



POLITIQUE NATIONALE DE SANTÉ 2019 - 2030



PREFACE

La République centrafricaine a inscrit la santé comme un des domaines prioritaires de ses actions en faveur des populations. Dans ce cadre, plusieurs documents stratégiques ont été élaborés en concertation avec les partenaires techniques et financiers ainsi que la société civile. Il s'agit notamment du Plan National de Développement Sanitaire de première génération (PNDSI), du Plan National de Développement Sanitaire de deuxième génération (PNDSII), du Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS), et du Plan Intérimaire du Secteur de la Santé (PISS).

Ces différents documents ont contribué au déploiement des actions importantes qui ont impacté positivement l'état de santé des populations. En effet, s'il y a eu une amélioration de certains indicateurs de l'état de santé de la population suite à la mise en œuvre des différents plans de développement, beaucoup d'efforts restent à faire dans la quête légitime du développement d'un capital humain productif capable de porter le développement socio-économique et la paix sociale. Saisissant l'occasion du processus de consolidation de la paix et de réconciliation nationale matérialisé par la signature de l'Accord de Paix du 6 février 2019, nous avons lancé la mise œuvre des 10 domaines d'impulsion comme moyen pouvant permettre de lutter la pauvreté, les inégalités et l'injustice. Nous considérons que la santé est un moyen puissant d'atteindre les objectifs de justice sociale et de lutte contre la pauvreté. C'est à cet égard qu'elle est largement reflétée dans les 10 domaines d'impulsion.

C'est dans ce contexte que nous avons instruit le Ministre de la santé de prendre les mesures nécessaires pour rendre le système de santé plus performant, répondant aux attentes des populations et combler les déficits stratégiques existants dont celui de l'absence, depuis l'indépendance, d'un document officiel de politique nationale de santé.

C'est désormais chose faite. Grâce un processus participatif et inclusif sagement conduit par le Ministre de la santé et de la Population que nous félicitons, et aux contributions de nos partenaires au développement, le Gouvernement dispose maintenant d'une politique nationale de santé en bonne et due forme.

Cet outil fondamental sera la boussole du secteur de la santé devant induire les changements pertinents et durables, en vue de l'amélioration de la santé de la population à l'horizon 2030, dans la perspective de l'atteinte de la Couverture Santé Universelle (CSU).

Nous réaffirmons avec vigueur les soins de santé primaires comme stratégie de base. La mise en œuvre de la politique nationale de santé s'attachera, entre autres, à inculquer la culture de bonne gouvernance et de la performance basée sur les résultats.



S.E Professeur Faustin Archange **TOUADERA**
Président de la République, Chef de l'Etat

REMERCIEMENTS

Au nom du Gouvernement, je tiens à féliciter et remercier l'ensemble des acteurs du système de santé, notamment les partenaires Techniques et financiers, les ONG, la Société Civile, les secteurs apparentés, les membres des comités de rédaction et technique ainsi que tous les responsables du Ministère de la Santé et de la Population aux différents niveaux pour leur contribution très appréciée à l'élaboration de ce document fondamental.

Nos remerciements s'adressent particulièrement au Fonds BEKOU de l'Union Européenne, à l'AEDES, aux Agences du Système des Nations Unies (OMS, UNICEF, ONUSIDA) et au Projet SENI de la Banque Mondiale dont l'engagement et la participation constructive ont permis la réalisation d'un document de politique nationale de santé 2019-2020 de qualité.

Le Ministre de la Santé et de la Population

Dr Pierre **SOMSE**

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	2
REMERCIEMENTS.....	3
LISTE DES ABREVIATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	10
I. CONTEXTE GENERAL DE LA RCA.....	122
1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE.....	12
2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE.....	12
3. CONTEXTE ECONOMIQUE.....	13
4. CONTEXTE SOCIAL.....	13
5. CONTEXTE POLITIQUE ET SECURITAIRE.....	14
II. ETAT DES LIEUX DU SECTEUR DE LA SANTE.....	15
1. ORGANISATION DU SECTEUR.....	15
1.1 MISSIONS DU SECTEUR DE LA SANTE.....	16
1.2 ACTEURS DU SECTEUR DE LA SANTE.....	16
2. COMPOSANTES DU SECTEUR DE LA SANTE.....	17
2.1 PROMOTION DE LA SANTE.....	17
2.1.1 CADRE DE VIE DE LA POPULATION.....	17
2.1.2 ACQUISITION DES APTITUDES FAVORABLES A LA SANTE.....	19
2.2 PREVENTION DE LA MALADIE.....	20
2.2.1 MALADIES TRANSMISSIBLES.....	21
2.2.2 MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT).....	26
2.2.3 SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE.....	27
2.3 COMPOSANTE PRISE EN CHARGE DES CAS Y COMPRIS LES URGENCES ET CATASTROPHES.....	28
2.3.1 VIH/SIDA.....	28
2.3.2 TUBERCULOSE.....	28
2.3.3 PALUDISME.....	29
2.3.4 MTN à prise en charge des cas.....	30
2.3.5 MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	30

2.4	RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....	33
2.4.1	GOUVERNANCE.....	33
2.4.2	OFFRE DE SERVICES ET SOINS.....	34
2.4.3	INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS.....	37
2.4.4	MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE.....	39
2.4.5	RESSOURCES HUMAINES.....	41
2.4.6	SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE.....	44
2.4.7	FINANCEMENT DE LA SANTE.....	45
III.	PROBLEMES PRIORITAIRES DU SECTEUR SANTE.....	46
IV.	ASPIRATIONS NATIONALES A L'HORIZON 2030.....	47
V.	VISION ET FONDEMENTS.....	48
1.	VISION.....	48
2.	FONDEMENTS.....	48
2.1	DISPOSITIONS LEGISLATIVES NATIONALES.....	49
2.1	DISPOSITIONS LEGISLATIVES INTERNATIONALES.....	49
VI.	VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS A L'HORIZON 2030.....	50
1.	VALEURS.....	50
2.	PRINCIPES DIRECTEURS.....	50
VII.	BUT.....	52
VIII.	CHOIX STRATEGIQUES.....	52
IX.	OBJECTIFS A L'HORIZON 2030.....	53
X.	ORIENTATIONS STRATEGIQUES.....	54
1.	PILOTAGE DU SECTEUR.....	54
2.	PLANIFICATION ET GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE.....	55
3.	RESSOURCES HUMAINES, MATERIELLES, FINANCIERES ET INFRASTRUCTURELLES.....	56
4.	FINANCEMENT DE LA SANTE.....	57
5.	INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE.....	58
6.	MEDICAMENTS, VACCINS, REACTIFS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE.....	58
7.	OFFRE DE SERVICES ET SOINS DE QUALITE.....	60
8.	SANTE COMMUNAUTAIRE.....	62
9.	PROMOTION DE SANTE.....	62
XI.	CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.....	63
XII.	MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION.....	66
	CONCLUSION.....	67

LISTE DES ABREVIATIONS

ACAME	Association des Centrales d'Achat des Médicaments
AEDES	Agence Européenne pour le Développement et la Santé
ACF	Action Contre la Faim
AfD	Agence française de Développement
ALIMA	Alliance for International Medical Action
ASSOMESCA	Association des œuvres médicales des églises pour la santé en Centrafrique
AT	Assistant technique
BAD	Banque Africaine de Développement
BM	Banque Mondiale
CCIA	Comité de Coordination Inter Agence
CCM	Country Coordination Mechanism
CDSP	Conseil de District de la Santé Publique
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CCSSS	Cadre de Concertation Stratégique du Secteur de la Santé
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire des Etats de l'Afrique Centrale
CICR	Comité international de la Croix Rouge
CNSP	Conseil National de la Santé Publique
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CRF	Croix Rouge Française
CRSP	Conseil Régional de la Santé Publique
CS	Centre de Santé
CDS	Chef de District Sanitaire
CODPIL	Comité de District de Pilotage
COGES	Comité de Gestion
CONGES	Conseil de Gestion
CORDAID	Catholic Organization for Relief and Development
CORPIL	Comité Régional de Pilotage
COUSP	Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique
CPN	Consultation Prénatale
CTN	Coordination technique Nationale
CSU	Couverture Santé Universelle

VDPV	Virus circulants dérivés du vaccin de la Poliomyélite
DI	Dossier d'investissement
DRSP	Directeur Régional de la Santé et de la Population
DGPOS	Directeur Général de la pharmacie et de l'organisation des soins
DGREP	Directeur Général de la Recherche, des Etudes et de la Planification
DPM	Direction de la Pharmacie et des médicaments
DREP	Direction de la Recherche, des Etudes et de la Planification
DRS	Direction Régionale de la Santé
DUE	Délégation de l'Union Européenne
ECD	Équipe Cadre de District
ECR	Équipe Cadre de Région
FACSS	Faculté des Sciences de la Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FEC	Facilité Elargie de Crédit
FICR	Fédération Internationale de la Croix Rouge
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation sanitaire
GAVI	Alliance Mondiale du Vaccin
GFF	Global Financing Facilities
GT	Groupes Thématiques
HD	Hôpital de District
HeRAMS	Health Resources Availability Mapping System
HR	Hôpital Régional
HSH	Hommes Ayant de Sexe avec les Hommes
IMC	International Medical Corps
ISPL	Inspection des services pharmaceutiques et Laboratoires
IST	Infections Sexuellement Transmises
LNBCSP	Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique
LRRD	Liens entre l'aide d'urgence, la réhabilitation et le développement
MC	Malnutrition Chronique
MCD	Médecin Chef de District
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MILD	Moustiquaires imprégnées d'insecticides à Longue Durée
MGF	Mutilation Génitales Féminines

MINUSCA	Mission des Nations Unies de soutien à la Centrafrique
MNT	Maladies Non Transmissibles
MTN-CTP	Maladies Tropicales Négligées à Chimiothérapie Préventive
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MTN	Maladies Tropicales Négligées
MRC	Maladie Respiratoires Chroniques
MVE	Maladie à Virus Ebola
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs Mondiaux de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
OS	Orientations Stratégiques
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAO	Plan d'Action Opérationnel
PASS	Projet d'Appui au Système de Santé
PBF	Performance-Based Financing
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PCT	Polychimiothérapie
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique National de Santé
PRDS	Plan Régional de Développement Sanitaire
PISS	Plan Intérimaire du Secteur de la Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Mère-Enfant
PTSS	Plan de Transition du Secteur de la Santé
PVVH	Personnes Vivant avec le VIH
PUI	Première Urgence Internationale
RCA	République centrafricaine
RCPCA	Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique
RDC	République Démocratique du Congo

RHS	Ressources Humaines en Santé
RSS	Renforcement du Système de Santé
RS	Région Sanitaire
SNIS	Système d'Information Sanitaire
RSMNIA	Santé Reproductive, de la mère, du Nouveau-né, de l'Enfant et de l'Adolescent
SSP	Soins de santé primaires
TB-MR	Tuberculose Multi-Résistante
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TDR	Termes de Référence
TPIg	Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte
TPIn	Traitement Préventif Intermittent chez le Nourrisson
UCM	Unité de Cession des Médicaments
UE	Union Européenne
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	Violences Basées sur le Genre
VIH	Virus de l'Immuno-déficienc

INTRODUCTION

Depuis plus de trois décennies, les autorités centrafricaines ont placé l'amélioration de la santé des populations au centre des préoccupations du développement socio-économique du pays.

Le droit à la santé est reconnu par la constitution de la République Centrafricaine du 31 mars 2016 qui dispose en ses articles 7 et 8 que (l'Etat et les autres collectivités publiques ont, ensemble, le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et de l'entourer socialement par des institutions appropriées) et que : l'Etat garantit à tous le droit d'accès aux établissements de soins publics ainsi que le bénéfice de traitements médicaux adéquats fournis par des professionnels formés et dotés d'équipements nécessaires.

L'accès à un meilleur état de santé requière la prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé que sont, entre autres ; les services de santé de qualité accessibles à tous surtout aux plus vulnérables ; un environnement social et politique favorable à la santé ; une responsabilisation plus accrue des individus, des familles et des communautés vis-à-vis de leur santé.

Dans le cadre des efforts d'amélioration de la santé de la population et de la gouvernance du système de santé, la République Centrafricaine a élaboré et mis en œuvre plusieurs documents stratégiques relatifs au secteur santé, notamment le Plan de Développement Sanitaire de première génération de 1994-1998 (PNDS I), le Plan Intérimaire de Santé 2000-2002 (PIS), le PNDS II 2006-2015, le Plan de Transition du Secteur Santé (PTSS) 2015-2017 et le Plan Intérimaire du secteur de la santé PISS (2018-2019).

A l'instar des autres États Membres des Nations Unies, la RCA a adopté en 2016 les Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030 (ODD), dont le troisième porte sur la santé et le bien-être, avec pour cible principale la couverture santé universelle (CSU). Le pays a adhéré en outre à différents instruments internationaux tels que la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la convention relative aux droits de l'enfant, la Déclaration d'Alma Ata et d'Astana sur les soins de santé primaires et les Objectifs de Développement Durable.

Au plan régional, la RCA a souscrit à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, à la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des systèmes de santé, aux Déclarations d'Alger sur la Recherche en Santé en Afrique, de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique, d'Abuja sur le

financement de la santé et au Protocole de Maputo sur l'affirmation de l'égalité entre l'homme et la femme. Le pays a en outre adopté la stratégie de Santé de l'Afrique 2016-2030 de l'union Africaine.

Malgré les efforts déployés par tous les gouvernements qui se sont succédé et les contributions des partenaires, la situation sanitaire du pays demeure préoccupante, particulièrement suite à la longue crise que le pays traverse depuis 2012. En effet, les principaux indicateurs de santé comme, les taux de mortalité infantile et maternelle sont parmi les plus élevés au monde tout comme la prévalence des maladies y compris le VIH/SIDA.

Même si des initiatives ont été prises pour créer un cadre de référence permettant à tous les acteurs de contribuer de manière coordonnée aux efforts d'amélioration de l'état de santé de la population, notamment le séminaire national de réflexion sur la problématique de la santé en 1988, la préparation d'une ébauche de politique nationale de santé en 2004, le secteur de la santé a fonctionné jusqu'à ce jour sans disposer d'un document officiel de politique nationale de santé, capable d'influer sur les décisions et les actions à long terme et d'induire non seulement des changements pertinents marquant le temps, mais aussi et surtout de servir de boussole pour l'atteinte des objectifs d'amélioration de la santé de la population.

C'est dans ce contexte que le gouvernement et les partenaires techniques et financiers se sont engagés dans un processus participatif et inclusif en vue de l'élaboration de la présente politique nationale de santé qui se veut ambitieuse et opportune pour la période 2020-2030.

Le présent document de politique s'articule autour de 12 points : (i) Contexte général de la RCA ; (ii) Etat des lieux du secteur de la santé ; (iii) Problèmes prioritaires du secteur santé ; (iv) Aspirations nationales en matière de santé à l'horizon 2030 ; (v) Vision et Fondements de la PNS ; (vi) Valeurs et principes directeurs à l'horizon 2030 ; (vii) But de la PNS ; (viii) Choix stratégiques ; (ix) Objectifs à l'horizon 2030 ; (x) Orientations stratégiques ; (xi) Cadre de mise en œuvre de la PNS ; (xii) Mécanisme de suivi et d'évaluation.

I. CONTEXTE GENERAL DE LA RCA

1. CONTEXTE GEOGRAPHIQUE

La République Centrafricaine est un pays enclavé, situé en zone tropicale qui s'étend sur une superficie de 623 000 km². Il est entouré par le Cameroun à l'ouest, le Tchad au nord, le Soudan et le Soudan du Sud à l'est, la République démocratique du Congo et la République du Congo au sud. Le climat du pays est marqué par deux saisons, une saison sèche qui va de novembre à avril, et une saison pluvieuse allant de mai à octobre. La pluviométrie est variable selon les zones. Tout cet environnement offre des conditions propices au développement des maladies endémo épidémiques telles que le paludisme, les filarioses, la méningite, etc.

