



Unité*Travail*Progrès

RÉPUBLIQUE DU CONGO



POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

2018 - 2030





TABLE DES MATIÈRES

PREFACE	5
SIGLES ET ACRONYMES	7
I. PRESENTATION DU CONGO	9
II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA PNS	9
III. INSTRUMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX	10
3.1. Engagements nationaux	10
3.2. Engagements internationaux	10
IV. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE	10
4.1. Etat de santé de la population	10
4.1.1 Mortalité générale et espérance de vie	10
4.1.2. Santé de la mère	10
4.1.3. Santé de l'enfant	11
4.1.4. Santé des adolescents et jeunes	11
4.1.5. Santé des personnes âgées	11
4.1.6. Profil épidémiologique	11
4.2. Déterminants de la santé	12
V. PROFIL DU SYSTEME DE SANTE	13
5.1. Organisation du système de santé	13
5.2. Performances du système de santé	14
5.2.1. Gouvernance, pilotage et leadership	14
5.2.2. Financement de la santé	14
5.2.3. Ressources humaines en santé	15
5.2.4. Approvisionnement en médicaments, réactifs et vaccins	15
5.2.4.1. Médicaments, réactifs et autres consommables	15
5.2.4.2. Produits sanguins labiles	16
5.2.4.3. Vaccins	16
5.2.5. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)	16
5.2.6. Prestations des soins et services de santé	16
5.2.6.1. Utilisation des services curatifs	16
VI. PROBLEMES PRIORITAIRES	18
VII. VISION, PRINCIPES, VALEURS	19
7.1. Vision	19
7.2. Principes	19
7.3. Valeurs	19
VIII. BUT ET OBJECTIFS	19
8.1. But	19
8.2. Objectif général	19
8.3. Cibles à l'horizon 2030	19
IX. ORIENTATIONS STRATEGIQUES	20
X. CADRE DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET EVALUATION	22
10.1. Cadre de mise en œuvre	22
10.2. Mécanismes de suivi et évaluation	23
XI. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT	23
XII .CONDITIONS DE SUCCES DE LA PNS	24
XIII. PROCEDURES D'ADOPTION ET D'AMENDEMENT DE LA PNS	24

PREFACE



En droite ligne avec mon nouveau contrat de société avec le peuple congolais « La marche vers le développement, allons plus loin ensemble », où j'ai placé la santé comme une priorité des temps présents auquel il faut apporter des solutions immédiates. Tenant compte de l'avènement de la nouvelle République avec ses implications institutionnelles et organisationnelles. Et ceux en lien notamment avec les engagements internationaux du Congo en matière de santé, dont on peut retenir les objectifs de développements durables, la déclaration d'Alma Atta, la déclaration de Bamako, la déclaration des Chefs d'Etat de la région Africaine d'Abuja (2001) et enfin l'engagement d'Addis Abeba sur l'immunisation, j'ai ainsi concilié et traduit ces engagements dans cette nouvelle politique.

Celle-ci tire sa source et sa légitimité scientifique à travers le processus de revue du secteur qui a été mené par le gouvernement, dans l'objectif d'identifier précisément les défis du secteur et déterminer les axes stratégiques d'actions.

Prenant acte de cela, j'édicte la nouvelle politique nationale de santé. Celle-ci constitue désormais le guide et le cadre exclusif des interventions en matière de santé tant pour le gouvernement congolais que les partenaires techniques et financiers ainsi que les autres organisations et acteurs du secteur de la santé au Congo.

Cette politique a donc pour objectif de doter mon pays d'un système de santé performant, résilient et à même de garantir l'accès universel à tous à des services de santé de qualité et un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

J'en appelle donc au sens de l'engagement de tous les acteurs du système de santé. Je m'engage moi aussi par la même occasion à m'assurer de la mise en œuvre effective des plans qui en découleront.

Président de la République, Chef de l'Etat

Denis SASSOU-NGUESSO

SIGLES ET ACRONYMES

AMU	: Assurance Maladie Universelle
ARV	: Anti Rétro Viraux
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
AVP	: Accident de la Voie Publique
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
CAMEPS	: Central d'Achat des Médicaments Essentiels et des Produits de Santé
CCIA	: Comité de Coordination Inter Agence
CDMT	: Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CFCO	: Chemin de Fer Congo Océan
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine
CODIR	: Comité de Direction
COGES	: Comité de Gestion
COMEG	: Congolaise des Médicaments Essentiels et Génériques
COSA	: Comité de Santé
CP	: Comité de Pilotage
CSI	: Centre de Santé Intégré
DS	: District Sanitaire
CTAF	: Coordination Technique Administrative et Financière
CTS	: Comité Technique de Suivi
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DELM	: Direction de l'Epidémiologie et de la Lutte contre la Maladie
DEP	: Direction des Etudes et de la Planification
DGPOP	: Direction Générale de la Population
DIEM	: Direction des Infrastructures de l'Equipement et de la Maintenance
DS	: District Sanitaire
DSRP	: Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté
DTC3	: Vaccin contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche 3 ^{ème} dose
ECOM2	: Enquête Congolaise auprès des Ménages 2 ^{ème} génération
EDSC II	: Enquête Démographique et de Santé N° 2
EG-DS/EC DS	: Equipe de Gestion du DS ou Equipe Cadre du DS
FAC	: Forces Armées Congolaises
MVE	: Maladie à Virus Ebola
HB	: Hôpital de Base
HG	: Hôpital Général
HTA	: Hypertension Artérielle
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
IDH	: Indicateur de Développement Humain
IEC/CCC	: Information Education Communication/Communication pour le Changement de Comportements
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LNSP	: Laboratoire National de Santé Publique

