-positionnement des médicaments, consommables et autres matériels nécessaires à l'organisation de la réponse aux urgences dans les districts sanitaires, la mise en place des équipes d'intervention rapide dans les départements et l'acquisition par le LNSP des moyens logistiques leur permettant de diligenter les investigations en cas d'épidémie.

Chapitre 4 : Interventions des programmes prioritaires

L'importance des défis identifiés dans l'analyse de la situation et la nécessité de tenir compte des principes de la gestion axée sur les résultats, ont conduit à décliner le PBDS 2015-2016 en cinq (05) programmes prioritaires qui concourent à l'atteinte des cinq objectifs spécifiques énumérés plus haut.

4.1. Programme de Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

Ce programme est mis en œuvre à travers l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité du paquet intégré d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact pour le couple mère/enfant. La mise en œuvre de cette approche intégrée des interventions pour la gestion de la santé de la mère et du nouveau-né passera par un accroissement de la couverture sanitaire notamment dans les zones difficiles d'accès dans le cadre d'un renforcement général du système de santé. Pour contribuer à l'atteinte des objectifs, les soins et services ci-dessous décrits, doivent être offerts :

- la consultation prénatale recentrée en assurant la complétude de ses interventions dans chacune des formations sanitaires publiques et privées ;
- l'accouchement de qualité par un personnel formé et assuré selon les normes établies, dans des maternités modernisées et équipées selon leurs niveaux ;
- les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets offerts dans les centres de santé et hôpitaux selon leurs niveaux et conformément aux normes établies ;
- la consultation post natale intégrée dans les paquets de services offerts par les formations sanitaires selon leurs niveaux y compris le dépistage et la prise en charge des cancers gynécologiques ;
- la consultation curative organisée dans les postes et centres de santé conformément aux principes de la rationalisation des soins, aux instructions et aux directives techniques des programmes spécifiques ;
- les revues des cas des décès maternels institutionnalisés et progressivement intégrés dans le dispositif de surveillance épidémiologique y compris la riposte ;
- la planification familiale organisée dans les postes, centres de santé et hôpitaux conformément aux normes établies ;
- la sécurisation des produits de santé de la reproduction selon les normes ;
- les soins essentiels aux nouveau-nés dans les formations sanitaires et dans la communauté selon les normes établies ;
- les soins adaptés à la santé des adolescents et des jeunes prenant en compte la prévention des grossesses précoces, la prévention de l'usage de substances nocives (alcool, tabac, drogues), la lutte contre les infections sexuellement transmises y compris le VIH, la prévention des traumatismes liés aux accidents et le traitement des pathologies courantes conformément aux standards établis ;
- la communication pour le changement de comportement, assurée au sein des ménages, des familles, des communautés ainsi que dans les formations sanitaires et autres institutions.

4.2. Programme de lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile

La mise en œuvre du programme de lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile reposera essentiellement sur le développement et la mise à échelle d'actions préventives et curatives de santé infantile, plus précisément de nutrition, d'hygiène, eau assainissement, de vaccination et de la PCIME au centre de santé et au niveau communautaire, de façon à garantir la continuum des soins jusqu'à l'âge de 5 ans. Ce programme reposera sur :

- la promotion des interventions de nutrition devant permettre de réduire l'incidence des différentes formes de malnutrition en ciblant leurs causes directes et sous-jacentes. Ces interventions comprennent : l'allaitement exclusif au lait maternel, la supplémentation en

micronutriments y compris la vitamine A, la fortification des aliments, les conseils nutritionnels, le déparasitage systématique périodique des enfants de 0 à 5 ans et le traitement de la malnutrition aiguë, sévère et modérée ;

- la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant assurée dans les formations sanitaires publiques et privées et selon l'approche communautaire ;
- le renforcement du programme élargi de vaccination à travers : l'amélioration de la planification des besoins et de la gestion des vaccins et du programme dans son ensemble, l'introduction de nouveaux vaccins contre les maladies de l'enfance, et la réhabilitation ainsi que le renouvellement des équipements de la chaîne de froid ;
- la pérennisation du financement de la vaccination par la mobilisation des ressources additionnelles dans le cadre de l'indépendance vaccinale ;
- la promotion des conditions d'hygiène individuelle et collective réalisée à travers le lavage systématique des mains, la gestion adéquate des excréta, le traitement et de la conservation de l'eau dans les ménages et ;
- la promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticides à longue durée d'efficacité en vue d'atteindre la couverture universelle.

4.3. Programme de lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées ainsi que la préparation et la reponse aux urgences.

4.3.1. Lutte contre le paludisme.

Elle reposera sur :

- la lutte anti vectorielle intégrée ;
- le renforcement des mesures préventives (MILDE et TPI.) ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge des cas ;
- la formation continue des personnels de santé dans la prise en charge du paludisme ;
- la disponibilité des médicaments essentiels et autres produits médicaux ;
- le développement de la communication pour le changement de comportement avec implication de la communauté ;
- le renforcement de la surveillance épidémiologique et ;
- le renforcement de la surveillance de la résistance aux antipaludiques.

4.3.2. Lutte contre le VIH/SIDA.

Elle reposera sur.

- l'intensification du conseil dépistage volontaire dans les formations sanitaires, tant publiques que privées ;
- la communication pour le changement de comportement dans les groupes les plus à risques ;
- le renforcement des capacités de prévention et la sensibilisation au profit des groupes vulnérables ;
- le renforcement de la sécurité transfusionnelle et le développement de la sécurité en milieu de soins ;
- la décentralisation de la dispensation des ARV aux Personnes vivants avec le VIH (PVVIH) par l'augmentation des structures de prise en charge ;
- l'amélioration de la disponibilité et de l'accès aux ARV, réactifs et autres intrants requis pour une prise en charge de qualité ;
- la formation des personnels de santé en vue d'une prise en charge médicale, psychosociale et nutritionnelle des PVVIH. ;
- l'extension et l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du dispositif de gratuité des ARV avec un accent particulier mis pour les mères et les enfants séropositifs y compris ceux avec co-infection ;
- la mise à échelle de la stratégie d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) ;
- l'organisation avec le concours de la société civile, de la prise en charge des orphelins du sida et des nouveau-nés séronégatifs de mères séropositives sur le plan nutritionnel ;

- la promotion du dépistage volontaire et anonyme intégré au sein de la population et ;
- le développement des activités de suivi-évaluation et de la recherche.

4.3.3. Lutte contre la tuberculose.

Elle reposera sur :

- le renforcement de la capacité managériale du programme, notamment du suivi évaluation des activités ;
- l'intégration du DOTS dans tous les CSI, les hôpitaux et les formations sanitaires privées ;
- l'équipement des formations sanitaires en matériels de dépistage de la tuberculose ;
- la disponibilité des intrants nécessaires pour le dépistage ;
- le renforcement de la prise en charge (y compris des cas de tuberculose multi résistante et les cas de co-infection TB-VIH) et ;
- la formation des personnels de santé à la prise en charge de la tuberculose;

4.3.4. Lutte contre les maladies tropicales négligées.

La lutte contre l'ulcère de Buruli, l'onchocercose, la filariose lymphatique, la lèpre et les autres maladies tropicales négligées reposera sur :

- le renforcement des capacités de gestion des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées ;
- la mise à échelle des interventions de prise en charge intégrée de ces maladies ;
- l'organisation des campagnes intégrées de chimiothérapie préventive ;
- l'intégration des activités de lutte contre les maladies tropicales négligées dans les paquets de services offerts par les formations sanitaires des zones concernées et ;
- l'amélioration des conditions d'utilisation des relais communautaires.

4.3.5. Préparation et réponse aux urgences et catastrophes.

La préparation et la réponse aux urgences reposent sur :

- la mise en oeuvre des dispositions du plan de préparation et de réponse aux urgences du secteur santé ;
- la mise en place et le suivi du fonctionnement régulier des organes de gestion et de coordination de la réponse aux urgences au niveau central et dans les départements ;
- le pré-positionnement des médicaments, consommables et autres matériels nécessaires à l'organisation de la réponse aux urgences et catastrophes dans les départements médicaux ;
- la mise en place des équipes opérationnelles d'intervention rapide dans les départements ;
- l'acquisition par le LNSP des moyens logistiques leur permettant de diligenter les investigations en cas d'épidémie et ;
- la vulgarisation du guide de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR).

4.4. Programme de prévention, prise en charge et contrôle des maladies non transmissibles

Les interventions relatives à la prévention, la prise en charge et au contrôle des maladies non transmissibles reposent sur :

- l'élaboration des textes juridiques (lois, décrets, arrêtés, note de service...) requis pour encadrer les actions de prévention, de prise en charge des maladies non transmissibles et de promotion de la santé et l'évaluation de la mise en œuvre de la loi anti-tabac ;
- la vulgarisation des principales MNT au sein de la population ;
- l'intégration de la détection précoce des maladies non transmissibles dans les formations sanitaires ambulatoires publiques et privées ;
- la formation des personnels de santé à la prise en charge des cas à tous les échelons (CS et HD) ;
- l'approvisionnement régulier en médicaments essentiels et consommables de qualité et ;
- la réduction des barrières financières à l'accès aux médicaments essentiels, aux soins et services requis pour la prévention et le traitement des MNT ;
- la promotion de l'activité physique régulière individuelle et d'une alimentation saine et;
- la vulgarisation du guide de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR).

4.5. Programme de renforcement du système de santé

La revitalisation du système de santé dans son ensemble reposera essentiellement sur le renforcement des composantes suivantes :

- l'amélioration de la gouvernance et du pilotage du système de santé ;
- le développement de la couverture ;
- le développement du système national d'information sanitaire, la recherche et la gestion de la connaissance en santé ;
- le développement des ressources humaines pour la santé ;
- la disponibilité permanente des médicaments, vaccins, produits sanguins et technologies médicales ;
- la pérénisation du financement du secteur et ;
- l'implication de la communauté dans la gestion du système de santé.

4.5.1. Renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé.

Le renforcement de la gouvernance et du pilotage du système de santé dans son ensemble sera réalisée à travers :

- la révision du cadre juridique par la prise des textes nécessaires au fonctionnement cohérent du système de santé (loi d'orientation de la santé, loi instituant le PNDS, décret portant création du comité de pilotage du PNDS et leurs textes d'application) ;
- la vulgarisation des textes juridiques dans toutes les administrations et établissements de santé ;
- la construction et/ou réhabilitation et l'équipement du ministère, directions centrales, des départements médicaux, districts sanitaires, hôpitaux et centre de santé ;
- l'informatisation du système de santé à tous les niveaux ;
- le renforcement des capacités de l'inspection générale de la santé (formation, mise en place des organes de contrôle, d'audit et de suivi dans les départements médicaux et les DS et dotation en moyens logistiques) ;
- la mise en place du comité de pilotage du PNDS et des organes de coordination dans les départements ;
- la mise en place de plateformes fonctionnelles de concertation intersectorielle avec notamment (i) les secteurs de l'enseignement supérieur et l'enseignement technique professionnel pour la production des ressources humaines de santé de qualité, (ii) la fonction publique pour le recrutement rationnel des agents de santé, (iii) les affaires sociales et la sécurité sociale pour la mise en place de la couverture maladie universelle ainsi que pour la riposte contre les catastrophes et autres urgences ;
- la mise en place des équipes cadres ainsi que d'autres organes de gestion dans les districts sanitaires et ;
- la formation des gestionnaires/managers dans le cycle de gestion (planification, suivi, monitorage et évaluation) ;

4.5.2. Développement de la couverture sanitaire nationale.

Le développement de la couverture sanitaire nationale sera réalisé par :

- la mise en œuvre du découpage du pays en districts sanitaires et en aires de santé, conformément à la réforme du cadre organique ;
- la mise en place dans chaque district sanitaire, d'une équipe cadre capable d'initier et conduire à terme les processus de développement des aires de santé et de rationalisation des CS et hôpitaux ;
- l'implantation des formations sanitaires (publiques et privées) selon leurs types, conformément aux besoins et aux normes établies par la carte sanitaire ;
- la rationalisation des centres de santé et hôpitaux des districts dans leur ensemble ;
- la mise en place de systèmes opérationnels de référence et contre référence ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de promotion de la santé scolaire et ;

- la mise en place de centres de santé scolaire de proximité à même d'assurer aux élèves et étudiants des soins courants, le dépistage et la prise en charge des maladies en milieu scolaire, la prise en charge psychosociale et la promotion de la santé en milieu scolaire.

4.5.3. Développement du système national d'information sanitaire, de la recherche en santé et de la gestion de la connaissance.