Les infrastructures des transports sont au cœur des enjeux du développement du pays, lequel est éloigné des façades maritimes. Le port de mer le plus proche (port de Douala) est à 1 450 km de Bangui. La voie fluviale par le Congo et l'Oubangui constitue l'accès historique pour le transport et les échanges de la région. La navigabilité est assurée pendant la saison des pluies. En 2007, on compte 24 492 km de routes, dont 5 318 km de routes nationales (près de 650 km sont bitumées), 3 909 km de routes régionales et 15 265 km de pistes rurales. En 2013, on recense un aéroport international et 23 aérodromes et pistes d'atterrissage (Source : Atlas administratif de la RCA, OCHA, Avril 2013). Le pays ne dispose d'aucune voie ferroviaire.

2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE

Selon les données de projection du Recensement Général de la Population (RGPH) en 2003, la population centrafricaine est estimée en 2017 à 5.154.080 habitants (soit une densité moyenne de 8 habitants au km²) dont 2.530.859 Hommes, soit 49,1% et 2.623.221 Femmes, soit 50,9%. Le rythme de croissance de la population de 2,0%, reste inférieur au taux d'accroissement moyen observé dans les pays d'Afrique au sud du Sahara (2,5%). En dehors de Bangui: 881.525 habitants (17,1%), les quatre (4) préfectures sur les 16 les plus peuplées en 2017 que compte le pays sont : Ouham-Péndé : 562.089 habitants (10,9%), Ouham : 482.071 habitants (9,3%), Mambéré-Kadéï : 476.293 habitants (9,2%) et Ombella-M'poko : 465.757 habitants (9,0%). Les femmes en âge de procréer représentent 24,5%, les enfants de moins de 5 ans représentent 20%. La population en zone rurale est estimée 62% contre 38% en zone urbaine. En 2010, l'indice de fécondité en

RCA est estimé à 6,2%. En 2028, la prévision de la population totale en RCA est estimée à **6 329 551 habitants**.

3. CONTEXTE ECONOMIQUE

Au cours des dernières décennies, la mauvaise gouvernance, le manque de débouchés et la prolifération de groupes armés ont entraîné une instabilité politique et réduit le contrôle de l'État sur le territoire. Par conséquent, le Produit Intérieur Brut (PIB) a baissé de plus de 35% en 2013 par rapport au PIB de 2012 (4,2%). Depuis 2014, le taux de croissance a renoué avec une tendance à la hausse pour atteindre plus de 5,3% à partir de 2019 selon les prévisions du FMI. L'inflation a reculé, en moyenne à 2,3% en 2018 à la faveur du déclin des prix des produits alimentaires et manufacturés.

Après les élections présidentielles de 2016, les efforts du gouvernement ont contribué entre autres, à travers le Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA), à rétablir l'autorité de l'Etat, renforcer la sécurité, lutter contre la pauvreté et promouvoir la relance économique. Le secteur de la santé est pris en compte dans le pilier 2 du RCPCA. L'accord conclu avec le FMI en 2016 au titre de la Facilité Elargie de Crédit (FEC) constitue le point d'ancrage de la politique macroéconomique. Cet accord aide à mobiliser un appui budgétaire auprès de la Banque mondiale, de la Banque africaine de développement (BAD), de l'Union européenne et de la France.

4. CONTEXTE SOCIAL

La protection sociale comme facteur d'intégration nationale et de la cohésion sociale, représente une des priorités du Gouvernement. La RCA est l'un des pays les plus pauvres au monde. La pauvreté reste omniprésente et élevée. Sur la base du PIB par habitant indiquant qu'en 2017, environ 75 % de la population vivaient en dessous du seuil international de pauvreté. Elle est prépondérante en milieu rural du fait des pertes du capital productif.

En 2017, la population potentiellement active (15 – 59 ans) est de 2.937.516 personnes et représente 57% de la population totale. On observe en 2015, un effectif de 6530 nouveaux demandeurs d'emploi quel que soit le sexe. Toutefois, la demande masculine (4512) est le double de la demande féminine (2018).

Le taux net de scolarisation au primaire est passé de 72% (65% chez les filles et 79% chez les garçons) en 2016 à 84% (74% chez les filles et 94% chez les garçons) en 2017. Le Taux

d'achèvement au Fondamental 1 est constant entre 2016 (48%) et 2017 (49%). Cependant, il en ressort qu'en moyenne plus de 5 enfants sur 10 inscrits à ce niveau (48,5%) n'arrivent pas à atteindre la classe du CM2. Ce qui montre que d'importants efforts restent à accomplir pour l'universalisation de l'achèvement dans le Fondamental 1. Le taux d'alphabétisation des adultes entre 2016 et 2018 est estimé à 58,9%.

5. CONTEXTE POLITIQUE ET SECURITAIRE

Indépendante depuis le 13 août 1960, la RCA est un pays démocratique avec un régime présidentiel. On y compte de nombreuses ethnies. Le français et le Sango sont les deux langues officielles.

Les troubles militaro-politiques récurrentes à la suite des événements depuis 2013 marqués par de nombreux et graves actes de violences, des tueries notamment de populations civiles, des pillages et de graves violations de Droits Humains, ont entraîné la République Centrafricaine dans une crise profonde caractérisée par l'insécurité généralisée, la paupérisation de la communauté et la faillite de l'État. De ce fait, la situation sécuritaire de la RCA demeure précaire.

La RCA, affiche le visage d'un pays politiquement instable, économiquement faible, et dans lequel le niveau d'insécurité dans l'arrière-pays reste une source de préoccupation. Les troupes internationales de maintien de la paix déployées dans le pays après le déclenchement de la crise de 2013 contribuent à ramener progressivement la sécurité surtout à Bangui. Toutefois, depuis la signature de l'accord de Khartoum en février 2019, l'on note un répit progressif suite au redéploiement de l'Administration et des Forces de Défense et de Sécurité dans plusieurs préfectures. Cependant, des violences intercommunautaires persistent dans certaines zones y compris dans la capitale. L'insécurité engendrée par les groupes armés limite la fourniture de l'assistance nécessaire aux populations vulnérables de manière adéquate.

Sur le plan politique, le Gouvernement de la RCA avec l'appui de ses Partenaires, a élaboré le RCPCA en cours de mise en œuvre pour la période de 2017-2021. Ce plan s'articule autour de trois piliers prioritaires qui visent à soutenir la paix, la sécurité et la réconciliation (pilier1) ; à renouveler le contrat social entre l'État et la population (pilier 2) et à assurer le relèvement économique et la relance des secteurs productifs (pilier 3). Le secteur de la santé s'inscrit donc dans cette logique de fournir les services sociaux de base à l'ensemble de la population et sur tout le territoire à travers une politique sectorielle adéquate en lien avec le pilier 2 du RCPCA.

II. ETAT DES LIEUX DU SECTEUR DE LA SANTE

1. ORGANISATION DU SECTEUR

Le système de santé centrafricain se présente comme une structure pyramidale à trois niveaux dont la base représente le niveau le plus périphérique et le sommet le niveau central. Ce modèle décrit les aspects structureaux en termes d'infrastructures sanitaires et fonctionnel en termes d'activités.

Le niveau central ou stratégique : Ce niveau, dit d'appui stratégique, englobe le Ministère de la Santé, les autres Départements ministériels connexes, les Institutions publiques ou privées de formation (FACSS, Laboratoire national...), de recherche (Institut Pasteur de Bangui), les hôpitaux et établissements centraux.

Le niveau intermédiaire ou d'appui : Ce sont les Directions régionales de santé incluant les hôpitaux régionaux. Elles sont chargées d'apporter l'appui technique aux Districts de santé.

Le niveau périphérique ou opérationnel : le District de santé est l'unité opérationnelle des SSP ; Il est constitué de l'hôpital de district et du réseau des Centres de santé et Postes de santé. C'est le lieu où sont gérés les services de santé, les ressources des communautés et les budgets locaux.

Les relations fonctionnelles sont décrites dans le tableau ci-après :

1.1 MISSIONS DU SECTEUR DE LA SANTE

Niveau	Structures administratives	Attributions	Structures de santé	Structures de dialogues
Central	Cabinet du Ministre Directions Générales Organes sous-tutelles	Gouvernance : - Élaboration des concepts, politiques et stratégies, - Coordination, - Régulation	-Hôpitaux centraux, Centres de diagnostic UCM	Comité National des soins de Santé Primaires Comité secteur santé Comité de Pilotage
Intermédiaire	7 directions régionales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux régionaux universitaires Dépôts régionaux de médicaments	Comité Régional des soins de Santé Primaires Comité Régional secteur santé Conseil de Gestion
Périphérique	35 districts de santé	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de districts Centres et postes de santé	Comité de district des soins de Santé Primaires Comité district du secteur santé Comité de Gestion

Les missions du secteur de la santé découlent du décret N° 18-214 du 17 août 2018, portant fonctionnement et organisation du Ministère de la santé et de la Population et fixant les attributions du Ministre.

1.2 ACTEURS DU SECTEUR DE LA SANTE

Les acteurs du secteur de la santé proviennent du sous-secteur privé lucratif, du sous-secteur privé non lucratif et du secteur public. Le secteur public englobe les administrations publiques au niveau central, leurs services déconcentrés et les collectivités territoriales décentralisées ainsi que les partenaires techniques et financiers. Le secteur privé non lucratif concerne les organisations non gouvernementales, les humanitaires, les confessions religieuses, la société civile, etc...

Le secteur privé lucratif concerne les cliniques et cabinets médicaux privés, les entreprises pharmaceutiques et assimilées, les tradi-praticiens, etc...

2. COMPOSANTES DU SECTEUR DE LA SANTE

En vue de faciliter le suivi des aspects fonctionnels du modèle du système national de santé en termes d'activités, le secteur est découpé en quatre composantes :

- Promotion de la santé
- Prévention de la maladie
- Prise en charge des cas y compris les urgences et catastrophes
- Renforcement du système de santé

2.1 PROMOTION DE LA SANTE

A travers la promotion de la santé, la population assure un plus grand contrôle sur sa propre santé et contribue plus efficacement à son amélioration. Les organes de dialogue et de gestion des Soins de Santé Primaires ont aussi permis de renforcer la dynamique communautaire dans l'analyse, la planification, la mise en œuvre et le suivi des activités au niveau communautaire.

2.1.1 CADRE DE VIE DE LA POPULATION

✓ *Eau, Hygiène et Assainissement*

La grande majorité de la population vit dans des conditions d'hygiène très difficiles. Avant la crise, l'enquête MICS 2010 révélait qu'en République Centrafricaine, plus de la moitié des ménages (54%) consommaient de l'eau de boisson potable. Ce taux était fonction du lieu de résidence, et variait de 67% en milieu urbain à 46% en milieu rural. On est bien loin de ces taux aujourd'hui après la crise qui a secoué le pays. En effet sur le plan de l'assainissement, la situation est très préoccupante : les types de latrines les plus courantes sont les latrines à trou recouvertes d'une dalle (31%). Les latrines à trou sans dalle ne sont pas considérées comme des toilettes améliorées, or ce sont les plus fréquemment utilisées par la population (36%). On note en outre que plus d'un quart de la population (27%) n'utilise aucun type de toilette et défèque à l'air libre, ce qui ne répond pas à des conditions d'hygiène adéquates.

✓ ***Gestion des déchets et qualité de l'air***

La gestion des déchets des ménages n'est pas organisée. Les ménages déchargent leurs déchets à l'aire libre ou dans les canaux d'évacuation d'eau, favorisant ainsi des inondations ou la stagnation d'eau dans les quartiers. A la faveur de la quasi absence d'industries, la qualité de l'air n'est pas encore trop affectée, sauf pendant la saison sèche et dans les quartiers à forte concentration, où les fumées de ménages créent des irritations oculaires à la tombée de la nuit. Toutefois, le nombre croissant de vieux véhicules importés constitue une source de pollution d'air par l'émission des oxydes d'azote. La pollution sonore est ressentie par la population du fait de la multiplication des studios de sonorisation et des églises, parfois proche des établissements scolaires.

✓ ***Le Changement climatique***

Il est marqué par le raccourcissement de la saison pluvieuse avec comme conséquence la sécheresse des puits et sources d'eau entraînant une pénurie sans précédent d'eau, une chaleur excessive. Mais on observe aussi des inondations qui détruisent les cultures vivrières et entraînent la pénurie des aliments.

✓ ***Equipements pour la pratique des exercices physiques d'entretien***

A part le Complexe sportif de 20 000 places à Bangui (Stade B. Boganda) qui est doté d'équipements de sport pour un exercice physique d'entretien ouvert au public, il n'y a pas d'autres lieux aménagés ailleurs pour la pratique d'exercice physique régulier en vue de la prévention des maladies non transmissibles. L'esprit et la culture de l'exercice physique reste à inculquer à la population.

✓ ***Habitat***

Les logements sont de types traditionnels ou précaires (60,0%), particulièrement en milieu rural (77,7%) où résident la majorité de la population du pays (62,1%). Les logements traditionnels améliorés ou décentes bien que faible au niveau national (15,2%) se concentrent en milieu urbain (28,0%) (Source : RGPH 2003). Il y a en moyenne 4,8 personnes par ménage. Le taux de dépendance est de 95,5 en zone urbaine et de 112,3 en zone rurale.

✓ **Milieu scolaire**

On compte environ 2973 écoles du Fondamentale 1 dont 1437 disposent de latrines et seulement 615 disposent d'un point d'eau (101 ont l'eau du robinet, 428 sont équipées de forage et 86 ont des puits non tarissables). Aucune information n'est disponible sur le dispositif de lave main dans les écoles ni sur le nombre de celles qui ont l'électricité.

✓ **Milieu carcéral**

Le pays compte 38 Etablissements pénitentiaires dont seulement 08 sont opérationnels et 30 non fonctionnels suite à la crise politico-militaire de 2013. Au 31 décembre 2017, le pays comptait 1320 détenus, constitués d'une population jeune, majoritairement masculine avec un niveau de scolarisation très faible et un manque de qualification professionnelle. Les caractéristiques communes des établissements sont des bâtiments vétustes et inadaptés, mal aérés, mal éclairés, mal équipés. Les pathologies fréquentes sont constituées du paludisme ; du VIH/SIDA avec une prévalence à 6,3%, supérieure à la prévalence nationale de la tranche d'âge sexuellement active de 15 à 49 ans (4,9%) ; de la tuberculose (7%) et les pathologies liées à l'hygiène collective et individuelle du fait de la promiscuité, l'accès discontinu à l'eau potable et aux sanitaires qui peuvent être à l'origine des maladies du péril fécal tels que les épidémies de choléra et la dysenterie amibienne ainsi que des affections cutanées comme la gale.

2.1.2 ACQUISITION DES APTITUDES FAVORABLES A LA SANTE

✓ **Alimentation et nutrition**

Les résultats de la dernière enquête nutritionnelle SMART 2018 montrent une situation nutritionnelle alarmante : 7% des enfants de 6 à 59 mois présentent une malnutrition aiguë globale (MAG) ; 38,7% une malnutrition chronique (MC), une malnutrition aiguë sévère

(MAS) au-dessus du seuil d'urgence (2% fixé par l'OMS) dans plus de la moitié des Sous-préfectures du pays et 19,6% ont une insuffisance pondérale globale (IPG). Il est à noter que certaines pratiques traditionnelles constituent non seulement un obstacle, mais parfois une menace à la bonne alimentation des enfants et des femmes enceintes (les interdits alimentaires). La production des denrées alimentaires est aujourd'hui insuffisante pour couvrir les besoins des populations de plusieurs zones due au changement climatique et à l'insuffisance des moyens de production.

✓ **Sécurité routière**

Elle aussi souffre des multiples maux du pays et aggravés par les phénomènes des taxis motos. La conduite sans casque, les surcharges en personnes et bagages, l'excès de vitesse et la conduite sous l'emprise d'alcool, de drogue et autres stupéfiants sont des lots qui accompagnent ce phénomène. A cela, il faut ajouter un état de dégradation avancé des routes et ouvrages d'art, cause des multiples accidents et responsable d'handicaps et de décès dans les familles.

✓ **Pratique des activités sportives**

Du fait d'indisponibilité des installations, la marche est le type de sport, couramment utilisé pour l'exercice physique. Les anciens joueurs s'organisent en association appelé « As Kangba » et se livrent chaque fin de la semaine aux jeux collectifs (Football, Handball etc.). La plupart des institutions, administrations et autres organisations n'incitent pas leurs agents à l'exercice physique de maintien.

✓ **Usage des substances illicites**

La population Centrafricaine est majoritairement jeune avec une faible scolarisation et sans qualifications professionnelles. De nombreux jeunes ont été enrôlés dans les groupes armés pendant les multiples crises qu'a connues le pays. C'est un terreau propice à la consommation abusive des substances illicites dont l'alcool, le Tramadole et le Chanvre Indien, responsable de l'incivisme.

✓ **Pratiques familiales essentielles**

Dans le cadre de plan promotion de la santé, huit (8) pratiques sont retenues pour contribuer à l'amélioration de la santé de la population : (i) la Consultation prénatale, (ii) l'allaitement maternel exclusif, (iii) l'utilisation de MILD, (iv) le lavage des mains à l'eau et au savon, (v) la vaccination, (vi) la lutte contre le VIH/SIDA, (vii) la déclaration des naissances et (viii) la scolarisation des filles.

2.2 PREVENTION DE LA MALADIE

Les maladies transmissibles et non transmissibles constituent un double fardeau en République centrafricaine. Sur le plan épidémiologique, les principales causes de la morbi-mortalité sont liées aux maladies transmissibles dont les maladies à potentiel épidémique, les maladies évitables par la vaccination. Les maladies non transmissibles liées aux modes de vie prennent de plus en plus d'importance. La réémergence des maladies sous

contrôle auparavant et l'apparition de nouveaux foyers de maladie telle la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA). En conséquence le renforcement de la prévention des maladies ainsi que la surveillance épidémiologique et riposte constitue une composante importante du système de santé.

2.2.1 MALADIES TRANSMISSIBLES

✓ *Le paludisme*

Le paludisme est l'une des premières causes de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans en RCA. La Maladie demeure à transmission stable (>1 cas pour 1000 habitants) sur toute l'étendue du territoire. Les données sur la transmission montrent 3 faciès écologiques : (i) un faciès forestier ou équatorial au sud où la transmission est permanente, la morbidité varie entre 30 à 90% ; (ii) un faciès tropical au centre où la transmission est saisonnière, elle a lieu pendant la saison des pluies qui dure 6 à 8 mois ; La morbidité est de 30-40% ; (iii) un faciès sahélien au Nord où la transmission a lieu pendant la saison des pluies qui dure 3 à 4 mois, la morbidité est d'environ 30%.

Le taux d'incidence annuelle des cas confirmés est de 214 cas pour 1000 habitants (2017). La prévalence parasitaire du paludisme chez les enfants de 6 à 59 mois est 73% en 2016 (Rapport MICS 2016). La mortalité hospitalière liée au paludisme a augmenté progressivement de 2014 à 2016 (13 à 41 pour 100 000 habitants).

Concernant la lutte anti-vectorielle et en vue de répondre à l'objectif de la couverture universelle de la population en moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée (MILD), le pays a organisé cinq campagnes de distribution de masse respectivement en 2005, 2007, 2008, 2010-2011 et 2014-2015.

Les données ont montré que : (i) le pourcentage des ménages disposant d'au moins 1MILD est passé de 41% en 2010 à 77% en 2016 avec des pourcentages plus élevés en milieu urbain (75%) qu'en milieu rural (67%), (ii) le taux d'utilisation des MILD est de 70% à Bangui et de 74% dans les régions 1,2 et 3.

La pulvérisation intra domiciliaire et gestion environnementale est le maillon le plus faible. La Chimio prophylaxie est fondée sur le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte (TPIg) et le nourrisson (TPI n). La Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) a été distribuée gratuitement dans les structures publiques, confessionnelles non lucratives et privées, depuis 2015. Cependant, on constate une grande déperdition entre TPI1 et TPI3 chez les femmes enceintes. Les mêmes tendances ont été retrouvées lors de l'enquête MICS de 2016 avec un taux de couverture en TPI1 de 67% tandis que la couverture en TPI3 n'était

que de 38%. Le traitement préventif intermittent chez le nourrisson n'a pas été mis en œuvre par manque de financement.

✓ **Le VIH/SIDA**

Dans l'ensemble, la prévalence du VIH est en baisse constante depuis 2010. Dans la tranche d'âge des 15-49 ans, elle est passée de 4,9% en 2010 à 4% en fin 2017 selon les projections de l'ONUSIDA. Toutefois, la prévalence chez les femmes de 15-49 ans reste constamment supérieure à la prévalence nationale et à celle des hommes de la même tranche d'âge. En 2017, la prévalence du VIH chez les femmes était supérieure de 30% à celle des hommes.

Bien que n'étant pas récente (MICS4 ; 2010), l'enquête de séroprévalence indique des inégalités géographiques concernant la prévalence du VIH. Elle variait de 11,9% dans le Haut-Mbomou à 1% dans la région de l'Ouham. Chez certains groupes de population, les prévalences sont les suivantes : Populations clés : HSH (28,6%), PS (9,1%²) ; la co-infection TB/VIH (20%) (Source OMS) ; Donneurs bénévoles de sang (4%) en 2018 lors des dons de sang; Forces de Défense et de Sécurité (4,3%) en 2016 (données de dépistage). Chez les 15-24 ans, la prévalence du VIH est restée stable depuis 2013 chez les garçons (1,2%) et les jeunes filles (1,9%).

Tout comme chez les 15-49 ans, la prévalence chez les filles reste supérieure à celle des garçons. Le nombre total de personnes vivant avec le VIH en 2017 est estimé à 110.000 dont 8.900 enfants de 0-14 ans et 61.000 femmes de 15 ans et plus. Les adultes PVVIH de plus de 15 ans représentent environ 100.000. Quoiqu'en baisse constante depuis 2010, le nombre de décès liés au VIH reste élevé et est estimé à 5.200 en 2017. En 2017, l'ONUSIDA estime qu'il est survenu 7.700 nouvelles infections à VIH en République Centrafricaine. Les données désagrégées montrent que les nombres de nouvelles infections chez les filles et les femmes sont toujours supérieurs à ceux des hommes. Concernant les aspects de prévention, le secteur santé est un acteur clé de la riposte au sida y compris la PTME.

En matière de communication pour le changement de comportement, les résultats attendus des activités de communication ne sont pas évidents. Les interventions en communication ne sont pas conduites dans un cadre d'orientations stratégiques basées sur des données probantes. Les difficultés rencontrées au cours de leur mise en œuvre et les leçons apprises ne sont pas documentées. Le pays n'a pas de politique nationale de promotion de préservatifs. Toutefois, la promotion, la distribution et l'utilisation des

préservatifs (masculins et féminins) ont bénéficié du soutien des partenaires. La promotion rencontre des obstacles dans certaines régions du fait des perceptions communautaires négatives et des troubles de la chaîne de distribution liés aux crises successives. En plus des obstacles susmentionnés, on note une quasi absence des préservatifs dans certaines régions d'urgences et hautement peuplées avec des vulnérabilités tels que l'exploitation des mines, les carrefours commerciaux, les populations déplacées, etc. La stigmatisation et la discrimination représente une barrière à l'utilisation des préservatifs au niveau communautaire. On note une absence de vulgarisation du femidom.

L'offre du dépistage reste très faible dans toutes les régions du pays. Le Fonds mondial, principal bailleur de fonds pour la réponse au VIH en RCA ne cible que la femme enceinte pour le dépistage du VIH. Les besoins en dépistage pour les enfants nés de mères séropositives, les enfants de la fratrie, les conjoints des femmes PTME, les populations clés, les populations vulnérables (Jeunes et adolescents) et la population générale ne sont pas pris en compte. Plusieurs sites de CDV ne sont pas fonctionnels et sont souvent confrontés à des ruptures fréquentes d'intrants. Enfin, dans les services de santé où le CDV a été intégré, l'application de la politique de recouvrement des coûts constitue une barrière financière non négligeable à la réalisation des tests.

S'agissant de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), le Plan de Rattrapage avait fait le constat de la faible utilisation de la CPN, la faible couverture PTME et le faible dépistage précoce des enfants nés de mères séropositives. En 2018, 61,2% des 210.265 femmes enceintes attendues se sont présentées à au moins une consultation prénatale et seulement 65.182 (31%) ont effectué 4 visites prénatales. Le taux de dépistage du VIH chez les femmes enceintes vues en CPN était de 30,8% (64.926/210.265) dans les 258 structures des soins offrant la CPN qui ont intégré la PTME sur 354.

✓ **La Tuberculose**

La République Centrafricaine fait partie des 30 pays à forte charge de la tuberculose dans le monde à cause de l'incidence encore très élevée de la maladie. En effet, la tuberculose représente un défi majeur avec 20 000 cas incidents estimés par l'OMS soit 423 cas pour 100.000 habitants en 2017, 2700 décès, 6200 cas de co-infection VIH/TB et 150 cas de tuberculose multi-résistante (Rapport mondial tuberculose OMS 2018).

En matière de prévention, des stratégies prévues, telles que, la chimio prévention au RH chez les enfants contacts des cracheurs de bacilles dans tous les CDT du pays ; la chimio prophylaxie dans tous les sites de Traitement ARV ; les mesures de contrôle de l'infection dans les formations sanitaires et les établissements pénitentiaires, seule l'étude opérationnelle sur la chimio prévention au RH chez les enfants contact des cracheurs de bacilles et la mise en œuvre pilote de la chimio prophylaxie à l'INH chez les PVVIH ont été réalisées.

✓ **Les hépatites**

La RCA est située dans la zone de forte endémicité pour le virus de l'hépatite B. les chiffres provenant de quelques études font état de la gravité de la situation. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de Bangui, qui recherche de manière systématique, le portage de l'antigène HBs (AgHBs) dans le cadre de la sécurité transfusionnelle, a obtenu une prévalence de l'hépatite B de 11% en 2010 et 2011. La prévalence de l'hépatite C parmi les donneurs de sang est 2,2% en 2011. Des épidémies des hépatites A et E ont été documentées par l'Institut Pasteur de Bangui.

En matière de prévention, un service de lutte contre les hépatites a été créé et logé au sein de la direction de lutte contre les maladies transmissibles en début 2019. Le vaccin de l'hépatite B a été introduit depuis plusieurs années dans la vaccination de routine (Pentavalent). Mais à ce jour, aucun plan de lutte contre les hépatites n'a été élaboré.

✓ **Les Maladies Tropicales Négligées (MTN)**

L'OMS définit les Maladies Tropicales Négligées (MTN) comme des maladies affectant presque exclusivement les populations pauvres dans les régions rurales et les quartiers urbains défavorisés des pays à faible revenu. Les populations les plus touchées vivent souvent dans les zones tropicales et subtropicales du monde. Outre leurs répercussions négatives sur la santé, les MTN participent à un cycle continu de pauvreté et à une stigmatisation qui empêchent des dizaines de millions de personnes de travailler, d'aller à l'école ou de participer à la vie familiale et sociale. Les Maladies Tropicales négligées(MTN) sont subdivisées en 2 catégories : les MTN à Chimiothérapie préventive (MTN-CTP) nécessitant un traitement de masse : Filariose lymphatique, Onchocercose, Trachome, Schistosomiase et Géo-helminthiases et les MTN à prise en charge de cas (MTN-PEC): Lèpre, Trypanosomiase Humaine Africaine, Ulcère de Buruli, Pian et ver de Guinée.

✓ **MTN à chimiothérapie préventive**

Onchocercose

Dix préfectures sur 16 que compte le pays sont méso ou hyper endémiques de l'onchocercose. Le traitement à l'Ivermectine sous directives communautaires est mis en œuvre depuis 1993. La couverture géographique est 100% et la couverture thérapeutique est de 67,4% selon les résultats de la dernière campagne de traitement.

La Filariose Lymphatique

La cartographie réalisée en 2008 a révélé que 08 préfectures étaient endémiques de la filariose lymphatique. Elle vient d'être complétée dans 08 préfectures. Les résultats ont montré que les 8 préfectures restantes sont également endémiques et donc toute la RCA. Le traitement de masse à l'Ivermectine plus Albendazole est la mesure préventive mise en œuvre depuis 2010. La couverture géographique est de 80% et la couverture thérapeutique est de 54,73%

La Schistosomiase (intestinale et urinaire)

L'enquête de cartographie intégrée des MTN réalisée chez les enfants en milieu scolaire en 2008-2009, puis en 2018-2019 a révélé que toutes les 17 sous-préfectures sont endémiques de S.Mansoni et S.Haematobium. Le traitement de masse ciblé (enfants de 4-15ans) au Praziquantel est réalisé dans les écoles des zones d'endémicité. La couverture géographique est de 78% tandis que la couverture thérapeutique est actuellement de 96%.

Les géo helminthiases ou parasitoses intestinales transmises par voie de sol

(Ankylostomiase, Ascariase et Trichocéphalose)

Au niveau national, toutes les 16 préfectures sont endémiques. Des campagnes de traitement de masse chez les enfants d'âge scolaire (5-15 ans) sont réalisées deux fois par an. La couverture géographique est de 80% et la couverture thérapeutique est actuellement de 87%.

Le Trachome

Huit préfectures ont été évaluées endémiques. Des ressources financières sont à rechercher afin de compléter la cartographie nécessaire à l'estimation des populations à risque sur l'ensemble du territoire national.

La Loase

L'enquête RAPLOA réalisée dans le pays a révélé que 09 préfectures sont endémiques de loase. La co-endémicité loase-onchocercose est un défi au traitement de masse à l'Ivermectine.

2.2.2 MALADIES NON TRANSMISSIBLES (MNT)

✓ **Hypertension artérielle**

Les statistiques hospitalières de 2009 ont révélé 147 cas pour 27 décès attribuables à l'hypertension artérielle et 87 cas de diabète pour 8 décès à l'Hôpital Communautaire et à l'Hôpital de l'Amitié de Bangui. Le phénomène est plus important d'après les résultats de l'enquête STEPS 2010. Le pourcentage des adultes âgés de 25 à 64 ans ayant une tension artérielle élevée est de 34,5% dont 36,8% chez les hommes et 32,3% chez les femmes. La majorité d'entre eux ignorent leur état de santé et ne sont pas sous traitement. En effet, le pourcentage des adultes ayant une tension artérielle élevée qui ne sont pas actuellement sous traitement médical est de 90,7%.

✓ **Diabète**

Le pourcentage des adultes ayant des troubles de la glycémie à jeun est très élevé : 19,6% dont 18,2% chez les hommes et 21,0% chez les femmes. En 2017, le taux de prévalence est en moyenne de 9,5% dont 7,0% chez les hommes et 11,5% chez les femmes.

✓ **Les Cancers**

Le programme de lutte contre les cancers n'est pas encore créé et il n'existe pas de registre populationnel et de registre de cancers. Les seules données disponibles proviennent des registres d'anatomopathologie du Laboratoire National de Biologie Clinique et de Santé Publique. Par ailleurs, il n'existe pas encore de campagnes de dépistage de cancers notamment celui du sein, du col de l'utérus et de la prostate.

✓ **Maladies Respiratoires Chroniques (MRC)**

L'enquête STEPS de base et élargie n'avait pas pris en compte les MRC. Seules les statistiques hospitalières sont disponibles. De ce fait, l'ampleur du problème n'est pas connue.

✓ *Les autres maladies chroniques*

La Drépanocytose: 599 cas notifiés par ADC (Association des Drépanocytaires de Centrafrique) ;

Affections oculaires : 5193 patients dont 135 cas de cataracte ;

Affections auditives : 867 cas dont 330 patients ont présenté un handicap auditif.

Les autres troubles mentaux : D'après les statistiques hospitalières du Service de psychiatrie, le nombre de cas de Psychose aiguë est de 61, l'Épilepsie 523 cas, les autres troubles mentaux 1959 cas. On dénombre environ 300 malades mentaux errants en 2017. Dans les zones d'urgence humanitaire, le nombre de cas de maladies mentales était de 928 pour 32 décès.