Il sera réalisé à travers :

- le renouvellement des équipements informatiques ;
- l'acquisition des technologies appropriées pour la transmission des données ;
- l'extension à l'ensemble des formations sanitaires publiques et privés, des supports électroniques établis pour la saisie et le transfert des données sanitaires ;
- la dissémination des outils du SNIS dans l'ensemble des formations sanitaires ;
- la formation et/ou le recyclage des gestionnaires des données aux techniques de collecte, traitement et analyse y compris dans le domaine de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SMIR) ;
- l'organisation des missions de supervision- formation des gestionnaires des données aux différents niveaux du système de santé ;
- la systématisation des sessions de revue et de validation des données dans les départements et les districts sanitaires ;
- l'organisation périodique du monitorage de la couverture en paquets de services essentiels dans les aires de santé ;
- la production et la diffusion des rapports et de l'annuaire statistique sanitaire, et ;
- l'élaboration de la stratégie nationale de la recherche en santé.

4.5.4. Développement des ressources humaines en santé.

Le développement des ressources humaines en santé sera réalisé à travers :

- la finalisation et la mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines pour la santé ;
- l'augmentation des capacités de production des Ressources humaines en santé (RHS) de qualité ;
- le fonctionnement régulier des plateformes de collaboration et de partenariat avec les ministères en charge de l'enseignement supérieur, et de l'enseignement technique et professionnel ;
- l'adoption et l'utilisation des outils essentiels de planification et de gestion des RHS ;
- la mise en place des descriptions des postes et des profils des fonctions dans les administrations et établissements de santé ;
- la mise en place de mécanismes de suivi des carrières des agents de santé ;
- la mise en place et le fonctionnement régulier de l'Observatoire national des ressources humaines pour la santé au sein de l'Observatoire national de la santé ;
- l'exécution des projets de formation continue des personnels paramédicaux et de formation initiale ;
- l'application des mesures visant la fidélisation des agents ainsi que la réduction les phénomènes de migrations internes et externes des personnels de santé.

4.5.5. Amélioration de la disponibilité des médicaments, vaccins et produits sanguins

- a. L'amélioration de la disponibilité des médicaments sera réalisée à travers :

- la création de la nouvelle centrale nationale d'achat de médicaments, réactifs et vaccins ;
- l'actualisation et la mise en œuvre du schéma directeur national des approvisionnements, de répartition et de distribution des médicaments ;
- la formation et/ou recyclage des agents de santé en matière de gestion des médicaments ;
- la mise en place et le fonctionnement régulier d'une pharmacie dans chaque district sanitaire ;
- la révision périodique et la diffusion de la liste nationale des médicaments essentiels ;

- la formation et/ou le recyclage des prescripteurs à l'usage rationnel des médicaments essentiels génériques et ;
 - la construction et le fonctionnement régulier d'un laboratoire de contrôle qualité des médicaments et produits de santé.
- b. En ce qui concerne les produits sanguins sécurisés et ses dérivés, l'amélioration de leur disponibilité sera assurée à travers :
- l'élaboration d'une politique nationale de don volontaire de sang ;
 - la formation et/ou le recyclage du personnel en gestion des produits sanguins dans les unités de transfusion sanguine ;
 - l'élaboration et l'exécution du projet d'établissement du CNTS, comme cadre de référence de son fonctionnement et son développement et ;
 - la construction, la réhabilitation et l'équipement de 4 centres interdépartementaux de transfusion sanguine, des postes de transfusion sanguine dans les hôpitaux de district et hôpitaux généraux ainsi que des dépôts de sang.

4.5.6. Amélioration de la qualité des soins.

Au-delà de la construction et/ou de la réhabilitation des infrastructures, de la remise à niveau des plateaux techniques des formations sanitaires et de la disponibilité des médicaments et produits médicaux, l'amélioration de la qualité des soins et services est réalisée à travers :

- l'élaboration et l'application effective des protocoles et procédures accompagnés de directives et instructions techniques relatives aux différents types de soins et services établis selon les types et niveaux des structures de soins ;
- la mise en œuvre de programmes d'assurance qualité ;
- la formation et/ou le recyclage des prestataires des soins et services de santé ;
- le suivi post formation des personnels de santé et ;
- le renforcement de la supervision des personnels de santé à tous les niveaux de l'offre de soins et de services de santé.

4.5.7. Financement du secteur .

Dans le domaine du financement de la santé, il s'agira d'assurer un financement durable plus équitable et plus efficace à travers :

- l'augmentation en 2015 et 2016 de l'allocation de l'Etat au secteur santé pour atteindre l'objectif d'Abuja (au moins 15% du budget général) ;
- l'amélioration de la participation du secteur privé au financement de la santé ;
- la rationalisation et la réduction des contributions des ménages soutenues par : (i) des mécanismes de tarification plus adaptés à la capacité de contribution des populations ; (ii) la rationalisation des soins et de la prescription médicale ;
- l'institution de l'assurance maladie universelle ;
- la mise en place des mécanismes des financements innovants ;
- le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et l'augmentation des contributions des partenaires au financement de la santé ;
- l'amélioration de la gestion et de l'utilisation des ressources du secteur, pour une meilleure efficience ;
- l'extension de l'approche du Financement basé sur la performance (PBF) dans les districts sanitaires ;
- la mise en place de plateformes de concertation et de collaboration avec les ministères en charge des finances, du budget, du travail et de la sécurité sociale ;
- l'élaboration systématique des comptes nationaux de la santé sur une périodicité annuelle et ;
- la rationalisation des processus d'élaboration et d'exécution des budgets en se basant sur l'approche de Gestion axée sur les résultats (GAR) ;

4.5.8 Participation communautaire.

Elle sera réalisée à travers :

- l'élaboration d'un référentiel définissant le paquet de service du niveau communautaire ;
- le développement des mécanismes de suivi et de supervision des activités des relais communautaires ;
- la mise en place et l'encadrement des organes de participation communautaires (COSA, COGES, associations et fédérations de COSA) ;
- la formation des membres et le suivi régulier du fonctionnement des organes de participation communautaire (élection des membres, tenue des assemblées...) et ;
- l'amélioration de l'utilisation des services par les communautés grâce à : (i) une meilleure formation des agents de santé dans le domaine de l'accueil et de la réactivité à la demande de soins, (ii) la réduction des barrières associées aux financements directes par les usagers ; (iii) une meilleure information des populations sur les paquets de soins et services offerts par les formations sanitaires.

Chapitre 5 : Cadre logique de mise en œuvre du PBDS 2014-2015 et couts prévisionnels

5.1. Cadre logique de mise en œuvre

Résultat n°1 : La gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé.								
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier					
			2015				2016	
			T1	T2	T3	T4	T1	T2
Programme n°1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	Sous-programme n°1 : Amélioration de la santé maternelle	R1A1.1.1. Assurer le fonctionnement régulier des organes de gestion de l'initiative, "gratuite de la césarienne"	#	#	#	#	#	#
		R1A1.1.2. Mettre en place les comités et structures de revue de cas de décès maternels dans les départements, districts et formations sanitaires non encore pourvus	#	#				
		R1A1.1.3. Assurer le fonctionnement régulier de l'observatoire national des décès maternels, y compris ses Comités départementaux.	#	#	#	#	#	#
		R1A1.1.4. Mettre en place un programme national de réduction de la mortalité maternelle	#	#				
Programme n°2 : Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile et problèmes de santé des adolescents et jeunes	Sous-programme n° 1: Interventions de nutrition	R1A2.1.1. Mettre en place un programme national de lutte contre les maladies nutritionnelles	#	#				
		R1A2.1.2. Mettre en place et assurer le fonctionnement régulier des organes consultatifs relatifs à la promotion des interventions de lutte contre les maladies nutritionnelles	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 2 : Vaccination	R1A2.2.1. Restructurer l'organe de direction et de gestion du programme élargi de vaccination (PEV), afin de le mettre en adéquation avec les défis du moment.	#	#				
		R1A2.2.2. Réviser la position du PEV dans l'organigramme du ministère de la santé.	#	#				
		R1A2.2.3. Assurer le fonctionnement régulier du Comité de Coordination inter agences pour la vaccination (CCIA)	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 4 : Renforcement de la santé scolaire et universitaire	R1A2.4.1. Elaborer et mettre en œuvre la stratégie nationale de promotion de la santé scolaire et universitaire	#	#				
		R1A2.4.2. Mettre en place dans tous les départements et districts sanitaires des services et unités techniques de gestion et promotion de la santé scolaire	#	#	#	#		

Résultat n°1 : La gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé.										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Programme n°3 : Lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées ainsi que la préparation et la réponse aux urgences.	Sous-programme n° 1 : Lutte contre le Paludisme	R1A3.1.1. Restructurer l'organe de direction et de gestion du programme de lutte contre le paludisme afin de le mettre en adéquation avec les défis du moment.	#	#						
		R1A3.1.2. Assurer le fonctionnement régulier du Comité de coordination national (CCN) et de ses organes.	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 2 : Lutte contre le VIH/SIDA	R1A3.2.1. Assurer le fonctionnement régulier du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS)	#	#	#	#	#	#	#	#
		R1A3.2.2. Restructurer l'organe de direction et de gestion du programme de lutte contre le Sida et assurer son fonctionnement régulier.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R1A3.2.3. Redynamiser et assurer le fonctionnement régulier des conseils départementaux de lutte contre le Sida	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 3 : Lutte contre la tuberculose	R1A3.3.1. Restructurer l'organe de direction et de gestion du programme de lutte contre la tuberculose et assurer son fonctionnement régulier.	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 4 : Lutte contre les maladies tropicales négligées	R1A3.4.1. Restructurer les organes de direction et de gestion des programmes de lutte contre la trypanosomiase, l'onchocercose, la schistosomiase, la lèpre et l'ulcère de Buruli.	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 5 : Préparation et réponse aux urgences et catastrophes.	R1A3.5.1. Mettre en place un plan cohérent de préparation et de réponse aux urgences.	#	#						
		R1A3.5.2. Mettre en place et assurer le fonctionnement régulier des plateformes intersectorielles et comités de crise requis pour répondre aux urgences.	#	#	#	#	#	#	#	#
Programme n°4 : Prévention, prise en charge et contrôle des maladies non transmissibles	Sous-programme n° 1 : Prévention des maladies non transmissibles	R1A4.1.1. Mettre en place un organe intégré de direction et de gestion du programme de lutte contre les maladies non transmissibles.	#	#						
		R1A4.1.2. Assurer le fonctionnement régulier du programme de lutte contre les maladies non transmissibles	#	#	#	#	#	#	#	#
		R1A4.1.3. Elaborer les textes juridiques requis pour encadrer les actions de prévention, de prise en charge des maladies non transmissibles et de promotion de la santé.	#	#						
Programme n°5 : Renforcement du système de santé	Sous-programme n° 1 : Gouvernance et pilotage du système de santé	R1A5.1.1. Assurer la révision des textes devenus caducs et les mettre en adéquation avec la réforme du système de santé	#	#	#	#				
		R1A5.1.2. Elaborer les textes d'application de la réforme du cadre organique, définissant les missions et régissant l'organisation et le fonctionnement des différentes structures et organismes du ministère de la santé.	#	#	#	#				

Résultat n°1 : La gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé.																
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier													
			2015				2016									
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4						
R1A5.1.3. Mettre en place le cadre juridique de la réforme hospitalière	R1A5.1.4. Vulgariser les textes juridiques dans toutes les administrations sanitaires et tous les établissements de santé.	R1A5.1.5. Restructurer et assurer le fonctionnement régulier du Conseil national de santé	R1A5.1.6. Restructurer et assurer le fonctionnement régulier du Comité de Pilotage du PNDS et son Comité technique	R1A5.1.7. Dynamiser les mécanismes et plateformes de coordination avec les partenaires.	R1A5.1.8. Mettre en place des plateformes de concertation avec les départements ministériels des secteurs connexes, notamment l'eau, l'assainissement, l'élevage, l'enseignement techniques, l'enseignement supérieur...	R1A5.1.9. Doter les départements en programmes de développement sanitaire adossés au PBDS 2015 – 2016	R1A5.2.1. Finaliser et lancer la mise en œuvre du plan stratégique de développement des ressources humaines	R1A5.2.2. Mettre en place le Comité multisectoriel des ressources humaines pour la santé et assurer son fonctionnement.	R1A5.2.3. Mettre en place l'Observatoire national des ressources humaines et assurer son fonctionnement régulier	R1A5.3.1. Mettre en place et assurer dans chaque hôpital, le fonctionnement régulier des Commissions médicotechniques, Comités d'hygiène et autres organes consultatifs	R1A5.3.2. Réviser les normes d'organisation et de fonctionnement des organes délibérants et consultatifs des formations sanitaires.	R1A5.3.3. Mettre en place un cadre de suivi du fonctionnement des organes délibérants et le rendre opérationnel	R1A5.3.4. Redéfinir les normes d'organisation et de fonctionnement des districts sanitaires et des formations sanitaires publiques.	R1A5.3.5. Réviser la classification des formations sanitaires tant publiques que privées.	R1A5.3.6. Elaborer la carte sanitaire conformément aux normes révisées.	R1A5.4.1. Créer une nouvelle centrale nationale d'achat de médicaments, réactifs et vaccins.
Sous-programme n° 2 : Développement des ressources humaines pour la santé	Sous-programme n° 3: Accessibilité géographique et qualité des soins	Sous-programme n° 4 : Disponibilité des médicaments	R1A5.4.1. Créer une nouvelle centrale nationale d'achat de médicaments, réactifs et vaccins.													

Résultat n°1 : La gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé.										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	et produits sanguins	<p>R1A5.4.1. Actualiser et mettre en œuvre le schéma directeur national des approvisionnements, de répartition et de distribution des médicaments.</p> <p>R1A5.4.2. Assurer la révision et la diffusion de la liste nationale des médicaments essentiels.</p> <p>R1A5.4.3. Assurer la révision périodique et la diffusion de la liste nationale des médicaments essentiels</p> <p>R1A5.4.4. Elaborer la politique nationale de don volontaire de sang</p> <p>R1A5.4.5. Elaborer et exécuter le projet d'établissement du CNTS, comme cadre de référence de son fonctionnement et son développement.</p>	#	#	#	#				
	Sous-programme n° 5 : Financement du secteur	R1A5.5.1. Assurer la réduction des barrières financières à l'accès aux médicaments essentiels, aux soins et services requis pour la prévention et le traitement des MNT	#	#						
	Sous-programme n° 6 : Système d'information sanitaire, surveillance intégrée des maladies et la riposte, télémédecine	R1A5.5.2. Mettre en place des plateformes de concertation et de collaboration avec les ministères en charge des finances, du budget, du travail et de la sécurité sociale.	#	#						
		R1A5.6.1. Elaborer et lancer la mise en œuvre de la stratégie nationale de la recherche en santé.	#							

<p>Résultat n° 2: Au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux.</p>										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Programme n°1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	Sous-programme n°1 : Amélioration de la santé maternelle	R2A1.1.1. Actualiser les normes, procédures, directives et outils techniques requis pour la mise en œuvre de la CPN recentrée,	#	#						
		R2A1.1.2. Mettre en œuvre la consultation prénatale recentrée dans l'ensemble des centres de santé et postes de santé publics ainsi que dans les formations sanitaires privées prenant en charge les femmes enceintes	#	#	#	#				
		R2A1.1.3. Assurer la promotion de l'accouchement de qualité dans l'ensemble des districts sanitaires.	#	#	#	#				
		R2A1.1.4. Assurer la mise en œuvre et la promotion des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) et des soins obstétricaux néonataux d'urgence complets (SONUC) de qualité dans tous les districts sanitaires.	#	#	#	#				
		R2A1.1.5. Assurer la mise en œuvre et la promotion de la consultation post natale (CPON) de qualité dans tous les districts sanitaires.	#	#	#	#				
	Sous-programme n° 2 : Amélioration de la santé néonatale	R2A1.2.1. Assurer la mise en œuvre et la promotion des soins au nouveau-né de qualité dans tous les districts sanitaires.	#	#	#	#				
		R2A1.2.2. Organiser et faire la promotion des soins communautaires aux nouveau-nés, dans les aires de santé.	#	#	#	#				
Programme n°2 : Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile et problèmes de santé des adolescents et jeunes	Sous-programme n° 1: Interventions de nutrition	R2A2.1.1. Assurer l'intégration systématique de la consultation des enfants d'âge préscolaire dans les paquets des soins et services offerts par les postes et centres de santé, dans tous les districts sanitaires,	#	#	#	#				
		R2A2.1.2. Assurer l'intégration systématique de la surveillance de la croissance, la détection et la prise en charge des maladies nutritionnelles dans les districts sanitaires.	#	#	#	#				
		R2A2.1.3. Organiser dans tous les districts sanitaires, les activités nutritionnelles en approche communautaire.	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 2 : Vaccination	R2A2.2.1. Renforcer les capacités de planification des besoins et de la gestion des vaccins	#	#						
		R2A2.2.2. Assurer l'introduction de nouveaux vaccins contre les maladies de l'enfance.	#	#						
		R2A2.2.3. Assurer la réhabilitation et le renouvellement des équipements de la chaîne de froid.	#	#	#	#				
		R2A2.2.4. Assurer l'acquisition des vaccins et le fonctionnement régulier du programme élargi de vaccination.	#	#	#	#	#	#	#	#

<p>Résultat n° 2: Au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux.</p>										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Programme n° 3 : Lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées ainsi que la préparation et la réponse aux urgences.		R2A2.2.5. Organiser les activités supplémentaires de vaccination	■	■	■	■	■	■	■	■
		R2A2.2.6. Assurer l'intégration de la supplémentassions en vitamine A et du déparasitage systématique ces deux interventions dans les paquets de service des centres de santé.	■	■	■	■	■	■	■	■
		R2A2.2.7. Mobilier les ressources additionnelles requises pour garantir la pérennisation du financement de la vaccination dans le cadre de l'indépendance vaccinale	■	■	■	■	■	■	■	■
	Sous-programme n° 3 : Prise en charge des maladies de l'enfant de 0 à 5 ans	R2A2.3.1. Assurer la révision des stratégies-plaintes-traitement en y intégrant les protocoles de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) ainsi que les directives des programmes spécifiques.	■	■						
		R2A2.3.2. Mettre en place la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans les formations sanitaires et au niveau communautaire dans tous les districts sanitaires.	■	■	■	■				
		R2A2.3.3. Assurer l'application effective des protocoles recommandes par les programmes spécifiques, en matière de prise en charge des maladies de l'enfant.	■	■	■	■	■	■	■	■
	Sous-programme n° 4 : Renforcement de la santé scolaire et universitaire	R2A2.4.1. Mettre en place et assurer le fonctionnement régulier des centres de santé scolaire de proximité à même d'assurer aux élèves et étudiants des soins courants ainsi qu'une prise en charge psychosociale de qualité	■	■	■	■	■	■	■	■
		R2A2.4.2. Organiser le dépistage des maladies et la détection des déficiences en milieu scolaire	■	■	■	■	■	■	■	■
		R2A2.4.3. Assurer la promotion de la santé et des conditions d'hygiène et assainissement en milieu scolaire.	■	■	■	■	■	■	■	■
		R2A3.1.1. Assurer l'acquisition des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'efficacité (MIILDE)	■	■			■	■		
	Sous-programme n° 1 : Lutte contre le Paludisme	R2A3.1.2. Intégrer la distribution des MIILDE dans les paquets de services offerts par les formations sanitaires, y compris à travers des relais communautaires	■	■	■	■	■	■	■	■
		R2A3.1.3. Organiser les activités de promotion de l'utilisation des MIILDE dans les districts sanitaires.	■	■	■	■	■	■	■	■
		R2A3.1.4. Organiser la lutte anti vectorielle intégrée dan les districts sanitaires	■	■	■	■				

Résultat n° 2: Au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux.

Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		R2A3.1.5. Intégrer la prise en charge des cas de paludisme selon protocoles requis dans l'ensemble des districts sanitaires	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.1.6. Intégrer dans l'ensemble des districts sanitaires la surveillance épidémiologique ainsi que la surveillance de la résistance aux antipaludiques	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.1.7. Assurer la disponibilité des médicaments et produits médicaux requis pour la prise en charge des cas de paludisme dans les districts sanitaires.	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 2 : Lutte contre le VIH/SIDA	R2A3.2.1. Assurer l'intégration des activités de la stratégie d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) dans toutes les formations sanitaires publiques et privées qui offrent la CPN, la PF ainsi que dans toutes les maternités.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.2.2. Assurer l'acquisition et l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en ARV et autres produits médicaux requis.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.2.3. Mettre en œuvre dans l'ensemble des districts sanitaires, les activités de prévention primaire du VIH et de promotion de services d'ETME	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.2.4. Réactiver la surveillance épidémiologique du VIH dans les districts sanitaires.	#	#	#	#				
	Sous-programme n° 3 : Lutte contre la tuberculose	R2A3.3.1. Assurer l'intégration des traitements de la tuberculose sous observation directe dans tous les centres de santé intégrés, les hôpitaux de base et les hôpitaux de districts.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.3.2. Assurer la prise en charge de la co-infection et des formes multi résistantes dans tous les districts sanitaires.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.3.3. Assurer l'approvisionnement régulier des formations sanitaires en médicaments anti tuberculeux et autres produits médicaux requis.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.3.4. Renforcer les capacités techniques des laboratoires des centres de santé et hôpitaux en matière de dépistage de la tuberculose.	#	#	#	#				
	Sous-programme n° 4 : Lutte contre les maladies tropicales négligées	R2A3.4.1. Organiser les campagnes de dépistage, spécifiques à ces maladies, dans les districts sanitaires.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.4.2. Organiser les campagnes intégrées de chimiothérapie préventive.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A3.4.3. Assurer l'intégration des activités de lutte contre les maladies tropicales négligées dans les paquets de services offerts par	#	#	#	#	#	#	#	#

<p>Résultat n° 2: Au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux.</p>										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
		les formations sanitaires des districts sanitaires concernés	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Programme n°4 : Prévention, prise en charge et contrôle des maladies non transmissibles.	Sous-programme n° 1: Prévention des maladies non transmissibles	R2A4.1.1. Evaluer la mise en œuvre de la loi anti-tabac dans le pays.	[x]	[x]						
		R2A4.1.2. Mettre en œuvre les dispositions de la convention cadre de lutte contre le tabac.	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]
		R2A4.1.3. Organiser la vulgarisation des moyens de prévention et de l'offre de soins et services disponibles, pour la prise en charge des MNT dans les districts sanitaires.	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]
	Sous-programme n° 2: renforcement de la prise en charge des MNT	R2A4.2.1. Organiser l'intégration de la détection précoce et la prise en charge de appropriées des MNT dans les paquets de services des formations sanitaires publiques et privées.	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]
		R2A4.2.2. Assurer l'approvisionnement régulier et la disponibilité des médicaments essentiels et produits médicaux de qualité requis pour la prise en charge des MNT.	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]
		R2A4.2.3. Mettre en œuvre la surveillance épidémiologique des MNT dans le cadre global de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR).	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]
Programme n°5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	Sous-programme n° 2 : Développement des ressources humaines pour la santé	R2A5.2.1. Mettre en place les descriptions de postes et les profils des fonctions dans les administrations et établissements de santé.	[x]	[x]	[x]	[x]				
		R2A5.2.2. Assurer la disponibilité des personnels de santé dans les centres de santé et hôpitaux, selon les normes établies.	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]
		R2A5.2.3. Mettre en place dans chaque district sanitaire, une équipe cadre capable d'initier et conduire à terme les processus de développement des aires de santé et de rationalisation des centres de santé et hôpitaux.	[x]	[x]	[x]	[x]				
		R2A5.2.4. Engager des négociations avec les ministères concernés en vue d'une augmentation pérenne des capacités de production des Ressources humaines en santé (RHS) de qualité.	[x]	[x]	[x]	[x]				
		R2A5.2.5. Assurer le suivi régulier de l'exécution des projets de formation continue et de formation initiale des personnels paramédicaux.	[x]	[x]	[x]	[x]				
	Sous-programme n°3 : Accessibilité géographique et qualité des soins	R2A5.3.1. Réviser le découpage du pays en districts sanitaires et en aires de santé, conformément à la réforme du système de santé.	[x]	[x]	[x]	[x]				
		R2A5.3.2. Accélérer les processus de rationalisation des centres de santé et hôpitaux des districts sanitaires dans leur ensemble	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]	[x]

Résultat n° 2: Au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux.										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		R2A5.3.3. Mettre en place dans chaque district sanitaire un système opérationnel de référence et contre référence.	#	#	#	#				
		R2A5.3.4. Assurer l'implantation des formations sanitaires (publiques et privées) selon leurs types, conformément aux besoins et aux normes établies par la carte sanitaire.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.3.5. Construire / réhabiliter et équiper 12 hôpitaux généraux (Sibiti, Djambala, Kinkala, Patra à Pointe-Noire, Dolisie, Nkombo à Brazzaville, Ouessou, Impfondo, Loango dans le Kouilou, Ewo, Owando, Madingou).	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.3.6. Lancer les travaux de construction du 2 ^{ème} CHU de Brazzaville	#	#	#	#				
		R2A5.3.7. Achever la construction et l'équipement de l'hôpital général d'Oyo et le rendre opérationnel.	#	#	#	#				
		R2A5.3.8. Achever l'équipement et rendre opérationnel de l'hôpital général mère et enfant Blanche GOMEZ	#	#	#	#				
		R2A5.3.9. Transformer les hôpitaux de base de Makélékélé et Talangaï en hôpitaux généraux	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.3.10. Réhabiliter et équiper le LNSP ainsi que le CNTS.	#	#	#	#				
		R2A5.3.11. Construire et équiper 53 hôpitaux de base et hôpitaux de districts sanitaires	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.3.13. Construire et équiper 134 centres de santé à PMAE et 271 centres de santé à PMAS	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.3.14. Poursuivre les travaux de construction et l'équipement des centres de traitement spécialisés : 2 centres de dialyse, 1 centre de drépanocytose, 1 institut de cardiologie, 1 institut national du cancer et 1 centre d'Imagerie par résonnance magnétique (IRM)	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.3.15. Construire et équiper le laboratoire central de contrôle de la qualité de l'eau, des aliments et des médicaments	#	#	#	#				
		R2A5.3.17. Réhabiliter et remettre à niveau les plateaux techniques de 6 Hôpitaux généraux et de 23 hôpitaux de district existants	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.3.18. Réhabiliter et remettre à niveau les plateaux techniques de 92 CS à PMAE et 211 CS à PMAS	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.3.19. Construire et équiper 3 entrepôts pharmaceutiques à Brazzaville, Pointe-Noire et Oyo	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.3.20. Mettre en place et suivre l'application effective des	#	#	#	#	#	#	#	#