✓ *Prévention par la vaccination*

Depuis 2012, la crise liée aux troubles militaro-politiques qui a secoué le pays a entraîné la destruction et vandalisme des équipements de la chaîne de froid, des locaux, le déplacement massif du personnel. Les données de la carte sanitaires montrent que sur 866 FOSA fonctionnelles, on dénombre 421 centres PEV, soit une couverture géographique de 49%. Le programme élargi de vaccination couvre 11 maladies évitables chez les enfants de 0 à 11 mois et deux chez les femmes enceintes.

Depuis 2018, il y a une amélioration des indicateurs du programme élargi de vaccination. La complétude est passée de 4% en 2017 à 93% en 2018 ; la couverture en Penta 3 des zones géographiques couvertes par le PEV qui était de 43% en 2017 est à 73% en 2018 ; Le taux d'abandon spécifique Penta 1/Penta 3 reste élevé à 26%.

2.2.3 SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

La surveillance des maladies s'inscrit dans le cadre de la surveillance épidémiologique intégrée des maladies et de riposte (SIMR) comprenant des maladies à notification immédiate, hebdomadaire et mensuelle. Le pays fait face à plusieurs épidémies de maladies évitables par la vaccination et de maladies émergentes. La RCA a connu l'épidémie de l'hépatite virale E à Bocaranga et celle de la rage à Sibut depuis janvier 2019. Cette dernière s'est propagée à cinq districts de santé (Kaga-Bandoro, Bégoua, Bossemptele, Bossembele et Bocaranga). On note également l'éclosion récurrente de l'épidémie de rougeole, de Monkeypox et de la coqueluche. Contre toute attente la RCA a détecté 17 cVDPV2 dans un site de déplacés à Bambari et au village riverain de Bimbo. Par ailleurs, la RCA est toujours sous la menace de la maladie à virus EBOLA (MVE) qui sévit

actuellement en RDC. Enfin, plusieurs cas de méningite ont été signalés surtout dans les districts de la ceinture méningitique à germes variés.

2.3 COMPOSANTE PRISE EN CHARGE DES CAS Y COMPRIS LES URGENCES ET CATASTROPHE

Les principales maladies transmissibles, représentent les principaux problèmes de santé. Les maladies non transmissibles sont dominées par l'hypertension tension artérielle, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, les maladies oculaires, les maladies mentales et les traumatismes.

2.3.1 VIH/SIDA

Le nombre de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) qui connaissent leur statut sérologique en 2018, est de 74412/121500 soit (61%) ; le nombre de personnes diagnostiqués séropositives au VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral est de plus 40.000/109350 (35%) ; le nombre de charge virale réalisée 4992; Le nombre de personnes vivant avec le VIH sous ARV avec une charge virale supprimée à 12 mois (2777/4992) soit 56%. Bien que la mesure de charge virale ne couvre pas tout le pays et qu'il y ait une faible complétude des rapports, ces résultats montrent que le pays est encore très loin des cibles des trois 90.

28% des FOSA offrent les services de prescription des ARV et de prise en charge des patients atteints de VIH. Chez les enfants et les adolescents, 28% (2.752/9.600) ont été dépistés VIH+ et mis sous ARV. La proportion des femmes enceintes et allaitantes attendues recevant un TAR à vie est de 51,5% (2.626/5.100).

2.3.2 TUBERCULOSE

Dans le domaine de la prise en charge de la tuberculose (Tb) en 2018, 8104 cas toutes formes confondues notifiées ; le taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas et les rechutes est à 81% ; 76% des patients tuberculeux toutes formes confondues ont été dépistés pour le VIH dont 81% ont été mis sous traitement ; 108 patients présumés testés au premier semestre 2018 dont 23 cas présumés de TB Multi-Résistante (TB-MR) confirmés et parmi lesquels 20 cas ont été mis sous traitement de 2^{ème} ligne ; 76% % des patients tuberculeux dépistés pour le VIH ; 81% des patients co-infectés TB/VIH ont été mis sous traitement.

2.3.3 PALUDISME

En 2018, 89,5% des cas suspects de paludisme ont bénéficié d'un test parasitologique ; 95% des cas de paludisme simple ont reçu un traitement antipaludique de première ligne ; 80% des cas de paludisme grave ont été pris en charge dans les centres de santé et les hôpitaux ; 36% des femmes enceintes bénéficiant de soins prénatals ont reçu au moins trois doses de Fansidar ; 797164 moustiquaires imprégnées d'insecticides ont été distribuées à 269378 ménages de Bangui ; 73453 MILD ont été distribuées dans la Kémo (Dékoa, Mala, Ndjoukou), 4340 à Ouadda-Djallé et 12520 dans le Haut-Mbomou (Zémio et Djémah). Les décès dus au paludisme ont une tendance à la hausse passant de 17 pour 100.000 habitants en 2003 à 72 cas pour 100.000 habitants en 2017. Les enfants de moins 5 ans représentent 58% des décès dus à cette maladie.

2.3.4 MTN à prise en charge des cas

✓ *Trypanosomiase Humaine africaine (THA)*

Le nombre de Préfectures endémiques est de six (6). Le nombre de personnes cumulées mises sous traitement est de 19. Il existe un traitement de première ligne et un traitement de deuxième ligne.

✓ *Le pian*

Une enquête du pian sérologique et clinique a été menée dans le pays et a révélé que deux préfectures sont endémiques du pian (Sangha Mbaéré et Lobaye). Les taux de prévalence du pian sérologique et clinique ont été évalués respectivement à 85,5% et 11,3%. Aucune campagne de traitement de masse n'a été organisée jusqu'à présent faute de ressources.

✓ *La lèpre*

Le pays a atteint depuis 2005 le seuil d'élimination de la lèpre au niveau national c'est-à-dire moins d'un cas pour 10 000 habitants. Cependant, la situation sécuritaire qui prévaut dans le pays et qui a entraîné de multiples perturbations à tous les niveaux et fragilisé le système de santé fait redouter une recrudescence de la maladie. Le nombre de personnes cumulées mises sous traitement est de 197.

✓ ***Le ver de Guinée***

Le pays a interrompu la transmission du ver de Guinée en 2002 et a été certifié indemne de la maladie par l’OMS en 2007. Cependant, la surveillance épidémiologique post certification se poursuit sur toute l’étendue du territoire national.

✓ ***L’ulcère de Buruli***

C’est en octobre 2006 qu’un (1) cas d’ulcère de Buruli a été confirmé pour la première fois en République centrafricaine. Cependant, l’ampleur de la maladie n’est pas encore bien connue dans tout le pays.

La maladie sévit à l’état endémique dans 5 préfectures. Six (6) cas ont été dépistés en 2015, mais non pris en charge à ce jour par manque de médicaments.

La prise en compte d’autres MTN s’avère impérative à savoir le renforcement de la lutte contre la rage, la morsure de serpent et la leishmaniose. Il en est de même que pour la prise en charge des morbidités liées aux MTN : trichiasis lié au trachome, lymphœdème et hydrocèle liés à la filariose lymphatique.

2.3.5 MALADIES NON TRANSMISSIBLES

La montée en puissance de ces maladies est une préoccupation mondiale. La mortalité imputable à ces maladies est en augmentation. Ce qui les caractérise surtout est leur manifestation à bas bruit, faisant d’elles « des tueurs silencieux ». La prise en charge des principales MNT (l’Hypertension artérielle, le Diabète, les Cancers, les Maladies respiratoires chroniques et les troubles mentaux, etc.) n’est pas encore organisée de manière systématique. En outre La RCA est confrontée aux problèmes liés à l’insuffisance rénale.

2.3.6 SANTÉ REPRODUCTIVE, MATERNELLE, NÉONATALE, INFANTILE ET DES ADOLESCENTS

En République Centrafricaine, la santé de la mère, du nouveau-né, de l’enfant et des adolescents représente un problème de santé publique à cause des taux particulièrement élevés de mortalité. En outre, le pays est caractérisé par une forte fécondité dont les principales caractéristiques sont la précocité et la tardivité. Une femme centrafricaine met au monde en moyenne 5,1 enfants avant la fin de sa vie procréatrice. Les filles âgées de 12 à 19 ans donnent en moyenne naissance à environ un enfant vivant à la fin de leur

adolescence, ce qui les expose à des risques de mortalité et de morbidité maternelle tels que les fistules Obstétricales.

Le taux de mortalité maternelle, le deuxième le plus élevé au monde après la Sierra Leone est estimé à 880 décès pour 100.000 naissances vivantes soit 6 décès maternels par jour (Source Rapport OMD 2015). Le taux de mortalité infantile est de 139 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015 (4 décès des enfants de 0 à 5ans par heure), soit le troisième le plus élevé au monde après l'Afghanistan et la Somalie (source Rapport OMD 2015). Le taux de mortalité néo-natale hospitalière est estimé à 47,4 décès pour 1000 naissances vivantes (Complexe pédiatrique 2018). Chaque jour meurent 17 nouveau-nés âgés de 0-28 jours.

Les causes des décès Maternels les plus fréquentes sont les complications des avortements clandestins (31,25%), les hémorragies du post partum (28,13 %), les infections post partum (14,58 %), les dystocies (9,38%) et l'éclampsie (6,25%).Celles-ci peuvent être amplifiées par certains facteurs dont (i) le faible niveau d'instruction des femmes limitant leur accès à l'IEC, à la PF et à la CPN, (ii) le faible niveau de revenu des ménages limitant l'accès aux services des soins prénataux, obstétricaux et postnataux, (iii) l'insuffisance des infrastructures et équipements sanitaires, ainsi que (iii) celle liée aux personnels qualifiés et spécialisés et leur mauvaise répartition sur le territoire.

Les enquêtes MICS 2010 donnent les indicateurs suivants sur l'état de santé des femmes : (i) les femmes enceintes ayant suivi au moins 4 visites prénatales représentent 38,1% des cas et, celles ayant bénéficié de l'assistance d'un personnel qualifié au moment de l'accouchement représentent 53,8% ; (ii) la prévalence contraceptive moderne est de 9,3% en 2010. La couverture la plus élevée a été observée à Bangui (30%) et la plus faible dans la préfecture de la Basse-Kotto (1%); (iii) le taux élevé de prévalence de l'infection à VIH/SIDA chez les femmes enceintes était de 15 % et le taux de transmission de de la mère à l'enfant de 35 %. Pour la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME), sur 354 FOSA offrant la CPN, 189 FOSA ont intégré la PTPE soit 72%.

Les causes immédiates de la mortalité infantile sont principalement le reflet des complications de l'accouchement, le faible poids à la naissance et la forte prévalence des maladies infantiles. Ce sont : le paludisme (28%), la malnutrition (23,5%), les Infections Respiratoires Aigües (IRA : 13%), les diarrhées (8%), les blessures (3,3%) et les méningites (3%). Pour la mortalité néonatale, elles sont dominées par l'asphyxie (31%), la prématurité (30,5%), l'infection néonatale (18%), la pneumonie (6%) et les pathologies congénitales (5%). Chez les adolescents les étiologies sont notamment : les complications

des avortements clandestins (Hémorragies, septicémies...), les traumatismes liés aux accidents de la voie publique, le VIH/SIDA, la drogue, les criminalités, les Infections Sexuellement Transmissibles.

Pour faire face à cette situation, le Gouvernement a élaboré une Feuille de Route qui couvre la période allant de 2004 à 2015 dont le but est de réduire de 75% le taux de mortalité maternelle et de 65% le taux de mortalité infanto-juvénile à travers la réduction du nombre de cas de décès néonataux.

S'agissant des adolescents et des jeunes, ils représentent un total de 32,3 % de la population générale (projection RGPH 2012). Cette forte proportion constitue un potentiel important pour le développement socio-économique du pays. Malheureusement cette population jeune est confrontée à des problèmes socio-sanitaires notamment des comportements à risque. Les principaux facteurs qui contribuent à la mauvaise santé chez les adolescents/jeunes sont : l'environnement malsain, les systèmes d'appui inappropriés pour promouvoir des modes de vie sains, l'absence d'informations précises et des services de santé inadéquats ou inappropriés.

Selon les données de l'enquête MICS 2010, plus de la moitié des nouveaux cas d'infection par le VIH concerne les jeunes de 15 à 24 ans. La prévalence du VIH est de 2,8% chez les jeunes : les filles sont plus infectées que les garçons 4,2% pour les filles et 0,7% chez les garçons. Par ailleurs, on relève que 43,5 % des adolescentes ont contracté des grossesses précoces, 23,8 % des filles ont été mariées avant l'âge de 15 ans et 0,8 % des fillettes sont excisées ; le taux de grossesses précoces est 36% ; la prévalence contraceptive moderne est faible, de 6,7% chez les jeunes filles de 15-19 ans ; La prévalence des IST est élevée car certains adolescents (7,5%) ont déclaré avoir déjà contracté une IST (8,7% des garçons et 6,3% des filles).

Concernant l'Hépatites B, la prévalence chez les jeunes scolarisés est de 45%, seulement 2% des jeunes filles sont informées sur les modes de transmission et de prévention de cette maladie. En outre, la sexualité est précoce : 49,6% d'entre eux ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans (55% chez les filles et 45% chez les garçons) entraînant un taux élevé de grossesses précoces. La prévalence de mutilations génitales féminines (MGF) chez les filles âgées de 0-14 ans est de 0,8%.

Tous ces comportements sont le résultat de la consommation de drogues (9,2%) chez les garçons et 2,7% chez les filles, l'alcool 18,3% dont 20,6% en zone urbaine et 16,8% en

zone rurale, le tabagisme 5,1% des jeunes dont 8,8% chez les garçons et 1,5% chez les filles.

Parmi les facteurs qui prédisposent à ces pratiques, on peut retenir une faible disponibilité des services adaptés aux adolescents et jeunes. Selon Herams 2017, sur près de 600 formations sanitaires (FOSA) fonctionnelles aucune de ces structures n'offre de service aux adolescents et jeunes.

Concernant les Violences Basées sur le Genre (VBG) liées aux conflits, elles sont en augmentation dans le pays. Les résultats de la première enquête nationale sur les VBG publiés en 2014 montrent que toutes les formes de VBG sont pratiquées dans le pays et dans tous les milieux (familial, communautaire, public, professionnel) : (i) 64% des femmes affirment avoir subi des VBG depuis l'âge de 15 ans; (ii) 80% des femmes ont subi des violences domestiques; (iii) 10,2% des femmes affirment avoir été mariés de force; (iv) 65% des femmes ont subi des violences psycho émotionnelles.

Les VBG sont très souvent entourées de secret et de honte, ce qui rend la prise en charge particulièrement difficile pour les survivants.

Vu l'ampleur des problèmes liés à la SRMNIA en RCA, la réponse actuelle du système de santé reste largement en deçà des attentes et mérite d'importantes réformes susceptibles d'infléchir les tendances observées.

2.4 RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

2.4.1 GOUVERNANCE

✓ Cadre Juridique et institutionnel

La santé est reconnue comme un droit fondamental dans la Constitution de la République Centrafricaine du 30 mars 2016. Cependant, la documentation relative à la législation Sanitaire existante est peu fournie, obsolète et mal connue par les différents acteurs et intervenants.

Le Cadre juridique repose sur un seul texte à portée générale (Loi 89.003 du 23 mars 1989, fixant les principes généraux relatifs à la Santé Publique en République Centrafricaine) et quelques lois à portée spécifique dont la Loi 03.04 du 20 janvier 2003, portant Code d'Hygiène en République Centrafricaine. Excepté le Secteur du médicament et de la pharmacie où l'on note un effort d'adaptation de la réglementation (un projet de loi régissant le secteur pharmaceutique est actuellement sur le bureau de l'assemblée nationale pour examen et adoption), le système moderne de soins demeure régi par la Loi

89.003 précitée. L'encadrement juridique de l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien est jusque-là assuré par l'ordonnance N°82/027.

Le cadre institutionnel est régi par les dispositions du décret N°18. 014 du 12 août 2018, portant organisation et fonctionnement du MSP et fixant les attributions du Ministre. Les arrêtés d'application du décret sus évoqué sont en cours d'élaboration. Par ailleurs, il existe plusieurs textes réglementaires en vigueur, qui régissent des domaines bien spécifiques. C'est notamment le cas du décret N°94.336 du 24 septembre 1994, portant tarification des prestations des établissements publics de santé en RCA et du décret N°00.173 du 10 juillet 2000, modifiant et complétant certaines dispositions du décret N°80.253 du 02 mai 1980, fixant le taux des indemnités allouées au personnel du cadre de la santé publique et de la population.