<p>Résultat n° 2: Au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux.</p>										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		protocoles, procédures, directives et instructions techniques relatives aux différents types de soins et services établis selon les types et niveaux des structures de soins.								
		R2A5.3.21. Mettre en œuvre dans tous les districts sanitaires, des programmes d'assurance qualité, d'amélioration de la sécurité des patients et de l'hygiène hospitalière.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.4.1. Créer et rendre opérationnelle, la nouvelle centrale nationale d'achat de médicaments, réactifs et vaccins	#	#						
		R2A5.4.2. Actualiser et mettre en œuvre du schéma directeur national des approvisionnements, de répartition et de distribution des médicaments	#	#						
		R2A5.4.3. Mettre en place une pharmacie dans chaque district sanitaire et l'approvisionner régulièrement.	#	#	#	#				
		R2A5.4.4. Assurer la construction / réhabilitation et l'équipement de 4 centres interdépartementaux de transfusion sanguine, des postes de transfusion sanguine dans les hôpitaux de district et hôpitaux généraux ainsi que des dépôts de sang.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.5.1. Augmenter d'au moins 3 points par année, le pourcentage du budget national alloué à la santé, à compter de l'année 2015, afin d'atteindre le taux de 15 % après 3ans.			#	#			#	#
		R2A5.5.2. Mettre en place des mécanismes de tarification plus adaptés à la capacité contributive des ménages.	#	#						
		R2A5.5.3. Mettre en place un programme d'assurance maladie.	#	#	#	#				
		R2A5.5.4. Mettre en place des mécanismes de financement innovants, complémentaires au financement de l'Etat.					#	#	#	#
	Sous-programme n°5 : Financement du secteur	R2A5.5.5. Mettre en place un programme de rationalisation et d'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé.					#	#	#	#
		R2A5.5.6. Assurer l'extension progressive de l'approche du Financement basé sur la performance (PBF) dans l'ensemble des districts sanitaires.					#	#	#	#
		R2A5.6.1. Elaborer les comptes nationaux de la santé sur une périodicité annuelle	#	#			#	#		
	Sous-programme n°6 : Système d'information sanitaire, surveillance intégrée des maladies et la riposte,	R2A5.6.2. Assurer le renouvellement des équipements informatiques requis pour la saisie et le traitement des données du SNIS	#	#			#	#		

<p>Résultat n° 2: Au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux.</p>										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
	télémedecine	R2A5.6.3. Assurer l'acquisition des technologies appropriées pour la transmission des données.	#	#	#	#				
		R2A5.6.4. Accélérer l'extension des supports électroniques de saisie et de transfert des données du SNIS, à l'ensemble des formations sanitaires publiques et privés.	#	#	#	#				
		R2A5.6.5. Poursuivre la dissémination outils du SNIS dans l'ensemble des formations sanitaires	#	#	#	#				
		R2A5.6.6. Systématiser les sessions de revue et de validation des données dans les départements et les districts sanitaires	#	#	#	#	#	#	#	#
		R2A5.6.7. Organiser le monitorage périodique de la couverture en paquets de services essentiels dans les aires de santé.	#	#	#	#	#	#	#	#

Résultat n° 3: Dans chaque district sanitaire, l'hôpital de référence et au moins 50 % des centres de santé intégrés sont rationalisés.										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Programme n°1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	Sous-programme n°1 : Amélioration de la santé maternelle	R3A1.1.1. Mettre en place et suivre l'application effective des normes et procédures établies pour la consultation prénatale recentrée, la consultation post natale et la planification familiale dans les centres de santé intégrés.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R3A1.1.2. Mettre en place et suivre l'application effective des normes et procédures établies pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, dans les centres de santé intégré et les maternités.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R3A1.1.3. Mettre en place et suivre l'utilisation effective du partogramme dans l'ensemble des maternités de chaque district sanitaire	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 2 : Amélioration de la santé néonatale	R3A1.2.1. Mettre en place et suivre l'application effective des instructions techniques relatives à l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et des soins obstétricaux néonataux d'urgence complets, de qualité dans les hôpitaux.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R3A1.2.2. Mettre en place et suivre l'application effective des instructions techniques relatives à l'offre des soins au nouveau-né, dans l'ensemble des maternités de chaque district sanitaire.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R3A2.1.1. Mettre en place et suivre l'utilisation effective des supports requis pour la détection des maladies nutritionnelles dans l'ensemble des postes et centres de santé intégrés de chaque district sanitaire.	#	#	#	#	#	#	#	#
Programme n°2 : Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile et problèmes de santé des adolescents et des jeunes	Sous-programme n° 1: Interventions de nutrition	R3A2.1.2. Mettre en place et suivre l'application effective des instructions techniques relatives à la prise en charge des malnutritions modérées et sévères dans les centres de santé et hôpitaux de chaque district sanitaire.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R3A2.2.1. Mettre en place et suivre l'application effective des normes et instructions techniques relatives à la vaccination dans les centres de santé intégrés de chaque district sanitaire.	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 2 : Vaccination	R3A2.2.2. Mettre en place et suivre l'application effective des instructions techniques relatives à la gestion des vaccins et la chaîne de froid dans l'ensemble des districts sanitaires.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R3A2.3.1. Mettre en place et suivre l'application effective des instructions techniques relatives à la consultation des enfants d'âge préscolaire dans les centres de santé intégrés de chaque district sanitaire.	#	#	#	#	#	#	#	#
Programme n°5 :	Sous-programme n°1 :	R3A5.1.1. Organiser dans l'ensemble des districts sanitaires, les	#	#	#	#				

Résultat n° 3: Dans chaque district sanitaire, l'hôpital de référence et au moins 50 % des centres de santé intégrés sont rationalisés.										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Renforcement du système de santé et du système communautaire	Gouvernance et pilotage du système de santé	<p>ateliers d'initiation a la rationalisation des hôpitaux.</p> <p>R3A5.1.2. Assurer le suivi régulier de la mise en œuvre des plans de rationalisation des hôpitaux dans les districts sanitaires.</p> <p>R3A5.1.3. Réviser les pré-plans de couverture de l'ensemble des districts sanitaires.</p> <p>R3A5.1.4. Mettre en place et/ou redynamiser les équipes cadres de chacun des districts sanitaires</p> <p>R3A5.1.5. Doter l'ensemble des districts sanitaires de manuels et autres outils requis pour la gestion des districts sanitaires</p> <p>R3A5.1.6. Mettre en place et suivre l'application effective des instructions techniques relatives a à la gestion et au développement des districts sanitaires</p>	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 2 : Développement des ressources humaines pour la santé	<p>R3A5.2.1. Nommer a la tête de chaque district sanitaire un médecin chef et d'une équipe cadre complète.</p> <p>R3A5.2.2. Organiser des sessions de formation / recyclage des animateurs des centres de sante intégrés et des hôpitaux de district, et des structures en matière de gestion axée sur les résultats.</p> <p>R3A5.2.3. Organiser des sessions de formation / recyclage des animateurs des centres de sante et des équipes cadres des districts sanitaires en matière de supervision,</p> <p>R3A5.2.4. Assurer régulièrement la supervision des personnels de sante dans les districts sanitaires.</p>	#	#						
	Sous-programme n°3 : Accessibilité géographique et qualité des soins	<p>R3A5.3.1. Mettre en place dans chaque centre de sante, l'organisation fonctionnelle et structurelle requise pour un centre de sante intégré rationalisé.</p> <p>R3A5.3.2. Mettre en place et suivre l'utilisation des outils et l'application effective des instructions et directives techniques relatives a la mise en œuvre des paquets de soins et services essentiels attendus dans les districts sanitaires.</p> <p>R3A5.3.3. Rendre opérationnel le système de référence et contre référence. dans chaque district sanitaire.</p> <p>R3A5.3.4. Organiser la mise en œuvre dans l'ensemble des districts sanitaires, les paquets de soins et services définis pour l'approche communautaire.</p> <p>R3A5.3.5. Organiser la mise en œuvre des paquets de soins et services de santé devant être offerts en stratégies avancées et</p>	#	#	#	#	#	#	#	

Résultat n° 3: Dans chaque district sanitaire, l'hôpital de référence et au moins 50 % des centres de santé intégrés sont rationalisés.										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
		mobiles en fonction des zones concernées.								
	Sous-programme n°4 : Disponibilité des médicaments et produits sanguins	R3A5.4.1. Mettre en place dans chaque district sanitaire les outils recommandés pour la gestion et l'utilisation rationnelle des médicaments dans les pharmacies, les centres de santé et les hôpitaux.	#	#	#	#	#	#		
		R3A5.4.2. Mettre en place et rendre opérationnelle dans chaque district sanitaire une pharmacie à même d'assurer l'approvisionnement régulier des centres de santé et hôpitaux du district en médicaments essentiels.	#	#	#	#	#	#		
		R3A5.4.3. Mettre en place dans chaque hôpital, une pharmacie accomplissant effectivement les fonctions de pharmacie hospitalière.	#	#	#	#	#	#		
		R3A5.4.4. Assurer le suivi de l'application effective des normes procédures et directives techniques relatives à la gestion et l'utilisation rationnelle des médicaments.	#	#	#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n°5 : Financement du secteur	R3A5.5.1. Reviser et harmoniser les clefs de tarification des actes dans les hôpitaux selon leurs types.	#	#	#	#				
		R3A5.5.2. Assurer le suivi de l'application effective des directives relatives au recouvrement des coûts dans les centres de santé et hôpitaux dans les districts sanitaires.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R3A5.5.3. Mettre en place dans chaque district sanitaire des dispositifs de réduction des barrières financières dans l'accès aux soins pour les plus démunis.					#	#	#	#
		R3A5.5.4. Mettre en place le financement basé sur la performance ainsi que des systèmes complémentaires de financement de la santé, dans les districts sanitaires.					#	#	#	#

Résultat n° 4 : Les directions centrales, les directions départementales, les districts sanitaires, les hôpitaux généraux, les établissements sous tutelle et les hôpitaux de base exécutent respectivement des plans de travail annuels budgétisés (PTAB) et des projets d'établissements adossés au PBDS 2015-2016.										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Programme n°5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	Sous-programme n°1 : Gouvernance et pilotage du système de santé	R4A5.1.1. Organiser l'élaboration des projets d'établissements des hôpitaux et établissements sous tutelle.	#	#						
		R4A5.1.2. Elaborer les programmes biennaux de développement sanitaire, des départements.	#	#						
		R4A5.1.3. Elaborer les plans opérationnels annuels des aires de santé dans chaque district sanitaire.	#	#						
		R4A5.1.4. Elaborer les plans opérationnels annuels des districts sanitaires.	#	#						
		R4A5.1.5. Elaborer les plans opérationnels annuels des directions centrales	#	#						
		R4A5.1.6. Assurer le suivi régulier de l'exécution des plans opérationnels annuels dans les districts sanitaires ainsi que les projets d'établissements des hôpitaux et établissement sous tutelle.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R4A5.1.7. Mettre en place les organes de contrôle, d'audit et de suivi dans les départements et les districts sanitaires.	#	#	#	#				
	Sous-programme n° 2 : Développement des ressources humaines pour la santé	R4A5.2.1. Organiser la formation des directeurs centraux et chefs d'établissements et directeurs départementaux sur le cycle de gestion (planification, suivi, monitorage et évaluation) et la gestion axée sur les résultats.		#	#					
		R4A5.2.2. Organiser la formation des médecins chefs des districts sanitaires et des directeurs des hôpitaux de districts, en matière de planification, développement et gestion des districts sanitaires.	#	#						
		R4A5.2.3. Assurer la formation et/ou le recyclage des animateurs des directions centrales, départements, districts sanitaires, hôpitaux de district, hôpitaux généraux et des structures sous tutelle en matière de gestion axée sur les résultats.			#	#				
	Sous-programme n°5 : Financement du secteur	R4A5.5.1. Mettre en place les conditions pour l'engagement des différentes parties prenantes dans l'initiative IHP+	#							
		R4A5.5.2. Organiser les réunions départementales de mobilisation des ressources locales pour les plans départementaux	#	#						
		R4A5.5.3. Fournir l'appui aux travaux d'élaboration des plans départementaux ou sectoriels développés dans le cadre du cadre du PNDS 2014 - 2018	#	#						

Résultat n°5 : Le plan stratégique de développement des ressources humaines est disponible et un programme biennal de développement des ressources humaines, adossé au PBDS 2015-2016 est exécuté.

Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Programme n°5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	Sous-programme n° 1 : Gouvernance et pilotage du système de santé	R5A5.1.1. Finaliser et adopter le plan stratégique de développement des ressources humaines	#	#						
		R5A5.1.2. Elaborer un programme biennal de développement des RHS adosse au PBDS		#	#					
		R5A5.1.3. Mettre en place le Comité multisectoriel des ressources humaines pour la santé et assurer son fonctionnement régulier	#	#	#	#	#	#	#	#
		R5A5.1.4. Mettre en place l'Observatoire national des ressources humaines et assurer son fonctionnement régulier.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R5A5.1.5. Mettre en place et assurer le fonctionnement régulier des plateformes de collaboration et de partenariat avec les ministères en charge de l'enseignement supérieur ainsi que celui de l'enseignement technique et professionnel			#	#	#	#	#	#
	Sous-programme n° 2: Développement des ressources humaines pour la santé	R5A5.2.1. Informatiser la gestion des RHS au MSP		#	#	#				
		R5A5.2.3. Mettre en place et suivre l'utilisation effective des outils essentiels de planification et de gestion des RHS		#	#	#	#	#	#	#
		R5A5.2.4. Mettre en place les descriptions de postes et les profils des fonctions dans les administrations et établissements de santé.			#	#	#	#		
		R5A5.2.5. Mettre en place et rendre opérationnels des mécanismes de suivi des carrières des agents de santé					#	#	#	#
		R5A5.2.6. Assurer le suivi de l'exécution des projets de formation continue et de réforme de la formation initiale des personnels paramédicaux.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R5A5.2.7. Augmenter les capacités de production des ressources humaines en santé de qualité.	#	#	#	#	#	#	#	#
		R5A5.2.8. Assurer l'application effective des mesures visant la fidélisation des agents ainsi que la réduction des phénomènes de migrations internes et externes des personnels de santé.		#	#	#	#	#	#	#

Résultat n° 6: Les cibles indiquées pour l'utilisation des services de santé par les populations et les taux de couverture des interventions des programmes de santé publique sont atteints dans au moins 50 % des districts sanitaires.										
Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Programme n°5 : Renforcement du système de santé et du système communautaire	Sous-programme n°1 : Gouvernance et pilotage du système de santé	R6A5.1.1. Elaborer le guide et les outils standards de supervision intégrée et les diffuser dans les districts sanitaires.								
		R6A5.1.2. Assurer le suivi de l'utilisation effective du guide et des outils de supervision intégrée dans les districts sanitaires								
	Sous-programme n° 2 : Développement des ressources humaines pour la santé	R6A5.2.1. Organiser la formation des médecins chefs des districts sanitaires, les membres des équipes cadres en matière de monitoring des activités et de supervision des animateurs des centres et postes de santé.								
		R6A5.2.2. Organiser la formation des animateurs des centres de santé intégrés au monitorage des taux de couvertures des activités.								
		R6A5.2.3. Organiser la formation des animateurs des directions centrales et des programmes spécifiques à la supervision dans les départements et districts sanitaires.								
	Sous-programme n° 3 : Accessibilité géographique et qualité des soins	R6A5.3.1. Organiser dans chaque district sanitaire l'identification et la définition des paquets de soins et services de santé devant être offerts en stratégies avancées et mobiles.								
		R6A5.3.2. Organiser dans chaque district sanitaire, la mise en œuvre des stratégies avancées et mobiles.								
		R6A5.3.3. Doter les directions centrales, les projets spécifiques, les directions départementales et les districts sanitaires en véhicules de supervision.								
		R6A5.3.4. Assurer la supervision dans les districts sanitaires y compris dans les établissements sanitaires du secteur privé.								
		R6A5.3.5. Doter les districts sanitaires en cliniques mobiles, en fonction de leurs spécificités.								

Résultat n° 7: Le système national d'information sanitaire est opérationnel et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports dont les résultats sont utilisés pour la gestion du système de santé à différents niveaux.

Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier							
			2015				2016			
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Programme n°1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	Sous-programme n°1 : Amélioration de la santé maternelle	R7A1.1.1. Organiser l'intégration de la surveillance des décès maternels dans le dispositif de surveillance épidémiologique y compris la riposte								
		R7A1.1.2. Mettre en place une base de données de la mortalité maternelle et néonatale.								
		R7A1.1.3. Produire une cartographie des décès maternels et néonataux sur une base annuelle.								
Programme n°2 : Lutte contre la mortalité infantile et infanto-juvénile et problèmes de santé des adolescents et jeunes	Sous-programme n° 1: Interventions de nutrition	R7A2.1.1. Mettre en place une base de données des maladies nutritionnelles, à partir des données de routine, du SNIS.								
		R7A2.1.2. Produire une cartographie des maladies nutritionnelles sur une base annuelle.								
	Sous-programme n° 2 : Vaccination	R7A2.2.1. Assurer la surveillance épidémiologique des paralysies flasques aigues								
		R7A2.2.2. Renforcer la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination.								
Programme n°3 : Lutte contre le paludisme, le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies transmissibles y compris les maladies tropicales négligées ainsi que la préparation et la réponse aux urgences.	Sous-programme n° 1 : Lutte contre le Paludisme	R7A3.1.1. Assurer la surveillance épidémiologique du paludisme.								
		R7A3.1.2. Assurer la surveillance de la résistance aux antipaludiques.								
		R7A3.1.3. Assurer la surveillance de la résistance aux insecticides.								
	Sous-programme n° 2 : Lutte contre le VIH/SIDA	R7A3.2.1. Assurer la surveillance épidémiologique du VIH								
	Sous-programme n° 3 : Lutte contre la tuberculose	R7A3.3.1. Assurer la surveillance épidémiologique de la tuberculose								
	Sous-programme n° 4 : Lutte contre les maladies tropicales négligées	R7A3.4.1. Assurer la surveillance épidémiologique des maladies tropicales négligées								
Programme n°4 : Prévention, prise en charge et contrôle des maladies non transmissibles.	Sous-programme n° 2: renforcement de la prise en charge des MNT	R7A4.2.1. Assurer la surveillance épidémiologique des maladies non transmissibles								
		R7A4.2.2. Mettre en place une base de données des maladies non transmissibles, à partir des données de routine, du SNIS.								
		R7A4.2.3. Produire une cartographie des maladies non transmissibles sur une base annuelle.								
Programme n°5 : Renforcement du système de santé et du système	Sous-programme n° 2 : Développement des ressources humaines pour la santé	R7A5.2.1. Doter chaque district sanitaire et chaque direction départementale d'un gestionnaire de données du SNIS.								
		R7A5.2.2. Organiser des sessions de formation et/ou de recyclage								

Résultat n° 7: Le système national d'information sanitaire est opérationnel et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports dont les résultats sont utilisés pour la gestion du système de santé à différents niveaux.

Programme prioritaire	Sous programmes	Activités	Calendrier								
			2015				2016				
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	
communautaire	Sous-programme n°6 : Système d'information sanitaire, surveillance intégrée des maladies et la riposte, télémédecine	des gestionnaires des données aux techniques de collecte, traitement et analyse y compris dans le domaine de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte.									
		R7A5.6.1. Renouveler les équipements informatiques destinés à la gestion des données du SNIS dans les services centraux, les départements, les districts sanitaires et les hôpitaux.	#	#							
		R7A5.6.2. Disséminer et suivre l'utilisation effective des outils du SNIS dans l'ensemble des formations sanitaires, publiques et privées.	#	#	#	#					
		R7A5.6.3. Assurer l'extension des supports électroniques de saisie et transfert des données à l'ensemble des formations sanitaires publiques et privés.	#	#	#	#					
		R7A5.6.4. Acquérir les technologies appropriées pour la transmission des données et les mettre à la disposition des gestionnaires de données dans les services centraux, les départements et les districts sanitaires.	#	#							
		R7A5.6.5. Organiser les missions de supervision- formation des gestionnaires des données aux différents niveaux du système de santé.			#	#	#	#	#	#	
		R7A5.6.6. Systématiser l'organisation des sessions de revue et de validation des données dans les départements et les districts sanitaires.		#		#	#	#		#	
		R7A5.6.7. Assurer la production et la diffusion des rapports périodiques et de l'annuaire des statistiques sanitaires.	#	#	#	#	#	#	#	#	

5.2. Couts prévisionnels du PBDS 2015 - 2016

Le tableau ci-dessous présente les couts prévisionnels repartis par programme

Tableau n°17 : Budget du PBDS par programme et sous-programme

Rubriques	2015		Total 2015	2016		Total 2016	Total Biennal		Total Biennal
	Invest.	Fonct.		Invest.	Fonct.		Invest.	Fonct.	
COUT GLOBAL	402 801	187 491	590 292	362 822	238 430	601 252	765 623	425 921	1 191 544
Programme 1 : Lutte contre la mortalité maternelle et néonatale	5 560	8 160	13 720	5 630	8 310	13 940	11 190	16 470	27 660
<i>Sous-programme 1 : Amélioration de la santé maternelle</i>	5 200	7 945	13 145	5 085	8 040	13 125	10 285	15 985	26 270
<i>Sous-programme 2 : amélioration de la santé néo-natale</i>	360	215	575	545	270	815	905	485	1 390
Programme 2 : Lutte contre la mortalité infanto-juvénile et les problèmes de santé des adolescents et jeunes	3 292	4 950	8 242	4 255	5 050	9 305	7 547	10 000	17 547
<i>Sous-programme 1: interventions de nutrition</i>	282	580	862	140	600	740	422	1 180	1 602
<i>Sous-programme 2 : Vaccination</i>	430	3 725	4 155	375	3 735	4 110	805	7 460	8 265
<i>Sous-programme 3 : prise en charge des maladies de l'enfant de 0 à 5 ans</i>	615	170	785	755	125	880	1 370	295	1 665
<i>Sous-programme 4 : renforcement de la santé scolaire et universitaire</i>	1 965	475	2 440	2 985	590	3 575	4 950	1 065	6 015
Programme 3 : lutte contre le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	11 498	14 415	25 913	13 700	14 835	28 535	25 198	29 250	54 448
<i>Sous-programme 1 : lutte contre le Paludisme</i>	9 320	6 650	15 970	11 480	6 760	18 240	20 800	13 410	34 210
<i>Sous-programme 2 : Lutte contre le VIH/SIDA</i>	2 015	7 385	9 400	2 100	7 715	9 815	4 115	15 100	19 215
<i>Sous-programme 3 : lutte contre la tuberculose</i>	90	60	150	90	55	145	180	115	295
<i>Sous-programme 4 : lutte contre les maladies tropicales négligées</i>	73	320	393	30	305	335	103	625	728

Rubriques	2015		Total 2015	2016		Total 2016	Total Biennal		Total Biennal
	Invest.	Fonct.		Invest.	Fonct.		Invest.	Fonct.	
Programme 4 : contrôle des maladies non transmissibles (HTA/AVC, diabète, cancer, drépanocytose...)	126	255	381	115	310	425	241	565	806
<i>Sous-programme 1: Prévention des maladies non transmissibles y compris la lutte antitabac</i>	46	115	161	40	140	180	80	255	341
<i>Sous-programme 2: renforcement de la prise en charge des MNT</i>	90	150	240	85	180	265	175	330	505
Programme 5 : renforcement du système de santé et du système communautaire	382 325	159 711	542 036	339 122	209 925	549 047	721 447	369 636	1 091 083
<i>Sous-programme 1 : Gouvernance et pilotage du système de santé</i>	1 585	1 447	3 032	2 350	1 645	3 995	3 935	3 092	7 027
<i>Sous-programme 2 : Développement des ressources humaines pour la santé</i>	370	7 225	7 595	522	7 735	8 257	892	14 960	15 852
<i>Sous-programme 3 : Accessibilité géographique et qualité des soins</i>	365 080	22 975	388 055	323 430	55 350	378 780	688 510	78 325	766 835
<i>Sous-programme 4 : Disponibilité des médicaments et produits sanguins</i>	65	36 000	36 065	70	36 080	36 150	135	72 080	72 215
<i>Sous-programme 5 : Financement du secteur</i>	13 025	90 574	103 599	11 500	106 405	117 905	24 525	196 979	221 504
<i>Sous-programme 6 : Système d'information sanitaire, surveillance intégrée des maladies et la riposte, télémédecine</i>	2 200	1 490	3 690	1 250	2 710	3 960	3 450	4 200	7 650

Chapitre 6: Financement du PBDS 2015-2016

6.1. Couts prévisionnels du Programme biennal 2014 – 2015.

Le cout global du Programme biennal 2014 – 2015 est estimé à 1.191.544.000.000 FCFA, réparti à raison de 590.292.000.000 F CFA pour l'année 2015 et 601.252.000.000 pour l'année 2016. Les investissements sont estimés à 765.623.000.000 FCFA, soit 64,3 % du cout global des prévisions. Leur répartition annuelle indique 402.801.000.000 F CFA en 2015 et 362.822.000.000 F CFA en 2016. Quant au fonctionnement, les prévisions des dépenses s'élèvent à 187.491.000.000 F CFA en 2015 et 238.430.000.000 F CFA en 2016

Il convient de noter que le programme n°5 : « Renforcement du système de santé» représente 91% du financement global sur les deux années du programme, sans pour autant compromettre le financement à leur juste valeur des autres programmes. Traduisant les choix du « Chemin d'Avenir », le programme n°5 sert à réaliser les actions de constructions, de réhabilitations, d'acquisitions des équipements, de mise à disposition de ressources humaines pour la santé, de renforcement des capacités, d'organisation des services, de coordination des interventions et de supervision des personnels de santé.