De nombreux domaines sanitaires ne bénéficient pas encore d'encadrement juridique. Tel est le cas de traitement réservé aux malades en fin de vie, de l'euthanasie, de l'organisation de la lutte contre certains fléaux sociaux (alcoolisme, tabagisme, prostitution, avortement, accidents de voie publique, etc.) ou encore de l'organisation de la recherche clinique.

Tous ces textes épars sus évoqués sont aujourd'hui incomplets, désuets et inadaptés et ne sauraient servir de base juridique des actions sanitaires visant la protection et la promotion de la santé publique en rapport avec la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et la Constitution du pays.

L'élaboration du code national de santé publique apparaît à cet égard opportune et urgente. Ce document permettra de corriger les écueils jusque-là observés, s'agissant de l'encadrement juridique évoqué ci-dessus. Le processus d'élaboration du code national de santé publique est lancé par la volonté politique du gouvernement. Les TDR assortis de budget sont déjà disponibles et la réalisation de l'inventaire des textes existants se rapportant à la santé est en cours.

2.4.2 OFFRE DE SERVICES ET SOINS

La politique des soins est basée sur les Soins de Santé Primaires avec le recouvrement des coûts. Les structures publiques de soins sont organisées en 3 niveaux :

- Le premier niveau est divisé en deux échelons. Le premier échelon est constitué par les centres de santé (CS) qui sont au nombre d'environ 700. Chaque CS couvre une aire de santé d'environ 10.000 habitants et est dirigé principalement par un personnel paramédical qualifié, les postes de santé (PS) sont des annexes des centres de santé.

Le centre de santé assure le paquet minimum d'activités (PMA) et réfère les patients à l'hôpital de district (HD). Le deuxième échelon est assuré par l'hôpital de district, dirigé par un médecin. Il assure le paquet complémentaire des activités (PCA). La référence se fait vers l'hôpital régional universitaire (HRU) et la contre référence vers le centre de santé.

- Le deuxième niveau est représenté par l'hôpital régional universitaire qui assure le PCA de l'hôpital de district et les activités spécialisées de niveau supérieur. La référence se fait vers les hôpitaux centraux de la capitale et la contre référence vers l'hôpital de district.
- Au niveau de la capitale Bangui, il existe des structures de diagnostic et de prestations de soins publics : 5 hôpitaux centraux, le laboratoire national de biologie clinique et de santé publique (LNBCSP), le centre national de transfusion sanguine, le centre de référence des IST et de la thérapie antirétrovirale. Ils constituent le troisième niveau.

Les règles de référence et contre-référence, ainsi que les paquets de soins par niveau, ne sont pas souvent respectées à tous les niveaux de la pyramide. Ce qui engendre des encombrements des structures de référence qui affectent la qualité des soins.

Le service de Santé des armées applique la politique nationale de Santé. Le système de soins des Armées est structuré en 4 centres médicaux à Bangui (assimilés aux FOSA de 2ème niveau) et une infirmerie de garnison à Bouar (assimilée aux structures de soins de base).

✓ **Les Soins spécialisés**

Les soins spécialisés, notamment la chirurgie, la pédiatrie, la gynéco-obstétrique, la traumatologie, la cardiologie, l'ORL, la dermatologie, l'ophtalmologie, la psychiatrie, la gastro-entérologie etc... sont délivrés au niveau des hôpitaux centraux où sont regroupés les spécialistes en sus des activités de PCA.

La santé buccodentaire fait partie des maladies non transmissibles les plus fréquentes et constitue un réel problème de santé publique. Le profil épidémiologique des affections orales en RCA est dominé par la carie dentaire et ses complications locorégionales (82,2 %) et un indice CAO dent de 4, les traumatismes maxillo-faciaux (10,7 %) et les parodontopathies (3,5%). La proportion de décès notifiée liées aux affections buccodentaires en 2011 est de 7 %.

Les défis pour les années à venir résident principalement dans : (i) l'intégration de la santé buccodentaire à tous les niveaux du système de santé ; (ii) la formation des Techniciens Supérieurs en Odontologie et d'hygiénistes dentaires et leur déploiement dans les régions sanitaires ; (iii) Le renforcement du plateau technique des structures existantes de soins buccodentaires tant au niveau public que privé.

S'agissant de la santé oculaire, les données du service d'ophtalmologie du CNHU révèlent que les principaux problèmes sont : la cataracte (48,6%), le glaucome (13,4%), le trachome (12,6%), l'Onchocercose (9,5%), et les traumatismes occulo-palpébraux (9,3%). Parmi les actions menées, on note les enquêtes de prévalence de l'Onchocercose, du trachome, des traitements de masse dans 11 districts endémiques du trachome, des campagnes de chirurgies oculaires dans 6 préfectures, ainsi que la formation de 6 chirurgiens du trichiasis trachomateux. Il y a un grand besoin de renforcer ou créer des infrastructures des soins oculaires dans le pays, et faire usage des nouvelles technologies appropriées financièrement acceptables.

Concernant la santé mentale, on note une augmentation du nombre de problèmes. En effet, le nombre des consultations dans le service de psychiatrie et d'hygiène mentale de Bangui, est passé de 1198 en 1995 à 4456 en 2006, 6253 en 2010 et 9660 en 2018. Le nombre annuel de nouveaux cas est passé de 416 en 1996 à 771 en 2006, 924 en 2010 et 1812 en 2018. Les hospitalisations sont 932 en 2018. Ces données ne prennent pas en compte les cas pris en charge par les ONG. Les principales affections psychiatriques que sont les états psychotiques aigus et chroniques, les troubles dépressifs, les états anxieux et névrotiques, les troubles psychiatriques induits par l'abus de substances psychoactives sont rencontrées dans les formations sanitaires périphériques. Autres problèmes de santé sont signalés : (i) l'accentuation des troubles mentaux consécutifs aux traumatismes physiques et psychologiques subis lors des conflits militaro-politiques (par exemple, plus de 1000 femmes victimes de violences sexuelles dans huit localités des zones post conflits sur plusieurs milliers de personnes ayant subi toutes sortes de violence) ; (ii) La consommation de produits dopants et de drogues dures parmi les jeunes prend de l'ampleur (conducteurs de taxi motos, exploitants de diamant ou d'or, etc...) ; (iii) Le phénomène des malades mentaux errants est présent dans plusieurs localités et témoignent des difficultés d'une prise en charge efficace des problèmes de santé mentale et toxicomanies et aussi du relâchement de la solidarité familiale ; (iv) L'aggravation du phénomène des enfants de la rue : 400 pour la seule ville de Bangui.

Nombreuses sont des spécialités qui s'exercent à minima par faute d'infrastructures appropriées ou de plateau technique. D'autres spécialités sont inexistantes.

La qualité des services et soins de santé est de nos jours une préoccupation importante. Cependant, aucune étude spécifique sur cet aspect n'a été menée pour cerner l'ampleur et les déterminants de ce phénomène.

La population fait de plus en plus recours à d'autres types de soins, y compris l'automédication, la médecine traditionnelle et autre.

2.4.3 INFRASTRUCTURES ET EQUIPEMENTS

✓ Situation des infrastructures sanitaires

Au total on dénombre 1008 structures de santé en RCA composées d'hôpitaux centraux, régionaux, préfectoraux/districts, centres de santé et postes de santé.

Régions Sanitaires	Hôpital Central	Hôpital Régional	Hôpital District	Centre de Santé	Poste de Santé	Total
1	1		4	107	69	181
2		1	5	84	93	181
3		1	7	53	170	227
4		1	3	36	62	102
5		1	2	17	50	70
6		1	4	59	90	155
7	4			64	24	92
Total	5	5	25	420	558	1013

Source Herams (2016)

Les postes de santé représentent 55% et les centres de santé 42%, bien que ces chiffres restent insuffisants par rapport aux besoins.

Les structures publiques sont au nombre de 813 soit 81% du total, les structures confessionnelles sont 56, les structures privées à but lucratif sont au nombre de 85 et celles à but non lucratif 44. On note une répartition inégale des infrastructures sanitaires, les régions sanitaires 5 et 6 étant les moins couvertes. Toutefois, en considérant la densité d'infrastructures par 100 km², on distingue 3 groupes : (i) Groupe 1 : les RS5 et 6 avec moins d'une infrastructure pour 1000 km² ; (ii) Groupe 2 : les RS 1, 2, 3 et 4 comptant environ 1 à 2 infrastructures pour 1000 km² ; (iii) Groupe 3 : la RS 7 comptant environ 1 infrastructure au km².

En ce qui concerne l'état des structures 661 sont intacts tandis que 347 ont été détruites dont 15,3% totalement et 84,7% partiellement. Environ 119 formations sanitaires détruites ont été réhabilitées avec l'appui des partenaires.

La presque totalité des structures sont vétustes et datent de la période coloniale à l'exception des hôpitaux centraux de la capitale. Elles ont été promues à des catégories supérieures sans être mises aux normes en termes de leur fonctionnalité, d'équipements, de quantité et de qualifications des personnels. Des 1008 formations sanitaires 663 (soit 68%) sont fonctionnelles et 185 ne sont pas du tout fonctionnelles pour raison soit de destruction, de pillage, de manque de médicaments soit de manque d'équipements ou personnels. La fonctionnalité des infrastructures sanitaires varie d'une région à une autre : 55% en région sanitaire N°1, 79% en Région Sanitaire N°4.

✓ **Situation des équipements**

Le patrimoine est constitué pour l'essentiel des matériels, meubles et immeubles du système national de santé provenant de trois principales sources à la tête desquelles les apports extérieurs, suivi de la dotation étatique et enfin de la contribution communautaire.

Au niveau des formations sanitaires périphériques, la liste des équipements prévus est assez exhaustive du point de vue de leur nature et de leur qualité. Malheureusement, celles-ci ont été sous-équipées en dépit d'importants apports de l'extérieur (logistiques, matériels de froid et matériels biomédicaux) qui sont souvent mal gérés, mal entretenus et parfois inadaptés. Les amortissements et remplacements du matériel ne sont pas planifiés.

Tout ceci a entraîné une faiblesse des plateaux techniques, notamment au niveau des formations sanitaires de référence, et par conséquent, des prestations de faible qualité.

Cette situation a été aggravée par la dernière crise militaro-politique qui a entraîné la destruction massive des infrastructures et le pillage des matériels et mobiliers de bureau, matériels biomédicaux et autres équipements, dont la grande partie a été fournie par les partenaires au développement.

Trois axes stratégiques sont définis pour les interventions futures de développement des infrastructures sanitaires. Il s'agit de : (i) La réhabilitation des infrastructures sanitaires partiellement détruites ; (ii) La construction des nouvelles infrastructures (bases districts) et de celles totalement détruites ; (iii)

2.4.4 MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE

L'approvisionnement, la distribution, la disponibilité et l'accessibilité des médicaments et autres produits de santé demeurent problématiques dans le pays. De ce fait, les patients se tournent vers le très actif circuit informel avec le risque de se procurer des médicaments de qualité inférieure ou falsifiés, mettant en danger leurs vies.

L'importation et la distribution des médicaments et autres produits de santé sont assurées par trois sources d'approvisionnement : (i) Le secteur public avec l'Unité du Cession du Médicament (UCM) qui est pratiquement en faillite minée par des difficultés de gestion, de gouvernance et un niveau d'endettement très élevé; (ii) Le secteur privé avec les grossistes répartiteurs et dépositaires privés que sont Centrapharm qui offre uniquement les spécialités et les génériques de marque, Roff-Pharma, Shalina et Sewapharma ; (iii) Les circuits des ONG nationales et internationales avec l'ASSOMESCA et un grand nombre d'ONG humanitaires qui ont leur circuit d'approvisionnement et ravitaillent les centres de santé et hôpitaux du pays de leurs zones d'interventions en médicaments d'origines diverses et pour lesquelles la qualité n'a pas toujours été confirmée. On note également l'existence d'une unité de production de solutés massifs : ASPHARCA.

En plus de ces sources, on note aussi l'approvisionnement par le circuit informel qui alimente les étals de rue ou les kiosques pharmaceutiques.

L'approvisionnement en vaccins et matériels d'injection est assurée par l'état avec l'appui de l'UNICEF, de GAVI et de l'OMS. Les activités de promotion de don de sang, de production et de distribution des produits sanguins sont assurées essentiellement par la CNTS qui ne dispose pas de structure décentralisée et fait aussi à des problèmes de ruptures de réactifs et de poches.

Dans le secteur sanitaire public, la disponibilité des médicaments dépend à l'heure actuelle essentiellement des PTF (Institutions Internationales, Coopérations, ONG) et le MSP connaît très mal le contenu des produits importés et utilisés. On parle beaucoup de ruptures dans les formations sanitaires, ce qui est un fait dans celles qui ne sont pas appuyées.

Sur les plans législatif et réglementaire, la RCA dispose d'un certain nombre de textes notamment: quatre (4) Décrets et dix-huit (18) Arrêtés. Cependant, certains de ces textes sont méconnus, obsolètes, et souffrent d'un problème d'application. Un projet de loi régissant le secteur pharmaceutique a été élaboré ; déjà adopté en Conseil des Ministres (en Février 2019), il est en cours d'adoption par l'Assemblée Nationale.

Dans le cadre de la gouvernance du secteur pharmaceutique, une Direction générale de la Pharmacie, de l'organisation des soins a été créée dans le nouvel organigramme du MSP et il est envisagé le renforcement des capacités de cette nouvelle Direction générale.

Le MSP est actuellement en train d'analyser les options pour la mise en place d'un mécanisme transitoire d'approvisionnements d'urgence afin d'assurer une meilleure couverture des besoins en médicaments en particulier pour les soins de santé primaires et pour les zones affectées par la crise sécuritaire en attendant la mise en place d'un système national d'approvisionnement. Ce mécanisme pourra être développé sur la base d'expériences réussies et mises en place par l'UNICEF dans plusieurs pays.

Il existe une liste nationale révisée en 2017 de médicaments essentiels (LNME), mais qui n'a jamais été diffusée et peu connue des utilisateurs et qui mériterait d'être éditée, diffusée et sur laquelle les prescripteurs devraient être formés.

En matière d'assurance de la qualité, le système national repose sur l'homologation, l'inspection des bonnes pratiques, le contrôle de qualité et les vigilances des produits de santé. Le pays ne dispose pas d'un plateau technique adéquat ni d'un nombre suffisant de ressources humaines qualifiées dans le domaine pour lui permettre de mettre en œuvre l'assurance qualité des produits pharmaceutiques. Le système, d'homologation est à améliorer. Il doit être mis en conformité avec le format communautaire CTD de la CEMAC. Le système de pharmacovigilance est inexistant.

Les différents textes fixant les tarifications des médicaments, le coefficient du prix et les marges bénéficiaires des pharmaciens grossistes répartiteurs et d'officines sont peu suivies et les prix pratiqués dans les formations sanitaires publiques ne sont pas contrôlés. L'usage rationnel des médicaments dans les formations sanitaires publiques et privées reste sous-évalué. Il existe des ordinogrammes dont la dernière révision remonte à 2017. Un Guide Thérapeutique élaboré est disponible depuis 2009. De plus, on note l'absence de comité de médicament et d'outils normatifs en matière d'utilisation rationnelle des médicaments. Le secteur pharmaceutique connaît d'importantes insuffisances : (i) Insuffisance en en ressources humaines qualifiées tant dans le secteur public que dans le secteur privé à tous les niveaux. Le pays dispose d'un total de huit pharmaciens et d'un auxiliaire en pharmacie dans le secteur public. Le secteur privé ne dispose que d'une trentaine de pharmaciens, soit un ratio d'environ un pharmacien pour 175.000 habitants alors que l'OMS recommande un ratio d'un pharmacien pour 15.000 habitants. Les ressources humaines en pharmacie sont concentrées à Bangui ; (ii) insuffisance de

financement pour couvrir les besoins du pays en médicaments. Le budget de l'Etat de l'année 2019 alloué aux médicaments et autres produits de santé est de 2.044.050.000 francs CFA dont 560 millions francs CFA sont alloués à l'UCM qui a plus d'un milliard de FCFA de dettes à rembourser aux fournisseurs ; (iii) 100% des importations proviennent de l'extérieur, ce qui contribue à la cherté et aux ruptures fréquentes de certaines molécules ; (iv) Usage rationnel des médicaments et autres produits de santé.

Les contributions des partenaires techniques et financiers et des ONG constituent le principal apport de financement pour les produits pharmaceutiques du secteur public. Les ménages contribuent au financement des médicaments par paiement direct dans les formations sanitaires.

La Médecine et pharmacopée traditionnelle occupent une place importante dans la prise en charge de certaines pathologies surtout dans les zones reculées. La situation de la Médecine et pharmacopée traditionnelle est similaire à celle du secteur pharmaceutique. Elle est notamment marquée par l'absence d'un système de réglementation et de contrôle qualité.

En 2007, le pays a adopté une politique sur la médecine traditionnelle et la Loi n°12 002 régissant la médecine traditionnelle a été promulguée le 20 janvier 2012. Aucun texte d'application n'a été pris jusqu'à ce jour.

La recherche en matière de médecine traditionnelle et de pharmacopée demeure très peu développée.

Dans le cadre de la coopération sous régionale, la RCA a été associée à l'élaboration et l'adoption de la Politique Pharmaceutique Commune notamment l'harmonisation des politiques pharmaceutiques des pays de la zone CEMAC, à l'harmonisation des dossiers d'homologation ainsi qu'au référentiel sous régional d'harmonisation des infractions et des sanctions liées à l'exercice de la pharmacie et aux produits de santé en zone CEMAC.

2.4.5 RESSOURCES HUMAINES

La problématique des Ressources Humaines pour la santé revêt un enjeu crucial pour l'amélioration de l'offre des services de santé en République centrafricaine. Malgré tous les efforts consentis par le Gouvernement et ses partenaires au développement pour renforcer les structures de soins en personnel qualifié, la situation sur le terrain n'est guère reluisante. Les évaluations récentes sur les RHS, font état de déficits actuels et

prévisibles en relation avec les exigences du système de santé incluant le passage à l'échelle dans la lutte contre le Sida et l'atteinte des Objectifs de Développement Durable.

Il n'existe pas encore des politiques et des plans de développement des RHS. Le MSP a entamé en 2014, les travaux d'élaboration de son plan d'effectif pour lui permettre de disposer d'une évidence dans la définition des besoins pertinents en matière de RHS.

La définition des politiques en matière de gestion des ressources humaines de l'Etat est du ressort du Gouvernement. C'est la Loi N°99.016 du 16 Juillet 1999, modifiant et complétant certaines dispositions de l'Ordonnance N° 93 du 14 Juin 1993, portant Statut Général de la Fonction Publique qui est le texte de référence actuellement en vigueur. Elle régit la carrière professionnelle de tous les Fonctionnaires. Aux termes du Décret N° 18.214 du 17 août 2018, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé et de la Population et fixant les attributions du Ministre, la gestion des ressources humaines est confiée à la Direction des Ressources. Au niveau déconcentré, la gestion des ressources humaines est confiée au Service de l'Administration et de la Gestion dans les Régions sanitaires et à la Section Administration et Gestion dans les districts sanitaires. Au niveau local certains Comités de Gestion (COGES) peuvent, dans la limite des moyens financiers disponibles, procéder au recrutement et au licenciement des agents de santé.

✓ **Disponibilité du personnel de santé**

Les données sur les ressources humaines disponibles en 2018 (enquête HeRAMS-SARA 2019) pour le système de santé concernent les médecins, les infirmières, les sages-femmes et d'autres travailleurs de la santé. Selon l'OMS, la norme de l'indicateur « densité de personnels médicaux de base » pour 10 000 habitants est de 23. Globalement, il y a 7,3 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants, dont 0,8 médecins généralistes, 2,4 Autres professionnels soignants, 2,5 professionnels de soins infirmiers, 1,6 professionnels de soins obstétricaux.

Ce chiffre (7,3 professionnels de santé pour 10 000 habitants) est considérablement inférieur à l'objectif fixé par l'OMS de 23 travailleurs de la santé pour 10 000 habitants. La région sanitaire n°7 (Bangui) dépasse la norme de l'OMS avec 30,8 professionnels de santé pour 10 000 habitants. Les plus faibles taux sont enregistrés dans les régions sanitaires 6 et 3 avec respectivement 1,1 et 1,3 professionnels de santé pour 10 000 habitants.

L'effectif du personnel sous administration du Ministère en charge de la Santé est estimé à 2814 en 2018. De cet effectif, presque la moitié exerce en Région sanitaire 7 c'est-à-dire à Bangui la capitale ; 3,3% sont dans la région 5,6% dans la région 6 et 6,4% dans la région 4. Il y a donc un déséquilibre notoire dans la répartition du personnel qu'il conviendra de corriger en usant de mesures appropriées y compris des dispositions d'encouragement.

✓ Répartition du personnel de santé par région

La situation du personnel de santé du secteur confessionnel regroupé au sein de l'ASSOMESCA, est relativement bien connue et inclut environ 244 agents, toutes catégories confondues. Les données les plus récentes (2016) fournies par l'ASSOMESCA indiquent que 109 personnels qualifiés travaillent pour les formations sanitaires confessionnelles, dont 10 sont des médecins, 10 techniciens supérieurs de santé, 22 Infirmier Diplômé d'Etat, 11 des sages-femmes, 44 Assistants de Santé, 13 Assistantes Accoucheuses. On sait peu de choses sur le secteur des ONGs, même s'il regroupe probablement un nombre significatif de personnels qualifiés, notamment des médecins. Le nombre de médecins travaillant à plein temps au sein des ONGs est probablement d'une centaine.

S'agissant du secteur privé à but lucratif, la situation du personnel est difficile à cerner. En dehors des pharmaciens, tous les personnels de santé fonctionnaires peuvent, en marge des heures régulières de travail, cumuler un exercice à titre privé. Ce droit est consacré par la loi 89.003 du 23 mars 1989 fixant les principes généraux relatifs à la santé publique en RCA. Il est à remarquer que beaucoup de ces personnels utilisent abusivement ce droit. A l'inverse, l'exercice privé exclusif paraît très rare. Il convient de préciser que, certains médecins, Pharmaciens et Chirurgiens-dentistes, non-inscrits au Conseil National de l'Ordre, exercent en toute illégalité.

✓ Gestion des parcours professionnels

L'existence d'un cadre institutionnel de gestion des RHS aussi bien au MSP que dans les autres départements connexes (fonction publique et défense nationale) et le secteur privé est un des points forts du système de gestion. La gestion informatisée des RHS est embryonnaire en ce que le service ne dispose pas de logiciel approprié. Cette gestion se fait d'une manière administrative et ne se limite qu'au suivi de carrière des agents depuis leur entrée jusqu'à la sortie. La gestion prévisionnelle est assurée par la Direction des

Ressources mais là encore il se pose un problème de renforcement des capacités les compétences disponibles sont mal utilisées et les outils nécessaires pour une gestion rationnelle ne sont pas disponibles (plan de carrière, politique et plans de formation, plan de redéploiement, etc.). Le système d'information des RHS est intégré au Système National d'Information Sanitaire qui connaît beaucoup de faiblesses : (i) absence d'outils de gestion des RHS ; (ii) absence de description de poste et plan de carrière ; (iii) inadéquation de mécanisme d'évaluation et de notation du personnel de santé ; (iv) inadéquation entre le recrutement, l'affectation du personnel et les normes du cadre organique ; (v) absence de mécanisme de motivation et de fidélisation des personnels de santé au poste, surtout en zones rurales ; (vi) exode du personnel de santé vers l'extérieur (fuite de cerveaux) ; (vii) absence du système d'information et de programme de recherche sur les RHS. Le principal défi auquel le MSP est aujourd'hui confronté est celui de la gestion rationnelle des RHS et la mise en place de mécanisme de motivation et de rétention du personnel.

2.4.6 SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

Le système national d'information sanitaire est très peu développé et de nombreux dysfonctionnements depuis plusieurs décennies. Diverses tentatives ont été réalisées par la prise d'arrêté (Arrêté N°119/MSPPLS/DIRCAB/DGSCEH/DEP du 03 décembre 2010 portant création d'un comité technique de gestion du Système National d'Information Sanitaire) en vue de créer un cadre institutionnel fonctionnel pour le système national d'information sanitaire. En effet, un plan stratégique couvrant la période de 2017-2021 et un plan opérationnel ont été élaborés respectivement en 2016. Toutefois, ces efforts ont été freinés par l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, financières et le manque de matériels appropriés. Par conséquent, le SNIS souffre d'une multiplicité de sous-système d'information, d'outils de collecte de données et d'un nombre fastidieux d'indicateurs à renseigner. L'environnement général du SNIS est très peu informatisé, se traduisant par un manque d'une base de données unifiée et fiable, ce qui ne facilite pas la collecte rapide, l'analyse et le feedback aux parties prenantes.

En outre, on observe un manque de coordination et d'harmonisation de l'information sanitaire, notamment en ce qui concerne les données recueillies et analysées par les programmes relatifs aux grands fléaux (VIH/TB/Paludisme) fortement soutenus par les partenaires, ainsi que les données relatives des actions humanitaires par rapport aux

données provenant des FOSA. Les données renseignées par les districts sanitaires, ne permettent pas, par exemple, d'avoir une analyse désagrégée par aire de santé.

Aujourd'hui avec l'appui des partenaires, plusieurs sources de financements sont disponibles pour le SNIS, et des efforts de mutualisation sont en cours en vue de la redynamisation du SNIS. En effet, toutes les parties prenantes sont mobilisées autour d'une feuille de route en vue de la mise en place d'un système d'information sanitaire unifié et dynamique dur l'ensemble du territoire, avec le déploiement à terme du DHIS2 (ou toute autre application plus évoluée du NTIC) au niveau district.

2.4.7 FINANCEMENT DE LA SANTE

La problématique du financement du secteur de la santé est une préoccupation majeure. La coordination et la planification entre les actions des donateurs, du gouvernement et des ONG axées sur le développement et les situations d'urgence, continuent d'être un défi pour le Ministère de la Santé et de la Population.

L'État n'est plus le financier principal de soins. En effet, le financement de la santé repose sur trois sources principales que sont (i) le budget de l'État, (ii) le financement extérieur et (iii) le paiement direct par les ménages et par épisode de maladie. Le gouvernement a manifesté sa bonne volonté dans l'allocation des ressources au secteur santé de l'ordre de 10% (Loi des Finances 2019), ce qui se rapproche de la « déclaration d'Abuja » (15%). Toutefois, l'exécution des allocations prévues en 2018 reste très faible (5%). Aussi, la part du gouvernement représentait 1,19 USD par habitant, contre 42,82 USD couverts par les financements extérieurs. Les normes étant de 44 USD/habitant (OMS, 2019).

La RCA est fortement dépendante de l'aide extérieure à travers les appuis budgétaires et les appuis aux projets et programmes. En moyenne, 96% du total des engagements entre 2017 et 2019, proviennent des partenaires et 4% du gouvernement (soit environ 41,5 millions USD en 2019). Cependant, les ressources extérieures sont fortement fragmentées et ne sont pas toujours alignées avec les besoins du pays. Il est difficile de capitaliser ces flux financiers au niveau institutionnel et en mesurer l'importance. La revue du Plan Intérimaire du Secteur Santé (PISS) révèle une insuffisance de coordination entre le MSP et ses partenaires au niveau central et décentralisé, ainsi que le manque d'équité dans la répartition des ressources disponibles.

En 2018, les régions sanitaires qui reçoivent le plus d'engagement de financement sont la région sanitaire 7 et la région sanitaire 3. Les engagements en faveur de ces deux régions

sont respectivement de 50 millions USD pour la région 7 et 40,8 millions USD pour la région 3. Cependant, la région sanitaire 5 a le ratio le plus élevé (80,6 USD/tête d'habitant), soit près de deux fois la moyenne nationale (42,68 USD/tête d'habitant). La région sanitaire n°3 est suivie par la région 7, avec 55,4 USD/tête d'habitant.

En vue de l'achat des prestations de soins et de services, plusieurs mécanismes de paiement sont en cours. Les mécanismes de paiement actuels dans les établissements sanitaires se résument comme suit : (i) le recouvrement des coûts (le paiement direct des ménages, conformément à l'Initiative de Bamako à travers la tarification instaurée par Arrêté N°245 du 12 septembre 1995) ; (ii) la gratuité totale pour les patients, dans les zones d'urgences ; (iii) la gratuité ciblée pour certaines catégories de la population (Femmes enceintes, enfant de moins de 5 ans et les victimes de violence basée sur le genre, Décret N° 19037 du 15 février 2019) ; (iv) la gratuité ciblée pour certaines maladies (Paludisme, Tuberculose, VIH/sida et Vaccination).

D'après les estimations de l'OMS, en 2015 seulement 12,8% des dépenses de santé proviennent du gouvernement. 43,7% proviennent des ménages et 43,5% des donateurs extérieurs. Il en ressort que les ménages supportent un lourd fardeau pour les dépenses de santé, ce qui constitue des dépenses catastrophiques qui les appauvrissent davantage. Par conséquent, il est évident que pour un financement plus efficace du secteur de la santé, des mécanismes innovants devront être explorés.

III. PROBLEMES PRIORITAIRES DU SECTEUR SANTE

Il ressort de l'analyse de l'état des lieux, les problèmes prioritaires suivant :

1. Mortalité maternelle, infanto-juvénile et néonatale trop élevée ;
2. Taux élevé de la malnutrition aigüe et chronique chez les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes ;
3. Prévalences élevées des maladies transmissibles et non transmissibles ;
4. Faible préparation et réponse aux épidémies, et autres urgences de santé publique et catastrophes ;
5. Faible disponibilité des médicaments, vaccins, équipements, autres produits de santé et technologie sanitaire ;
6. Insuffisance quantitative et qualitative des RHS ainsi que leur mauvaise répartition ;
7. Faible niveau de financement de la santé ;
8. Vétusté et mauvaise répartition des infrastructures et équipements ;

9. Faible performance du système d'information sanitaire et de la recherche en santé ;
10. Faible qualité de soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
11. Insuffisance de services dédiés à la santé sexuelle des jeunes et adolescents dans le système de santé ;
12. Insuffisance des interventions de prévention et de promotion de la santé ;
13. Faible participation et appropriation communautaire ;
14. Insuffisance de pilotage et de gouvernance du secteur.

IV. ASPIRATIONS NATIONALES A L'HORIZON 2030

La réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux principaux problèmes de santé de la population en générale et plus particulièrement ceux de la mère et de l'enfant, le renforcement des interventions contre les principales maladies, l'amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de santé de qualité figurent parmi les aspirations nationales.

La mortalité maternelle, la mortalité infantile et la mortalité néonatale sont parmi les plus élevées au monde et de devront faire l'objet de stratégies nationales efficaces et d'actions vigoureuses afin de contribuer à une inversion des tendances observées depuis quelques décennies. La planification familiale est une des composantes pouvant permettre d'avoir un capital humain de qualité et productif. Néanmoins, elle pourrait être orientée et discriminatoire dans son application en vue d'un meilleur rendement tenant compte des objectifs de développement.

Des efforts plus importants et soutenus devront être accordés à l'élimination du VIH/SIDA, le contrôle/élimination de la tuberculose, l'élimination du paludisme et autres maladies prioritaires ainsi que l'éradication de la poliomyélite et du ver de Guinée, à la prévention et le contrôle des maladies à potentiel épidémique, la préparation et la réponse aux catastrophes et urgences en santé publique. La santé environnementale est aussi une aspiration légitime lorsqu'on considère les effets négatifs de l'industrie extractive, de l'exploitation forestière et la gestion des déchets plastiques, etc.