6.2. Structure et sources de financement.

Comme pour les exercices des années précédentes, le financement du programme biennal de développement sanitaire 2015 – 2016 sera assuré par les ressources internes d'une part et par les ressources externes issues de la coopération internationale, à travers les emprunts et dons d'autre part. Le financement interne regroupe les ressources du budget de l'Etat avec celles des autres sources internes, telles que les ménages, les ONG et associations locales, les sociétés privées et les assurances.

6.2.1. Financement interne

Ressources du budget de l'Etat

Selon les comptes nationaux de santé de 2010, les dépenses de santé sont principalement assurées par le trésor public (58%) et par les ménages (39%). L'évolution des allocations budgétaires affectées au secteur santé au cours de la période allant de 2009 à 2011 ayant indiqué un taux d'accroissement cumulé égal à 11,1 % soit une moyenne annuelle de 3,8 %, un taux de croissance annuel supérieur à 6 % serait requis afin de réduire de façon significative les charges qui pèsent sur les ménages, lesquelles sont liées quasi exclusivement aux dépenses directes de santé.

Cette croissance devrait être maintenue régulièrement de façon à atteindre le taux de 15%. Globalement, l'allocation budgétaire de l'Etat devra permettre d'exécuter les dépenses d'investissement et de fonctionnement requises pour une mise en œuvre appropriée du PBDS. Des dispositions devront être prises pour affecter des allocations budgétaires appropriées, aux structures chargées d'assurer l'offre de soins et services de santé de qualité.

Contribution des ménages

Conformément à l'initiative de Bamako, le système de santé prévoit un recouvrement des coûts. Les ressources générées par les recouvrements des couts opérées par les formations sanitaires publiques sont prioritairement destinées : (i) au renouvellement des stocks de médicaments, réactifs et autres consommables et (ii) au paiement des compléments de rémunérations des personnels de santé. Au regard des disfonctionnements et dérives observés, la rationalisation des entres des sante et des hôpitaux de base devra engager entre autres, un travail d'harmonisation de la tarification ainsi que la mise en place d'une cogestion transparente. Ces dispositions contribueraient à l'amélioration de l'efficacité de ce financement.

Assurance maladie universelle

La mise en place de l'assurance maladie universelle est attendue dont pour 2015. Il s'agit d'une évolution d'importance considérable, qui devra: (i) contribuer à réduire le poids des dépenses directes qui pèsent sur les ménages et (ii) permettre une amélioration significative de l'accès des populations aux soins et services de santé.

Secteurs connexes, ONG locales et autres institutions

Les secteurs connexes à la santé contribueront au financement du PBDS 2015 - 2016, dans leurs domaines d'action respectifs, à travers les plans, projets et interventions concourant à l'amélioration de l'état de santé de la population. Ces contributions concernent également les ONG nationales ainsi que les collectivités locales décentralisées.

S'agissant des ressources devant être mobilisées auprès des collectivités locales décentralisées, la disponibilité des plans départementaux de développement sanitaire budgétisés, constituera le principal outil de référence pour la définition des besoins et leur budgétisation au niveau local.

6.2.2. Contributions des partenaires au financement de la santé

Les partenaires au financement de la santé comprennent les institutions de coopération bi et multilatérales ainsi que les agences du système des Nations Unies. La part attendue des partenaires techniques et financiers est d'au moins 5%, en augmentation par rapport à 2010 où elle était de 2%.

Chapitre 7 : Cadre de mise en œuvre, suivi et évaluation

7.1. Cadre de mise en œuvre

7.1.1. Organes institutionnels de mise en œuvre au niveau national

Le PBDS 2015-2016 sera mis en œuvre à tous les niveaux du système de santé à travers des plans de travail annuels budgétisés (PTAB). Les organes ci-après décrits interviennent dans la coordination, le pilotage, le suivi et l'évaluation du PBDS 2015-2016.

Comité de pilotage du PNDS et son comité technique de suivi

Créé en 1995³³, le comité de pilotage du plan national de développement sanitaire est l'organe de coordination, d'orientation, de contrôle, de programmation et d'évaluation. A ce titre, il est chargé notamment, de : (i) suivre et évaluer la mise en œuvre du PBDS 2015-2016, (ii) approuver les PTAB et faire des recommandations appropriées, (iii) assurer la liaison avec les organisations non gouvernementales, les agences de coopération bi et multilatérale, (iv) aider à la mobilisation des ressources et à la coordination des aides extérieures et (v) formuler les recommandations sur la mise en œuvre du PBDS 2015-2016. Le comité de pilotage du PNDS se réunit une fois par an. Il est l'unique organe agissant de manière holistique et inclusive sur l'ensemble des plans, programmes et projets qui concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

Le comité de pilotage, est assisté par un comité technique de suivi chargé de :(i) l'appui technique aux départements médicaux et districts sanitaires, (ii) l'organisation du suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation périodique du PBDS 2015-2016, (iii) l'organisation et le suivi des budgets et (iv) l'organisation des conférences départementales de la santé.

Conseil national de la santé

Le Conseil national de santé est un organe consultatif chargé de donner des avis et recommandations relatifs à l'amélioration des conditions de vie des populations. Il propose des orientations sur les choix stratégiques pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé. La participation de l'ensemble des secteurs ministériels et de la société civile au conseil national de santé permettra la prise en compte de leurs contributions à la réalisation des résultats visés par le PBDS 2015-2016.

Conseil National de Lutte contre le SIDA

Institué depuis 2004, par décret n°2004-399 du 27 août 2004, le Conseil national de lutte contre le SIDA (CNLS) est un organe multisectoriel et pluridisciplinaire de coordination et d'orientation de lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). A ce titre, il est chargé, notamment de : (i) mettre à jour la politique nationale et les orientations stratégiques en matière de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, (ii) coordonner la gestion de l'ensemble des ressources internes et externes ainsi que l'ensemble des diverses interventions liées à la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, (iii) délibérer sur toutes les questions relatives au VIH/SIDA et les IST, (iv) assurer la coordination et le suivi de la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA et les IST sur toute l'étendue du territoire, (v) assurer le plaidoyer et la mobilisation des ressources en faveur des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, (vi) promouvoir la décentralisation et la multisectorialité de la réponse nationale au VIH/SIDA.

Comité de coordination inter-agence d'appui au programme élargi de vaccination

Mis en place par arrêté ministériel, le Comité de coordination inter-agences d'appui au programme élargi de vaccination (CCIA) a pour missions : (i) l'approbation du plan d'action annuel du PEV de routine, y compris les projets d'organisation des journées nationales de vaccination et de renforcement de la surveillance épidémiologique ; (ii) la coordination des interventions entre différents partenaires au développement socio sanitaire et le ministère de la santé et de la population; (iii) le développement auprès des autorités nationales d'un plaidoyer permanent en faveur de la promotion des activités du programme élargi de vaccination, (iv) la mobilisation des ressources nécessaires pour la réalisation des activités du programme élargi de vaccination ; (v) la garantie d'une bonne gestion transparente des fonds destinés au programme élargi de vaccination et (vi) l'évaluation de l'exécution du plan d'action et la mise en œuvre de ses différentes orientations.

Autres organes de coordination

Ces organes comprennent le Comité de coordination nationale pour les programmes financés par le Fonds mondial de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/SIDA(CCN), ainsi que les groupes thématiques mis en place dans le cadre de la mise en œuvre de l'UNDAF. Il s'agit des groupes thématiques santé, VIH/SIDA, sécurité alimentaire et nutrition.

7.1.2. Administration et coordination de la mise en œuvre dans les départements

Conseils départementaux

Selon l'article 20 de la loi n°10/2003 du 6 février 2003, portant transfert des compétences aux collectivités locales, les départements ont missions de: (i) participer à l'établissement de la tranche départementale de la carte sanitaire nationale; (ii) élaborer et exécuter les plans d'urgence de santé et d'hygiène ; (iii) assainir le milieu en hygiène général; (iv) gérer les aides sociales aux personnes vulnérables et (v) construire ou acquérir, équiper, entretenir, gérer et assurer la maintenance des installations des crèches, garderies d'enfants, postes de santé, centres de santé intégrés, centres de promotion et réinsertion sociale.

Directions départementales de la santé

Les directions des départements médicaux veilleront à l'élaboration, la validation, la mise en œuvre et l'évaluation semestrielle et annuelle des Plans de travail annuel budgétisé (PTAB) dans une approche participative et axée sur les résultats. Au terme de chaque exercice annuel de planification, les directions des départements médicaux transmettront à la direction des études et de la planification leurs PTAB en vue d'une compilation nationale et une analyse aux fins de prise de décision. De même, elles transmettront à la DEP les rapports de leurs évaluations annuelles.

Districts sanitaires

Les districts sanitaires constituent les unités de base pour la planification opérationnelle et la mise en œuvre des interventions dans leur globalité. A ce titre, ils sont chargés de : (i) élaborer les PTAB de mise en œuvre du PBDS 2015-2016 en partenariat avec les organes de participation communautaire ; (ii) organiser la mise en œuvre et le suivi régulier des opérations ; (iii) organiser les réunions trimestrielles de revue du développement des aires de santé ; (iv) produire les rapports de mise en œuvre et les transmettre aux départements médicaux.

7.2. Suivi et évaluation

7.2.1. Suivi de la mise en œuvre du PBDS 2015 - 2016

De façon globale, un cadre détaillé des suivi et évaluation du PBDS 2015 – 2016 devra être élaboré et mis en œuvre par le Comité technique de suivi. Il déterminera la démarche à observer tout au long du processus de suivi et reposera sur la fonctionnalité du SNIS pour la collecte, traitement et analyse des données.

Sur le plan du suivi, les missions de supervision seront organisées selon une périodicité mensuelle pour les districts sanitaires vers les CSI ; trimestrielle pour les directions des départements médicaux vers les équipes-cadres des districts sanitaires et semestrielle pour le niveau central vers les départements médicaux.

Toutefois, les opérations décrites dans les PTAB constitueront la principale référence pour le suivi régulier de la mise en œuvre du projet. A ce titre, une réunion mensuelle de suivi impliquant les responsables des centres de santé et des hôpitaux de base, sera organisée dans chaque district sanitaire. De même, chaque directeur départemental, organisera une réunion trimestrielle de suivi avec les équipes cadres des districts sanitaires.

Les travaux de ces réunions seront consacrées à: (i) l'examen des progrès accomplis à travers la revue des rapports périodiques; (ii) l'identification des problèmes survenus au cours de la période et (iii) discuter et décider des actions correctrices à prendre. Le tableau ci-dessous présente pour chaque résultat visé par le programme biennal, les principaux indicateurs de suivi ainsi que les modalités de leur utilisation.