La continuité et l'intégration des soins sont à renforcer. Dans ce cadre, la révision du document des normes de l'offre de soins et sa mise en œuvre effective, y compris la référence et la contre référence en vue de les adapter au contexte de quatre niveaux de

soins, deviennent un impératif. Il faudra corriger le déséquilibre dans la couverture sanitaire du pays en veillant que dans tous les districts sanitaires les formations sanitaires de proximité (centre de santé et poste de santé) ne soient distantes de plus de 5 km des communautés. Toutes les formations sanitaires, selon leur niveau, devront être mises aux normes afin de jouer efficacement leurs rôles.

Une meilleure disponibilité et une utilisation rationnelle des médicaments, vaccins et réactifs sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un coût abordable. Il en est de même pour la disponibilité des ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux tout en veillant aussi à corriger, par des mécanismes idoines, le déséquilibre qui perdure entre Bangui et le reste du pays. La mise en place de mécanismes de financement innovant pour améliorer la qualité des services et des soins de santé et répondre aux aspirations profondes des populations centrafricaines échaudées par les crises récurrentes sera une des priorités.

L'organisation des services et la coordination de la gestion du système national de santé y compris le secteur privé lucratif et traditionnel, doivent être renforcées. La gouvernance dans la gestion du système doit être renforcée à tous les niveaux du système et un accent doit être mis sur l'obligation de rendre des comptes.

V. VISION ET FONDEMENTS

1. VISION

La Politique nationale de santé s'inscrit dans la vision globale de la République Centrafricaine à l'horizon 2030 et en rapport avec les Objectifs de Développement Durable.

La vision de la politique nationale de santé est de « **faire de la RCA un pays où l'accès aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales, avec la pleine participation de la population dans le cadre de la couverture santé universelle** ».

2. FONDEMENTS

La Politique Nationale de Santé est basée sur les fondements tant au niveau national qu'au niveau international :

2.1 LES DISPOSITIONS LEGISLATIVES NATIONALES

Le droit à la santé est reconnu par la constitution de la RCA adopté le 14 décembre 2015 et promulgué le 27 mars 2016, notamment ses articles 7 et 8 ;

La loi N°04.004 portant Code du Travail en République Centrafricaine ;

La loi N°99.016 du 16 juillet 1999, modifiant et complétant certaines dispositions de l'Ordonnance N°93 du 14 juin 1993, portant Statut Général de la Fonction Publique ;

La loi N°02.004 régissant les Organisations Non Gouvernementales en République Centrafricaine ;

La loi portant Code de l'eau en République Centrafricaine ;

La loi N°0304 portant Code d'Hygiène en République Centrafricaine.

2.1 DISPOSITIONS LEGISLATIVES INTERNATIONALES

La politique nationale de santé repose sur les engagements du gouvernement du fait de son adhésion à des instruments juridiques en matière de santé au plan mondial et africain.

La Déclaration universelle des droits de l'homme ;

Le Pacte international relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels ;

La Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires actualisée par la Déclaration de Astana ;

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;

La Convention relative aux droits de l'enfant ;

Le Règlement Sanitaire International (2005) ;

La Déclaration de Paris et de Rome sur l'efficacité de l'aide publique au développement ;

L'Initiative du Secrétaire Général des Nations Unies sur la Redevabilité en matière de santé de la mère et de l'enfant (2010) ;

Le Programme d'Action d'Accra sur l'efficacité de l'aide au développement (2008) ;

La Feuille de route africaine sur la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et en Afrique (CARMMA), (Addis-Abeba, 2009) ;

La Déclaration de Rio sur les Déterminants sociaux de la santé en 2011 ;

La Déclaration de la Conférence mondiale de Beijing ;

La Convention relative à la lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ;

Les Objectifs de Développement Durable ;

La Déclaration de Mexico sur la Couverture Santé Universelle ;

La Déclaration de Tunis sur le Financement de la santé et la Couverture Santé Universelle ;

Le Plan d'Action mondial pour les vaccins 2011-2020 ;

L'Adhésion à International Health Partnership (IHP+);

Ending Preventable Child and Maternal Deaths: A Promise Renewed (APR);

La Déclaration des Chefs d'Etat de l'OUA : « Santé, base du développement ;

La Déclaration des Chefs d'Etat de l'Union Africaine à Abuja relative à l'allocation au secteur de la santé à hauteur de 15% au moins du budget de l'Etat;

La Déclaration d'Alger sur la Recherche en Santé en Afrique ;

La Déclaration de Libreville sur la Santé et l'Environnement en Afrique ;

La Déclaration de Tunis sur le financement de la santé et la Couverture Santé Universelle ;

La Déclaration de Brazzaville sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, Brazzaville, Congo, avril 2011 ;

La Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des systèmes de santé en Afrique;

La Déclaration d'Addis-Abeba sur la Santé Communautaire dans la Région Africaine ;

La Résolution AFR/RC50/R3 sur la Médecine Traditionnelle et la Pharmacopée Africaine ;

La Politique de la Santé pour Tous dans la Région Africaine pour le 21ème siècle : Agenda 2020, AFR/RC50/R8 Rév.1.

VI. VALEURS ET PRINCIPES DIRECTEURS A L'HORIZON 2030

1. VALEURS

Les valeurs qui sous-tendent la politique nationale de santé sont : les droits humains dont le droit à la santé, l'équité dans l'accès aux soins, la solidarité nationale, l'éthique dans les pratiques professionnelles, la redevabilité et la justice sociale y compris la prise en compte du genre.

2. PRINCIPES DIRECTEURS

La politique nationale est guidée par neuf principes directeurs qui sont :

Leadership : il s'affirme au niveau central et devra être renforcé à tous les niveaux du système afin que les interventions de tous les acteurs soient mieux coordonnées, plus efficaces et atteignent les objectifs visés au bénéfice du bien-être des populations.

Gouvernance : La redevabilité et la transparence seront de rigueur dans la mise en œuvre des activités quotidiennes à tous les niveaux du système de santé. L'obligation de rendre compte de ses actions et le contrôle social permettront d'être plus efficace.

Décentralisation et déconcentration : elle est en cours mais timide, elle sera renforcée et accélérée en fonction des ressources disponibles.

Soins et services de qualité : le secteur de la santé devra fournir des prestations de soins et des services conformes aux normes et standards nationaux et internationaux.

Intégration et continuité des activités de soins : elles devront être renforcées à tous les niveaux du système.

Gestion basée sur la performance : il s'agira d'accorder une attention particulière aux questions d'efficacité, d'efficience, de pertinence, de viabilité financière et d'excellence dans la chaîne de planification, programmation, de budgétisation et de suivi évaluation afin d'atteindre les résultats selon la disponibilité des ressources.

Gestion basée sur des évidences :

Respects des engagements internationaux : il faudra recenser les principaux engagements internationaux en matière de santé et les mettre en œuvre.

Participation communautaire : il faudra prendre des mesures en vue de la responsabilisation effective des communautés et des individus dans la gestion de leurs problèmes de santé.

Partenariat en santé : il s'agira de susciter, organiser et assurer la cohérence des interventions de tous les partenaires autour d'un plan d'action budgétisé et consensuel.

Couverture santé universelle : elle sera mise en œuvre de manière progressive en veillant d'abord que le système soit debout et fonctionnel sur l'ensemble du territoire afin de ne laisser pour compte personne.

Soins de santé primaires : le système de santé demeurera organisé selon les principes de soins de santé primaires tels que proclamés par la Déclaration d'Alma Ata et Astana, l'Initiative de Bamako et la Déclaration de Ouagadougou sur les SSP en Afrique.

VII. BUT

Le but de la politique nationale de santé est (i) d'assurer un accès équitable aux services et soins de qualité à toute la population, avec une attention particulière aux personnes vulnérables, et (ii) de contribuer au développement d'un capital humain sain capable de soutenir le progrès socio-économique du pays.

VIII. CHOIX STRATEGIQUES

Le choix stratégique pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé porte sur les soins de santé primaires avec comme visée principale la couverture santé universelle.

IX. OBJECTIFS A L'HORIZON 2030

D'ici 2030:

1. Réduire de 2/3 les taux de mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA-N) ;
2. Assurer l'accès de tous à de services de soins de santé sexuelle et génésique, y compris la planification familiale, à l'information et à l'éducation en matière de santé, et la prise en compte de la santé génésique dans les stratégies et programmes nationaux ;
3. Réduire d'au moins 60 % la MAS et de 80% la MC ;
4. Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif à au moins 80% ;
5. Atteindre au moins 90% de couverture vaccinale pour chaque antigène ;
6. Réduire d'au moins 30% les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
7. Eliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant
8. Réduire la prévalence du VIH de 4,9% à 3,1% ;
9. Réduire de 30% la prévalence de la tuberculose;
9. Réduire d'au moins 90% le taux de morbidité et de mortalité du paludisme ;
10. Eliminer les principales maladies tropicales négligées, les hépatites virales et les maladies transmissibles par l'eau ;
11. Promouvoir la santé mentale ;
12. Renforcer la lutte contre les substances psychoactives notamment les stupéfiants, l'alcool et le tabac ;
13. Réduire significativement le nombre des décès et des blessures dus aux accidents de la voie publique ;
14. Réduire le nombre de décès et des maladies dues à des substances chimiques dangereuses, à la pollution et la contamination de l'air, de l'eau et du sol ;
15. Améliorer la performance du système national de santé ;

16. Atteindre la couverture santé universelle ;

17. Renforcer la participation communautaire ;

18. Renforcer la préparation et la réponse aux urgences de santé publique et des catastrophes.

X. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

1. PILOTAGE DU SECTEUR

L'objectif recherché est d'améliorer la gouvernance, le leadership, la coordination et le partenariat dans le secteur de la santé. Ce domaine comporte les orientations stratégiques (OS) suivantes :

OS1 Gouvernance et leadership : renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé.

Elle se fera par les grandes interventions suivantes :

- Développer les mécanismes et stratégies d'information et de communication au sein du MSP et avec les autres acteurs ;
- Renforcer la déconcentration et la décentralisation du système de santé ;
- Améliorer les pratiques de gouvernance au niveau central, régional, district et hospitalier, par l'application de méthodes et d'outils appropriés, dans le cadre d'un programme de renforcement de capacités des acteurs nationaux ;
- Rendre effectives les activités de supervision, de suivi/évaluation intégrés et conjoints à tous les niveaux du système de santé y compris un feedback des conclusions aux intéressés ;
- Renforcer les capacités de la documentation et de la communication sur les programmes nationaux de santé publique ;
- Renforcer la culture de redevabilité et les mécanismes de contrôle régulier de la gestion des services, particulièrement la gestion des ressources à tous les niveaux du système ;
- Entamer le processus de délégation des crédits pour l'opérationnalisation des districts ;
- Accélérer les réformes du secteur santé en particulier la réforme hospitalière, des institutions de formation et du secteur pharmaceutique vers la couverture santé universelle ;
- Mettre en place un mécanisme de veille sur l'authenticité des qualifications professionnelles en matière de santé et de la moralisation des pratiques professionnelles.

OS2 Coordination : amélioration de la coordination des activités à tous les niveaux du système de santé.

Les grandes interventions suivantes seront mises en œuvre :

- Redynamiser les mécanismes de coordination et les rendre fonctionnels et efficaces (, les Organes des SSP, Comité Sectoriel Santé, COPIL, revue annuelle bilatérale, réunion de monitoring, etc.) ;
- Créer le Conseil National de Santé Publique ;
- Actualiser les documents nationaux de la santé (les lois, les politiques, code de santé publique, et les stratégies) ;
- Rendre fonctionnels les mécanismes de suivi-évaluation du PNDS, des PRDS et des plans d'action annuels et des stratégies spécifiques.

OS3 Partenariat : renforcement du partenariat à tous les niveaux

Il s'agit de :

- Développer le partenariat public-privé dans la mise en œuvre des politiques et stratégies afin d'augmenter l'offre de services de qualité ;
- Développer un partenariat pour la collaboration intersectorielle et l'implication effective de la société civile, des ONG et des communautés à tous les niveaux de la mise en œuvre de la politique de santé ;
- Redynamiser la participation des communautés dans l'esprit de la politique nationale de santé communautaire en vue de renforcer l'organisation et la gestion au niveau opérationnel ;
- Redynamiser la coopération Sud-sud afin de bénéficier de l'expertise avérée des pays partenaires;
- Préciser le cadre, les conditions et les résultats attendus de la coopération en matière de santé entre la RCA et ses partenaires (jumelages des formations sanitaires, coopération sud-sud, coopération avec les pays développés du nord et les ONGs).

2. PLANIFICATION ET GESTION DE L'INFORMATION SANITAIRE

OS4 Opérationnalisation du système national d'information sanitaire (SNIS) à tous les niveaux du système de santé.

Elle se fera par les grandes interventions suivantes :

- Mettre en œuvre la stratégie de renforcement du SNIS ;
- Accélérer la réforme du SNIS selon l'évolution des NTIC ;
- Informatiser le SNIS à tous les niveaux et disposer d'une base de données unique;

- Redynamiser le comité de coordination du SNIS pour jouer son rôle dans le pilotage du SNIS ;
- Intégrer le SNIS dans le curricula de formation initiale du personnel de santé (médical et paramédical) ;
- Réaliser régulièrement les enquêtes, études et revues ponctuelles de santé ;
- Actualiser le manuel des procédures du SNIS;
- Créer un observatoire national de santé publique.

3. RESSOURCES HUMAINES, MATERIELLES, FINANCIERES ET INFRASTRUCTURELLES.

OS5 Poursuite du recrutement du personnel de santé qualifié et son déploiement équitable dans les régions.

Il s'agit de :

- Faire le plaidoyer pour un recrutement massif selon les besoins en privilégiant les régions les plus déficitaires et les formations sanitaires de proximité (centres de santé et postes de santé) ;
- Accorder la priorité aux postes relatifs à la santé de la mère et de l'enfant, à la santé reproductive, aux programmes de prévention et de promotion de la santé ;
- Décentraliser les postes de préparation et de réponse aux catastrophes et urgences de santé publique ;
- Développer et mettre en œuvre des mesures de protection du personnel contre les risques professionnels ;
- Prévoir des mesures de fidélisation du personnel sur le terrain.
- Régionaliser/Contractualiser les postes pour corriger les disparités entre les régions.

OS6 Renforcement des politiques et stratégies de gestion des ressources humaines

Il s'agit de :

- Elaborer/Actualiser le plan stratégique de développement des ressources humaines en santé ;
- Développer des mesures d'incitation pour le personnel affecté dans des régions éloignées et des zones à risque ;
- Formaliser la politique de délégation des tâches à tous les niveaux de prestation de soins.

OS7 Renforcer les compétences des Ressources Humaines pour la Santé

Il s'agit de :

- Assurer la tutelle des formations paramédicales ;
- Décentraliser la formation du personnel paramédical ;
- Mettre en place un plan de formation initiale et continue du personnel de santé en fonction des besoins et des tâches à exécuter ;
- Assurer le renforcement des compétences des enseignants ;
- Renforcer les capacités des écoles des formations ;
- Revoir et actualiser les curricula et outils de formation en tenant compte de l'évolution des besoins et des évidences.

4. FINANCEMENT DE LA SANTE

OS8 Mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé.

Il s'agit de :

- Développer le document de la **stratégie de financement de la santé** ;
- Renforcer le plaidoyer pour l'augmentation et le décaissement effectif et total de la part du budget de l'Etat au secteur de la santé (à hauteur d'au moins 15% selon la Déclaration d'Abuja);
- Explorer les méthodes innovantes de financement de la santé : taxes sur le tabac, l'alcool, les boissons sucrées, la téléphonie mobile, l'industrie extractive, le carburant, le fond routier ;
- Mettre à l'échelle l'approche du financement basé sur les résultats) ;
- Mettre en place un mécanisme de financement alternatif (les mutuelles de santé, assurance maladie) ;
- Mettre en œuvre de manière effective la gratuité ciblée en mettant l'accent sur les populations vulnérables ;
- Optimiser les financements des initiatives mondiales de la santé (Fonds Mondial, GAVI, GFF, Fonds pour l'éradication de la poliomyélite, etc.) en vue d'un meilleur impact sur les groupes cibles et le système de santé.

5. INFRASTRUCTURES, EQUIPEMENTS ET MAINTENANCE

OS9 Elaborer les normes en infrastructures sanitaires selon les niveaux des structures de santé en prenant en compte les nouvelles technologies médicales.

Il s'agit :

- Elaborer/ actualiser les normes d'infrastructures sanitaires et d'équipements techniques et logistiques ;
- Construire/réhabiliter et équiper les nouvelles infrastructures tant administratives que sanitaires répondant aux normes.

OS10 Elaboration d'une stratégie d'acquisition des équipements et leur maintenance

Il s'agit de :

- Renforcer les équipements et technologies sanitaires ainsi que leur maintenance ;
- Mettre à l'échelle la solarisation des équipements et infrastructures sanitaires ainsi que l'énergie renouvelable ;
- Elaborer et mettre en œuvre une politique de maintenance des équipements.

6. MEDICAMENTS, VACCINS, REACTIFS ET AUTRES PRODUITS DERIVES

L'objectif visé est d'assurer une meilleure disponibilité et une utilisation rationnelle des médicaments, vaccins, produits sanguins et autres intrants sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un coût abordable pour les populations. Pour contribuer à l'atteinte de cet objectif, les orientations stratégiques suivantes seront mises en œuvre.

OS11 Mise en place d'une gestion efficace de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments essentiels, des vaccins, réactifs, produits sanguins et autres intrants de qualité à tous les niveaux du système de santé.

Les grandes interventions pour y parvenir sont :

- Mettre en place une centrale d'achat des MEG viable répondant aux normes modernes ;
- Assurer un financement (public ou public-privé ou public et privé) adéquat et durable pour les médicaments, les vaccins et réactifs ;
- Améliorer les conditions de stockage des MEG, vaccins, réactifs et produits sanguins et autres intrants à tous les niveaux du système ;
- Améliorer les circuits et les conditions de distribution des médicaments;

- Améliorer la disponibilité géographique des médicaments par la création de dépôts régionaux de distribution des MEG dans les 16 préfectures ;
- Promouvoir l'installation d'une unité de production des MEG et autres produits de santé ;
- Mettre en œuvre un plan de lutte multisectorielle et multidisciplinaire contre les médicaments contrefaits, falsifiés, mal étiquetés et la vente illicite des médicaments ;
- Promouvoir la sécurité transfusionnelle et les dons gratuits de sang ;
- Renforcer la disponibilité et l'accessibilité du sang et des produits sanguins dans toutes les régions ;
- Renforcer les capacités diagnostiques des laboratoires.

OS12 Organisation et développement de la médecine traditionnelle, la pharmacopée centrafricaine et d'autres médecines alternatives

Il s'agit de :

- Actualiser les textes organisant et réglementant la médecine traditionnelle et l'usage de la pharmacopée traditionnelle ainsi que d'autres formes de médecine alternative ;
- Assurer l'encadrement de l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé ;
- Renforcer la recherche dans le domaine de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle.

OS13 Renforcement des capacités techniques du secteur pharmaceutique et des laboratoires

Les grandes interventions sont les suivantes :

- Elaborer une stratégie d'assurance qualité (homologation, inspection, contrôle de qualité et pharmacovigilance) et mettre en place les entités idoines pour la mise en œuvre ;
- Développer un programme de formation initiale et continue du personnel pharmaceutique au sein de la FACSS;
- Renforcer les capacités de structures nationales de régulation du secteur pharmaceutique;
- Mettre en place une politique nationale en matière de laboratoires en vue de couvrir l'ensemble du territoire ;
- Mettre en réseau les différents types de laboratoires.

7. OFFRE DE SERVICES ET SOINS DE QUALITE

OS14 Amélioration de l'accès et la disponibilité des services de soins de qualité

Il s'agit de:

- Renforcer les capacités opérationnelles de toutes les formations sanitaires ;
- Etendre la couverture géographique des services en donnant la priorité aux formations sanitaires de proximité (postes et centres de santé) ;
- Intensifier le développement des stratégies d'offres de services et soins fixes, avancées, mobiles et à base communautaire pour améliorer la couverture et l'accès des populations aux services avec une attention particulière aux plus vulnérables et démunies (enfants, femmes enceintes, adolescents, indigents, pauvres, etc.) ;
- Mettre en place des mécanismes favorisant l'accès aux médicaments essentiels et autres produits de santé à la population et en particulier aux populations démunies vivant dans les zones d'accès difficiles ;
- Pré-positionner des kits d'urgence dans les FOSA en vue de la prise en charge des cas (urgences médicales, obstétricales, épidémies et catastrophes...) ;
- Mettre en œuvre les mécanismes de protection de toute la population contre les risques financiers en cas de maladie (CSU y compris les mutuelles, les micro-assurances et autres formes d'assurance maladie, etc.) ;
- Appliquer les normes de qualité, les procédures et l'accueil à différents niveaux du système des soins en vue d'une augmentation de l'utilisation des services ;
- Accélérer l'extension de la couverture des FOSA en offre de service CPN intégrant la PTME ;
- Développer la réadaptation fonctionnelle dans le système de santé ;
- Promouvoir les soins relatifs à la prévention et la prise en charge des cas de cancers ;
- Promouvoir la santé du troisième âge ;

OS15 Offre de prestations de soins de qualité aux femmes, aux enfants et aux jeunes

Il s'agit de:

- Assurer la prévention de la malnutrition (chronique, aiguë) et la prise en charge des cas de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes à différents niveaux du système y compris le niveau communautaire ;

- Assurer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) dans toutes les formations sanitaires ;
- Améliorer le suivi de croissance et du développement psychomoteur des enfants ;
- Intensifier l'offre et la demande du service de vaccination ;
- Etendre les centres de dispensation des ARV jusqu'au niveau des formations sanitaires de proximité et de la communauté ;
- Renforcer la prise en charge communautaire de la triade VIH-SIDA/TB/PALU
- Développer des stratégies pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans toutes ses composantes : accouchement assisté par un personnel qualifié, soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets (SONUB/SONUC), le bien-être familial/planning familial (BEF/PF), la consultation pré/postnatale, etc.
- Promouvoir la santé reproductive des jeunes et des adolescents en créant des centres conviviaux de santé sexuelle et reproductive répondant à leurs besoins.

OS16 Renforcement des interventions contre les principales maladies, les urgences et les catastrophes

Il s'agit de:

- Renforcer les capacités managériales et opérationnelles des programmes et les capacités des districts en gestion du système intégré de santé en vue de lutter plus efficacement contre les maladies transmissibles et non transmissibles en adaptant les recommandations internationales ;
- Renforcer les mécanismes de surveillance épidémiologique et de riposte aux épidémies, catastrophes et autres urgences de santé publique en appliquant les dispositions du règlement sanitaire international (2005) ;
- Décentraliser le COUSP et les équipes d'intervention rapide pour les rapprocher du théâtre des opérations ;
- Pré-positionner les intrants en vue d'interventions rapides
- Mettre en œuvre des mesures promotionnelles et préventives efficaces ;
- Développer des stratégies d'encadrement psychosocial, de prise en charge et de réinsertion des personnes souffrant de troubles mentaux et les victimes de VBG à différents niveaux du système de santé y compris le niveau communautaire.

8. SANTE COMMUNAUTAIRE

OS17 Promotion de la santé communautaire à tous les niveaux

Il s'agit de:

- Renforcer le cadre institutionnel et réglementaire de la santé communautaire ;
- Renforcer les capacités des communautés à prendre en charge efficacement leurs problèmes de santé ;
- Renforcer les capacités des acteurs de terrain à offrir des soins à base communautaire ;
- Accroître l'accessibilité des services de santé à base communautaire.

9. PROMOTION DE SANTE

OS18 Développement des activités de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé

Il s'agit de :

- Actualiser la politique nationale de promotion de la santé ;
- Promouvoir la santé environnementale ;
- Mettre en œuvre le code d'hygiène ;
- Actualiser/appliquer le guide de gestion des déchets biomédicaux ;
- Intensifier les activités de prévention et de réduction des principaux facteurs de risque pour la santé : le tabagisme, l'alcoolisme, la consommation de drogues et autres substances psychoactives, mauvaises pratiques alimentaires, la sédentarité ainsi que les rapports sexuels non protégés ;
- Promouvoir le mode de vie sain afin de mieux agir sur les facteurs de risques et les déterminants de la santé ;
- Renforcer les activités à haut impact (vaccination, nutrition, PEC VIH-SIDA/TB/PALU/SR, etc...) ;
- Développer des programmes intersectoriels intégrés pour agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé : sécurité alimentaire et nutrition, santé et sécurité au travail, hygiène publique, sécurité routière, santé mentale, santé en milieu scolaire, universitaire et professionnel ;
- Développer des stratégies pouvant améliorer la prise en charge des problèmes de santé des personnes du troisième âge ;

- Développer des services de prise en charge des personnes handicapées physique et mentale (rééducation, appareillage, etc.) ;
- Promouvoir la santé et la sécurité au travail.

OS 19 Renforcement de la communication pour le changement de comportement et les bonnes pratiques en matière de santé

Il s'agit de :

- Développer une stratégie nationale de promotion de changement de comportement pour la santé ;
- Développer des stratégies en vue de renforcer les capacités du personnel de santé en technique de communication pour la santé ;
- Promouvoir les bonnes pratiques de santé dans les administrations publiques et privées.

XI. MÉCANISME ET CADRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé se fera par le truchement de l'élaboration et de la mise en œuvre de deux Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS), des politiques sous-sectorielles et des programmes prioritaires arrimés aux orientations stratégiques. Le PNDS sera décliné en Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) lesquels seront traduits en Plans Opérationnels au niveau des districts sanitaires (PO). Les plans opérationnels de districts sanitaires intégreront les micro-plans des centres et postes de santé. Un budget programme santé (BPS) et un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) seront élaborés au niveau central pour faciliter la mise en œuvre du PNDS, du PRDS et des PO.

1. Cadre de mise en Œuvre

Le cadrage stratégique de la mise en œuvre de la PNS, du PNDS, des PRDS et des PO sera effectué par la mise en place des structures de coordination aux trois niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi, les structures existantes de coordination seront soit réformées ou remplacées par de nouvelles en vue d'une efficacité maximale.

Au niveau national :

Il sera mis en place le Conseil National de la Santé Publique (CNSP) qui est l'instance supérieure de définition des politiques et des stratégies. C'est le CNSP qui veille à la mise

œuvre de la PNS. Le CNSP sera créé par un Décret et sera présidé par Le Président de la République ou le Premier Ministre. Le Ministère de la santé assurera le secrétariat du CNSP. Le CNSP est un organe multisectoriel et sa composition devra refléter cette notion. Le CNSP se réunira une fois par an mais pourra aussi tenir des réunions extraordinaires. Le CNSP sera démembré au niveau des régions sanitaires et des districts.

Le Comité de Pilotage (COFIL) existant sera réformé pour en faire le bras opérationnel du CNSP. C'est l'organe de coordination par excellence de la mise en œuvre et des parties prenantes y compris les partenaires techniques et financiers (PTFs). Il sera créé par un Arrêté du Premier Ministre et sera présidé par le Ministre de la santé. Le COFIL se réunira chaque trimestre et fera rapport au CNSP. Certains organes de coordination spécifiques comme le CCM et le CCIA deviendront des sous entités du COFIL. A l'intérieur du COFIL sera créés des groupes thématiques qui interagiront les directions techniques du ministère de la santé et les structures des PTFs et feront rapport au COFIL. Le COFIL sera aussi démembré au niveau régional et du district.

Au niveau régional :

Le CNSP devient CRSP. Il sera présidé par les Préfets par rotation annuelle. Le CRSP jouera au niveau régional l'équivalent du rôle du CNSP. Les rapports des CRSP seront compilés par le secrétariat du CNSP et présentés à la réunion annuelle du CNSP.

De même, le COFIL devient CORFIL au niveau régional avec l'équivalent des attributions du COFIL. Le CORFIL sera présidé par le Chef de région sanitaire

Au niveau opérationnel :

On aura le CDSP et le CODFIL avec les attributions équivalentes des organes régionaux. Le CDSP sera présidé par le Sous-Préfet et le CODFIL par le Chef de district sanitaire.

Au niveau des formations sanitaires les comités de gestion seront réformés en conséquence.

2. Rôles des différents Acteurs

Rôles du Gouvernement

Le Gouvernement a la responsabilité de la mise en œuvre de la politique nationale de santé notamment à travers la mobilisation des ressources nécessaires, la définition et l'application rigoureuse des procédures de gestion, l'orientation de la coopération

bilatérale et multilatérale et le renforcement d'un partenariat orienté vers l'atteinte des résultats.

Rôles du Ministère de la Santé Publique

Il devra jouer son rôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il a la responsabilité de la mise en œuvre de la PNS et devra, à cet effet, (i) définir les stratégies de mise en œuvre, (ii) assurer la coordination de tous les intervenants dans le secteur, (iii) affirmer son leadership à tous les niveaux, (iv) veiller à la répartition équitable et à la bonne gestion des ressources, (v) faire appliquer rigoureusement le principe de l'obligation de rendre compte et de la redevabilité, (vi) veiller que le système de santé soit performant partout, pour tous (y compris les pauvres et les personnes vulnérables) et en tous temps afin que la population y ait confiance et que les résultats visés soient atteints. Par le truchement d'une coordination plus efficace, le ministère de la santé publique devra réaliser une bien meilleure efficacité et efficacité des interventions, éliminer les doublons dans le financement des partenaires techniques et financiers et obtenir plus résultats et un meilleur impact sur la santé de la population.

Rôles des Partenaires Techniques et financiers

Ils interviendront dans le cadre strict de la PNS et des PNDS en appui et en collaboration avec les actions du Gouvernement en général et du Ministère de la santé en particulier. Le principe de la déclaration de Paris et Rome sur l'efficacité de l'aide au développement sera observé. Ainsi chacun fera l'effort d'éviter les doublons pour contribuer à une meilleure efficacité et efficacité pour que des meilleurs et davantage de résultats soient obtenus avec les ressources déployés.

Rôles de la Société Civile

La société civile, notamment les ordres professionnels de la santé, les Associations, les ONG, sera impliquée dans la mise en œuvre de la PNS à tous les niveaux du système de santé afin de contribuer à l'atteinte des objectifs fixés.

XII. MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le Ministère de la santé publique, dans ses différents rôles au niveau du CNSP, du COPIL et niveau de ses structures internes, devra assurer le suivi de la mise en œuvre de la PNS. Il organisera : (i) les revues sectorielles annuelles, les revues à mi-parcours et finales des programmes et projets ; (ii) des enquêtes pour disposer des données probantes sur la performance du système de santé et mieux suivre l'évolution de l'état de santé de la

population (MICS, EDS, STEPS, SMART, SARA, et.) ; les revues des dépenses publiques du secteur de la santé et des comptes nationaux de la santé ; (iii) des évaluations internes et externes selon les besoins.

CONCLUSION

Le processus d'élaboration de la PNS a été participatif, inclusif et itératif. C'est le fruit de l'engagement du gouvernement et du travail consciencieux et professionnel de tous ceux qui ont été mobilisés à cet effet.

A partir de l'analyse de la situation, les problèmes prioritaires du secteur ont été identifiés et ont fait l'objet d'orientations stratégiques susceptibles de contribuer aux changements escomptés en vue de l'amélioration de la santé de la population.

La santé est la base du développement comme l'avaient déclaré en leur temps les Chefs d'Etat de l'OUA. On pourrait les paraphraser aujourd'hui en disant que la santé est le moteur du développement du capital humain et de la croissance économique. Tout le monde est donc concerné par la mise en œuvre de la PNS et chacun devra jouer sa partition.

Au vu de l'ampleur des problèmes le système de santé est confronté et considérant les aspirations de la population, il faudra non seulement mobiliser d'importantes ressources tant nationales qu'extérieures pour la mise en œuvre effective de la PNS à travers les PNDS, PRDS et les PO mais également transformer les attitudes et les pratiques des personnels de santé afin de créer à nouveau un climat de confiance entre le système de santé et la population. C'est ce qui contribuera à la relance de la demande et de l'utilisation des services et soins offerts par le système santé. Le partenariat renforcé sera un atout pour la réalisation des objectifs et l'atteinte des résultats. Tendre vers la couverture santé universelle sera le dénominateur commun de toutes les interventions durant la décennie que couvre la PNS.