Tableau n°18 : Tableau des indicateurs de suivi de la mise en œuvre du PBDS 2015 - 2016

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification & Méthode de collecte des données	Périodicité	Responsables
Résultat n°1 : La gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé.	Pourcentage de textes de la réforme du système de santé publiés	Exploitation des rapports d'activités Cibles : 100 %	1 fois par semestre	Cabinet
	Pourcentage d'organes de gestion ayant tenu au moins 80 % de leurs réunions ordinaires	Exploitation des rapports d'activités / comptes rendus de réunions. Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DGS
	Proportion de départements exécutant des PTAB	Exploitation des rapports d'activités Cibles : 12 départements	1 fois par trimestre	DGS
	Pourcentage de districts sanitaires dotés d'une équipe cadre répondant aux normes.	Exploitation des rapports d'activités . Cibles : 100 % des DS	1 fois par semestre	DDS
Résultat n°2 : Au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux	Pourcentage d'HB dotés en équipements médicaux et fournitures techniques requis pour l'offre de SONU de qualité.	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 100 %	1 fois par semestre	DGS
	Pourcentage de CSI dotés en équipements médicaux et fournitures techniques requis pour l'offre des PSE	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 100 % de CSI	1 fois par trimestre	DGS
	Proportion d'HB ayant mis en place un système de permanence garantissant la disponibilité des SONU de qualité 24 h / 24	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : tous les HB	1 fois par trimestre	DDS
	Pourcentage des CSI disposant de personnels formés / recyclés sur l'offre des PSE complets.	Exploitation des rapports d'activités des DS. Cibles : 100 % des agents concernés	1 fois par trimestre	Médecins Chefs des districts sanitaires
Résultat n°3 : Dans chaque district sanitaire, l'hôpital de référence et au moins 50 % des centres de santé intégrés sont rationalisés	Pourcentage de CSI ayant mis en place l'organisation fonctionnelle et structurelle recommandée.	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 100 % des CSI	1 fois par trimestre	Médecins Chefs des districts sanitaires
	Pourcentage de CSI ayant rationalisé la CC, la CPN et la consultation des enfants de moins de 5 ans	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 00 rupture de stock	1 fois par trimestre	Médecins Chefs des districts sanitaires
	Pourcentage d'hôpitaux de référence ayant rationalisé l'accueil, mis en place un dossier médical unique et	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 100 %	1 fois par trimestre	DDS

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification& Méthode de collecte des données	Péodicité	Responsables
	harmonisé les attitudes thérapeutiques			
Résultat n°4 : Les directions centrales, les directions départementales, les districts sanitaires, les hôpitaux généraux, les établissements sous tutelle et les hôpitaux de base exécutent respectivement des plans de travail annuels budgétisés (PTAB) et des projets d'établissements adossés au PBDS 2015-2016.	Proportion de directions centrales dotées chacune d'un plan de travail annuel	Exploitation des rapports d'activités Cible : Toutes	1 fois par semestre	Cabinet
	Proportion de directions départementales dotées chacune d'un plan de travail annuel	Exploitation des rapports d'activités. Cibles : 12 DDS	1 fois par trimestre	DDS / CTS-PNDS
	Proportion d'HG exécutant des plans de travail annuels adossés à leurs projets d'établissements respectifs	Exploitation des rapports d'activités. Cibles : Tous les HG	1 fois par trimestre	Cabinet
	Pourcentage d'HB exécutant des plans de travail annuels adossés à leurs projets d'établissements respectifs	Exploitation des rapports d'activités. Cibles : 100 % des HB	1 fois par trimestre	DDS
Résultat n°5: Le plan stratégique de développement des ressources humaines est disponible et un programme biennal de développement des ressources humaines, adossé au PBDS 2015-2016 est exécuté	Disponibilité du plan stratégique de développement des ressources humaines	Exploitation des rapports d'activités Cibles : PSDRH	1 fois par semestre	Cabinet
	Nombre de plateformes de collaboration intersectorielle et de partenariat mises en place	Exploitation des rapports d'activités Cible : 2	1 fois par semestre	Cabinet
	Pourcentage d'établissements hospitaliers disposant de descriptions de postes et profils de fonctions	Exploitation des rapports d'activités Cible : 100 %	1 fois par semestre	DGAR
	Existence de mesures visant la fidélisation des agents de santé	Exploitation des rapports d'activités Cible : Mesures	1 fois par semestre	DGAR
Résultat n°6 : Les cibles indiquées pour l'utilisation des services de santé par les populations et les taux de couverture des interventions des programmes de santé publique sont atteints dans au moins 50 % des districts sanitaires;	Taux de couverture CPN4	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 95 %	1 fois par trimestre	DS
	Taux de couverture vaccinale par antigène	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : Mesures	1 fois par trimestre	DS
	Pourcentage des accouchements assistés par du personnel qualifié	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DS
	Pourcentage des accouchements assistés avec le partogramme	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DS
	Taux de couverture contraceptive	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible :	1 fois par trimestre	DS
	Taux d'utilisation de la consultation curative	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible :	1 fois par trimestre	DS
Résultat n°7: Le système national d'information sanitaire est opérationnel et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports dont les résultats sont utilisés pour la gestion du système de santé à différents niveaux.	Existence d'une base de données intégrée, groupant les données de la surveillance épidémiologique avec celles des décès maternels	Exploitation des rapports d'activités Cible : base de données	1 fois par semestre	DSIS
	Taux de promptitude des rapports des centres de santé, hôpitaux et districts sanitaires	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DDS
	Taux de complétude des rapports des centres de santé, hôpitaux et districts sanitaires	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DDS
	Pourcentage de gestionnaires des données du SNIS équipes en outils informatiques et de	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DSIS

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification & Méthode de collecte des données	Péodicité	Responsables
	communication des données.			
	Pourcentage de gestionnaires des données du SNIS utilisant le support électronique de collecte, traitement et transmission des données du SNIS	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par semestre	DSIS

7.2.2. Revue à mi-parcours de la mise en œuvre du PBDS 2015 -2016

Au terme de l'année 2015, une revue à mi-parcours sera conduite afin d'apprécier les niveaux d'exécution des activités des différentes interventions ainsi que le degré d'atteinte des résultats visés au titre de l'exécution du PBDS 2015- 2016. Le PBDS 2015 – 2016 étant le seul cadre de référence pour la mise en œuvre de la politique de santé dans le pays, il s'agira de conduire une revue sectorielle unique, impliquant l'ensemble des parties prenantes.

Cette revue à mi-parcours devra permettre de : (i) s'assurer de la mise en œuvre adéquate des activités, (ii) de s'assurer de la cohérence et de la complémentarité des interventions entreprises par les différents acteurs ; (iii) d'identifier les écarts éventuels et (iv) de formuler des recommandations afin de redresser la situation le cas échéant. Sur le plan méthodologique, le processus comprendra des revues réalisées aux niveaux des districts sanitaires et des 12 départements du pays.

Les indicateurs de suivi compétés de certains indicateurs d'évaluation seront utilisés pour les besoins de la revue sectorielle.

7.2.3. Evaluation finale

L'évaluation finale sera conduite au terme de l'année 2016. Elle portera principalement sur l'appréciation du degré d'atteinte des objectifs visés et des résultats attendus par le programme et comprendra une évaluation externe et une enquête de satisfaction des bénéficiaires. Tout comme pour les indicateurs de suivi, le tableau ci-dessous présente pour chaque résultat visé les principaux indicateurs d'évaluation ainsi que les modalités de leur utilisation.

Tableau n°19 : Tableau des indicateurs d'évaluation de la mise en œuvre du PBDS 2015 - 2016

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification & Méthode de collecte des données	Péodicité	Responsables
Résultat n°1 : La gouvernance des structures administratives, des formations sanitaires, des programmes et projets de santé est améliorée à tous les niveaux du système de santé.	Pourcentage de textes de la réforme effectivement appliqués	Exploitation des rapports d'évaluation Cibles : 100 %	1 fois par an	Cabinet
	Pourcentage d'organes de gestion ayant tenu au moins 80 % de leurs réunions ordinaires	Exploitation des rapports d'activités / comptes rendus de réunions. Cible : 100 %	1 fois par an	DGS
	Nombre de revues sectorielles tenues.	Exploitation des rapports d'activités. Cibles : 2	1 fois par an	DDS
Résultat n°2 : Au moins 70 % des centres de santé, des hôpitaux de base et autres formations sanitaires offrent les paquets de soins et services complets et de qualité, conformes à leurs types et niveaux	Pourcentage d'accouchement assisté par un personnel qualifié	Rapports d'enquête a Cibles : 100 %	Fin 2016	DGS
	Taux d'utilisation des CSI	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 100 % de CSI	1 fois par trimestre	DGS
	Taux de couverture vaccinale au VPO3	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 95 %	1 fois par semestre	DDS
	Taux de couverture, CPN4	Exploitation des rapports d'activités des DS	1 fois par semestre	DDS

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification & Méthode de collecte des données	Péodicité	Responsables
		Cibles : 95 %		
	Taux de prise en charge sous TARV, des femmes enceintes détectées séropositive	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 100 %	1 fois par semestre	DDS
	Pourcentage de CSI offrant le traitement DOT	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 100 %	1 fois par semestre	DDS
Résultat n°3 : Dans chaque district sanitaire, l'hôpital de référence et au moins 50 % des centres de santé intégrés sont rationalisés	Pourcentage de CSI entièrement rationalisées et offrant des PSE complets	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 100 % des CSI	1 fois par semestre	Médecins Chefs des districts sanitaires
	Pourcentage d'hôpitaux de districts sanitaires ayant rationalisé l'accueil.	Exploitation des rapports d'activités des DS Cibles : 100 %	1 fois par semestre	Médecins Chefs des districts sanitaires
Résultat n°4 : Les directions centrales, les directions départementales, les districts sanitaires, les hôpitaux généraux, les établissements sous tutelle et les hôpitaux de base exécutent respectivement des plans de travail annuels budgétisés (PTAB) et des projets d'établissements adossés au PBDS 2015-2016.	Proportion de directions centrales ayant exécuté leurs PTAB à au moins 80 %	Exploitation des rapports d'activités Cible :	1 fois par an	Cabinet
	Proportion de directions départementales ayant exécuté leurs PTAB à au moins 80 %	Exploitation des rapports d'activités. Cibles : 12 DDS	1 fois par an	DGS
	Proportion d'hôpitaux généraux ayant exécuté leurs PTAB à au moins 80 %	Exploitation des rapports d'activités. Cibles : Tous les HG	1 fois par an	Cabinet
	Pourcentage d'hôpitaux de districts ayant exécuté leurs PTAB à au moins 80 %	Exploitation des rapports d'activités. Cibles : 100 % des HB	1 fois par an	DGS
Résultat n°5 : Le plan stratégique de développement des ressources humaines est disponible et un programme biennal de développement des ressources humaines, adossé au PBDS 2015-2016 est exécuté	Nombre de réunions planifiées et tenues par le Comité interministériel	Exploitation des rapports d'activités et compte rendus de réunions Cible :	1 fois par semestre	DGARH
	Proportion d'agents de la DGARH formés et utilisant le manuel de procédures des RHS	Exploitation des rapports d'activités Cible :	1 fois par semestre	Cabinet
	Pourcentage d'agents formés et appliquant les techniques de pilotage des carrières, la GPEC, les techniques d'évaluation des performances ainsi que la planification des effectifs.	Exploitation des rapports d'activités Cible : 100 %	1 fois par semestre	DGARH
	Pourcentage de CSI disposant du personnel qualifié minimal requis, pour assurer l'offre de PSE attendus.	Exploitation des rapports d'activités Cible : 100 %	1 fois par semestre	DGS
	Proportion de services cliniques par hôpital, disposant du personnel qualifié requis pour assurer les services attendus.	Exploitation des rapports d'activités Cible : tous les services	1 fois par semestre	DGS
	Proportion de services cliniques de spécialités, par hôpital général, dirigé par un le spécialiste indiqué	Exploitation des rapports d'activités Cible : tous les services	1 fois par semestre	DGS
Résultat n°6 : Les cibles indiquées pour l'utilisation des services de santé par les populations et les	Taux de couverture CPN4	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 95 %	1 fois par trimestre	DS
	Taux de couverture vaccinale par antigène	Exploitation des rapports d'activités des DS	1 fois par trimestre	DS

Résultats attendus	Indicateurs de suivi	Moyens de vérification & Méthode de collecte des données	Péodicité	Responsables
taux de couverture des interventions des programmes de santé publique sont atteints dans au moins 50 % des districts sanitaires;		Cible : Mesures		
	Pourcentage des accouchements assistés par du personnel qualifié	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DS
	Pourcentage des accouchements assistés avec le partogramme	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DS
	Taux de couverture contraceptive	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible :	1 fois par trimestre	DS
	Taux d'utilisation de la consultation curative	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible :	1 fois par trimestre	DS
Résultat n°7: Le système national d'information sanitaire est opérationnel et assure régulièrement la collecte, le traitement, l'analyse des données et la production des rapports dont les résultats sont utilisés pour la gestion du système de santé à différents niveaux.	Existence d'une base de données intégrée, groupant les données de la surveillance épidémiologique avec celles des décès maternels	Exploitation des rapports d'activités Cible : base de données	1 fois par semestre	DSISR
	% des structures ayant un taux de complétude des rapports de 100 %	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DSISR
	% des structures ayant un taux de promptitude des rapports de plus 90%	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DSISR
	Nombre de bulletins périodiques trimestriels publiés par la direction centrale en charge du SNIS	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par trimestre	DSISR
	Pourcentage de gestionnaires des données du SNIS utilisant le support électronique de collecte, traitement et transmission des données du SNIS	Exploitation des rapports d'activités des DS Cible : 100 %	1 fois par semestre	DSISR
	% des structures utilisant les données produites par le SNIS à des fins de planification et / ou d'allocation des ressources.	Exploitation des rapports d'activités des hôpitaux, DS, DDS, directions centrales et enquêtes Cible : 100 %	1 fois par semestre	DSISR
	Nombre de bulletins épidémiologiques mensuels produits par année	Exploitation des rapports d'activités, bulletins épidémiologiques. Cible : 12 par an	1 fois par trimestre	DELM

Chapitre 8 : Analyse des risques et mesures d'accompagnement

8.1. Analyse des risques

Les principales menaces susceptibles de compromettre la mise en œuvre du PBDS 2015-2016 et l'atteinte de ses résultats rejoignent les conditions de la réussite du programme du Gouvernement, « le chemin d'Avenir » et du PND 2012-2016. Il s'agit de : (i) la paix sociale sans laquelle tout effort de développement est d'emblée compromis ; (ii) de la croissance économique qui doit être soutenue au-delà de 6% pour permettre, la réduction de la pauvreté, socle sur lequel se base l'amélioration de l'état de santé de la population et (iii) l'exigence de la bonne gouvernance qui est devenue le leitmotiv de toute action de développement.

Au delà de ces conditions générales, les principaux facteurs contextuels susceptibles de compromettre gravement la mise en œuvre du PBDS 2015-2016 sont :

- l'instabilité institutionnelle notamment les changements fréquents des équipes ;
- les dérives susceptibles d'entacher les processus électoraux ;
- la diminution de l'allocation budgétaire consacrée au secteur santé ;
- les conflits observés dans les pays de la sous-région ;
- la réduction de l'appui des partenaires bi et multilatéraux et;
- les épidémies et les catastrophes naturelles.

8.2. Mesures d'accompagnement

Dans le souci de garantir le succès du PBDS 2015-2016 et la réalisation de ses résultats, une série de mesures devront accompagner sa mise en œuvre.

Il s'agira principalement de :

- obtenir une augmentation significative du budget alloué au secteur santé ;
- garantir la mise à disposition régulière des fonds pour la mise en œuvre des activités du PBDS ;
- appliquer totalement le statut particulier des agents de santé et retarder le départ à la retraite des médecins ;
- renforcer et mettre en application les dispositions relatives à la décentralisation ;
- renforcer les mesures de protection sociale des populations y compris le développement des systèmes d'assurance maladie, notamment l'assurance maladie universelle et ;
- améliorer de façon substantielle l'accès à l'eau potable ainsi que l'assainissement de base afin de réduire les risques liés à la précarité des conditions de vie.

Annexes

Annexe 1. Liste des formations sanitaires à construire, réhabiliter et équiper

Répartition des hôpitaux de district et Hopitaux Généraux à construire/réhabiliter et équiper

Départements	Districts couverts	Hôpitaux de district à réhabiliter et équiper	Hôpitaux de district à équiper	Hôpitaux de district à construire et équiper	HG à construire et équiper	HG à réhabiliter et équiper
Bouenza	Nkayi, kayes, Loudima,	HB N'kayi		AR2 Nkayi, Loudima, Kayes	Nkayi	
	Madingou, Boko -songho, Mabombo	HB Madingou		Boko-songho, Mabombo Bouansq ³⁴	Madingou	
	Mouyondzi, Kingoué, Tsiaki,			Mouyondzi, Kingoué, Tsiaki		
	M'Fouati, Yamba, Loutété	HB Loutété		M'Fouati, Yamba		
Brazzaville	Arrondissement 1 Makélékélé Arrondissement 8 Madibou			Madibou Makélékélé	HG Nkombo 2ème CHU à Kintélé	
	Arrondissement 2 Bacongo	HB Mpissa ex CNSS		Poto poto		CHU
	Arrondissement 3 Poto-Poto			Moungali		Blanche Gomez
	Arrondissement 4 Moungali			Ouenzé		
	Arrondissement 5 Ouenzé			Talangaï		
	Arrondissement 6 Talangaï Arrondissement 9 Djiri			Djiri		
	Arrondissement 7 Mfilou		HB M'Filou			
Cuvette	Mossaka, Loukoléla			Mossaka, Loukoléla	HG Oyo	
	Oyo, Tchikapika, Boundji,	HB Oyo		Tchikapika, Boundji		HG Owando
	Owando, Makoua, Ntokou, Ngoko			Makoua, Ntokou, Ngoko		
Cuvette – Ouest	Itoumbi, Kellé, Mbomo,			Itoumbi, Kellé, Mbomo	HG Ewo	
	Ewo, Mbama, Okoyo	HB Ewo		Mbama, Okoyo		
Pointe-Noire	Arr n°1 Lumumba			Arr n°1 Lumumba		HG A. Sicé
	Arr n°2 Mvoumvou			Arr n°2 Mvoumvou		HG Loandjili
	Arr n°3 Tié-Tié	HB Tié-Tié				
	Arr n° 5 N'Goyo			Arr n° 5 N'Goyo		
	Arr n° 6 Mongo-M'Poukou			Arr n° 6 Mongo-M'Poukou		
	Arr n°4 Loandjili			Arr n°4 Loandjili		
Kouilou	Madingo-Kayes, Nzambi, Kakamoeka			Nzambi, Kakamoeka	HG Madingo-Kayes	
	Hinda, Mvouti			Hinda, Mvouti		
Lékoumou	Zanaga, Bambama			Zanaga, Bambama	HG Sibiti	

³⁴ Communauté urbaine

Départements	Districts couverts	Hôpitaux de district à réhabiliter et équiper	Hôpitaux de district à équiper	Hôpitaux de district à construire et équiper	HG à construire et équiper	HG à réhabiliter et équiper
	Sibiti, Mayéyé, Komono	HB Sibiti		Mayéyé, Komono		
Likouala	Enyelle, Betou			Enyelle, Betou	HG Impfondo	
	Impfondo, Liranga, Bouaniela Epena, Dongou	HB Impfondo		Liranga, Bouaniela Epena, Dongou		
Niari	Dolisie, Makabana Louvakou, Kimongo, Londelakayes	HB Dolisie		Arr 2 Dolisie Makabana Louvakou, Kimongo, Londelakayes		
	Banda, Nyanga, Divenié, Kibangou			Banda, Nyanga, Divenié, Kibangou		
Niari	Mossendjo, Moungoundou-Sud, Moungoundou Nord, Mayoko, Mbinda, Yaya, Tsimba	HB Mossendjo		Arr2 Mossendjo Moungoundou-Sud, Moungoundou Nord, Mayoko, Mbinda, Yaya, Tsimba		
Plateaux	Djambala, Lékana, Mpouya, Ngo, Mbon	HB Djambala		Lékana, Mpouya, Ngo, Mbon	HG Djambala	
	Gamboma, Ongogni, Makotipoko	HB Gamboma		Ongogni, Makotipoko		
	Ollombo, Allembe, Abala			Ollombo, Allembe, Abala		
Pool	Kinkala, Boko, Louingui, Loumo	HB Kinkala		Boko, Louingui, Loumo, Kibouéndé	HG Kinkala	
	Linzolo, Goma Tsétsé, Mbanza-Ndounga	HB Linzolo		Goma Tsétsé, Mbanza-Ndounga		
	Mindouli,	HB Mindouli		Mindouli		
	Kindamba, Vindza	HB Kindamba		Kindamba, Vindza		
	Ignié, Ngabé, Mayama			Odziba, Ignié, Ngabé, Mayama		
Sangha	Sembé, Souanké, Ngbala,			Sembé, Souanké, Ngbala,	HG Ouesso	
	Pikounda, Mokéko, Ouesso	HB Ouesso		Arr 2 Ouesso, Pikounda, Mokéko		
Total		18	2	92	14	5

(*) Communauté urbaine

Glossaire des termes techniques utilisés

Termes techniques	Définitions
Aire de Santé	Entité géographique aux limites bien définies. Elle couvre 2.500 à 10.000 habitants en milieu rural et de 10.000 à 15.000 habitants en milieu urbain. Une aire de santé représente l'unité de découpage du pré plan de couverture d'un district sanitaire. Dans chaque aire de santé, on trouve une formation sanitaire de premier contact (CSI) dans un rayon de 5 Km. Dans une aire de santé, il ne doit pas y avoir des obstacles naturels, (montagne, fleuves...) qui peuvent empêcher les populations à fréquenter le centre
Couverture en Consultation postnatale (CPON)	Nombre de femmes ayant accouché et qui ont subi une visite médicale dans le mois qui a suivi leur accouchement, rapporté au nombre de femmes qui ont accouché.
Couverture en Consultation prénatale (CPN4)	Nombre des femmes enceintes qui ont subi quatre visites prénatales, rapporté au nombre de femmes enceintes attendues.
Couverture en Consultation curative (CC)	Nombre de nouveaux cas reçus à la CC pendant l'année, rapporté à la population couverte. Elle s'exprime en nombre de nouveaux cas par habitants par an.
Couverture en Consultation préscolaire (CPS)	Nombre d'enfants de 0-5 ans reçus à la CPS au cours d'une période, rapporté au nombre d'enfants attendus.
Couverture en consultation des naissances désirées (CND)	Nombre de femmes reçues à la CND, rapporté au nombre de femmes en âge de procréer
Couverture Sanitaire	La couverture sanitaire définit le nombre de personnes habitant dans un rayon de 0 à 5 Km autour d'un Centre de Santé Intégré, rapporté à la population générale de la zone
Couverture vaccinale	Nombre d'enfants/sujets vaccinés sur l'antigène x rapporté à la cible totale
Gestion Axée sur les Résultats (GAR)	La GAR est une stratégie ou méthode de gestion appliquée par une organisation pour veiller à ce que ses procédures, produits et services contribuent à la réalisation de « résultats » clairement définis
Indice synthétique de fécondité (ISF)	Nombre moyen d'enfants nés vivants qu'une femme a eu (ou aura si rien ne change) au cours de sa vie procréative
Létalité	Nombre de sujets décédés d'une maladie x, rapporté à l'ensemble des cas de cette maladie sur une période donnée.
Morbidité	Nombre de sujets ayant été malades toutes causes confondues. On parle aussi de morbidité spécifique selon la maladie x, lorsque l'on rapporte le nombre de cas de la maladie x à l'ensemble des cas toutes causes confondues.
Mortalité	Nombre de sujets décédés toutes causes confondues. On parle aussi de mortalité spécifique selon la maladie x, lorsque l'on rapporte le nombre de décès de la maladie x à l'ensemble des décès toutes causes confondues.
Mortalité infantile	Mortalité spécifique chez les enfants de 30 à 11 mois.
Mortalité néo natale	Mortalité des enfants de 0 à 29 jours
Mortalité infanto Juvénile	Mortalité spécifique chez les enfants de moins de 5 ans.
Mortalité maternelle	Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés.
Paquet minimum d'activité (PMA)	Ensemble d'activités offertes par un centre de santé Intégré (C.S.I). Ce PMA comprend des activités curatives, préventives, promotionnelles et sociales
Paquet de services essentiels (PSE)	Ensemble des activités se résumant en vaccination, nutrition, PCIME, SR et C4D
Prévalence contraceptive	Nombre de femmes en âge de procréer qui utilisent une méthode de contraception Rapporté au nombre de femmes visitées au cours de l'enquête, on parle de taux de prévalence contraceptive

Rationalisation	Processus qui consiste à atteindre les résultats de manière efficiente (rapport coût/efficacité). Pour les CSI, il comporte : (i) le dénombrement des ménages, (ii) la mise en place de l'organe de participation communautaire, (iii) la réhabilitation/construction des locaux, (iv) l'identification et formation du personnel aux activités du PMA y compris l'usage des ordinogrammes, (v) la dotation en MEG, (vi) la mise en place des supports/outils de gestion de l'information sanitaire, (vii) la supervision régulière par l'équipe cadre du DS.
Revitalisation	Processus qui concourt à l'amélioration des performances des districts sanitaires. Il comporte : (i) la constitution d'une équipe cadre d'au moins 5 membres, (ii) l'élaboration d'un pré-plan de couverture, (iii) la construction/réhabilitation d'un local disposant d'une pharmacie, (iv) la formation des membres de l'équipe cadre à l'organisation et au fonctionnement d'un district de santé, (v) la dotation d'un moyen de supervision, (vi) la mise en place des supports/outils de gestion de l'information sanitaire, (vii) la mise en place de l'association des COSA et du comité de gestion, (viii) la supervision régulière par la DDS.
Santé de la reproduction (SR)	Ensemble des mesures et actions visant à préserver et à améliorer la pérennisation de l'espèce humaine dans un état de bien-être physique, mental et social et non seulement en l'absence de maladies ou de perturbations dans l'accomplissement du processus de la reproduction.
Stratégie fixe	Stratégie qui consiste à fournir des soins au sein d'une formation sanitaire.
Stratégie avancée	Stratégie qui amène l'infirmier d'un CSI à se déplacer (en moto généralement) au sein de villages distant de 5 à 15 Km de sa formation sanitaire pour y apporter des soins
Stratégie mobile	Stratégie qui amène une équipe à se déplacer (en véhicule) au sein de villages situés au-delà de 15 Km d'un CSI pour y apporter des soins.