MEG	: Médicaments Essentiels Génériques
MSP	: Ministère de la Santé et de la Population
NTIC	: Nouvelles Technologies de l'Information et la Communication
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAM	: Programme Alimentaire Mondial
PBDS	: Programme Biennal de Développement Sanitaire
PBF	: Financement Basé sur la Performance
PCA	: Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSS	: Programme de Développement des Services de Santé
PEC	: Prise En Charge
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PFA	: Paralysie Flasque Aiguë
PIB	: Produit Intérieur Brut
PIP	: Programme d'Investissement Public
PMA	: Paquet Minimum d'Activités
PMAE	: Paquet Minimum d'Activités Elargi
PMAS	: Paquet Minimum d'Activités Standards
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNS	: Politique Nationale de Santé
PVVIH	: Personne Vivant avec le VIH
PSE	: Paquets de Services Essentiels
PTAB	: Plan de Travail Annuel Budgétisé
PTF	: Partenaire Technique et Financier
SIMR	: Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte
SNIS	: Système National d'Information Sanitaire
SSP	: Soins de Santé Primaires
TAR	: Traitement Anti Rétroviraux
TNN	: Tétanos Néo Natal
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

I. PRESENTATION DU CONGO

La République du Congo couvre une superficie de 342.000 km² et se situe à cheval sur l'Équateur. Elle est limitée au nord par le Cameroun et la République Centrafricaine, à l'est par la République Démocratique du Congo, au sud par l'enclave Angolaise du Cabinda et la République Démocratique du Congo, à l'ouest par l'Océan Atlantique et le Gabon.

Trois types de climat caractérisent le pays : climat équatorial au nord, subéquatorial au centre et tropical humide au sud. La pluviométrie, propice au développement de l'agriculture, entraîne aussi des catastrophes naturelles (érosions, inondations...). Le couvert végétal du Congo est composé à 65% de forêts et 35% de savanes (herbeuse, arbustive ou arborée) et son relief est relativement peu élevé dans son ensemble. Ces profils climatologiques et géomorphologiques sont susceptibles d'avoir une forte influence sur le profil épidémiologique du pays. Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2007 avait évalué la population à 3.697.490 habitants, avec un taux d'accroissement de 3%. Dans cette hypothèse, les projections démographiques calculées par l'Institut National de la Statistique (INS) ont estimé à 5.203.073 habitants en 2018, avec une prédominance des femmes (51%). Cette population vit en milieu urbain dans 67% des cas et les jeunes de moins de 18 ans représentent 45 %. Le taux brut de natalité était de 41 pour mille en 2012 (EDS-II) et l'indice synthétique de fécondité de 4,4 en 2015. L'espérance de vie à la naissance est de 62,3 ans selon le dernier rapport de développement humain.

Sur le plan politique, la Constitution du 25 octobre 2015 institue un régime de type semi présidentiel composé de trois pouvoirs : (i) un exécutif bicéphale, représenté par le Président de la République, chef de l'État et le Premier Ministre, chef du Gouvernement, (ii) un pouvoir législatif constitué de deux chambres que sont l'Assemblée Nationale et le Sénat et (iii) un pouvoir judiciaire.

Sur le plan administratif, la loi n°3-2003 du 17 janvier 2003 fixant l'organisation administrative territoriale subdivise le Congo en douze (12) départements, seize (16) communes, vingt-trois (23) arrondissements, quatre-vingt-huit (88) districts, cinquante-deux (52) communautés urbaines, six (6) communautés rurales, sept cent vingt (720) quartiers et trois milles deux cent quatre-vingt-seize (3.296) villages.

La loi n°10-2003 du 6 février 2003 transfère les compétences suivantes aux collectivités locales : la gestion de la santé, l'activité sociale et la protection civile. Ainsi, la gestion des structures de santé relevant de la santé de base est désormais dévolue aux collectivités locales à travers les organes de gestion technique (équipes cadres, direction de l'hôpital de district) et consultatifs (les comités de santé, le comité de gestion, le conseil départemental ou municipal).

Sur le plan économique, l'économie congolaise reste très peu diversifiée car principalement axée sur l'industrie pétrolière (environ 60 % du PIB) et dans une moindre mesure sur le bois (5%) et l'agriculture (3%). Le Congo est par conséquent largement dépendant de l'évolution du cours des matières premières. Depuis 2014 et suite à la chute du cours du prix du pétrole, la croissance économique est en baisse pour la 4^{ème} année consécutive avec une dette estimée à 116% du PIB en 2017. La crise économique s'est accentuée en 2017, avec une contraction du PIB de 4,6% (contre -2,8 % l'année précédente). La hausse de la production pétrolière liée à la mise en service d'un nouveau gisement (Moho Nord) et la remontée du cours du brut n'ont pas permis de compenser le déclin des activités non pétrolières. Celles-ci ont enregistré une baisse de 9,2 % en 2017.

II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA PNS

Conformément aux cycles de planification, un nouveau cadre stratégique macro-économique a été élaboré : le Plan National de Développement (PND) 2018-2022 qui décline la vision du pays telle qu'édictée dans le projet de société «la Marche vers le développement».

Nonobstant des progrès significatifs enregistrés sur le plan sanitaire, tels que la réduction des mortalités maternelles¹ (781 en 2005 à 436 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2015) et infanto-juvénile (117 en 2005 à 52 décès pour 1.000 naissances vivantes en 2015), le Congo n'a pu atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé. Depuis 2016, le Congo s'est engagé à atteindre le troisième Objectif de Développement Durable (ODD) d'ici à 2030.

Dans le cadre de l'amélioration de l'état de santé et du bien-être (ODD3), le pays a souscrit au 13^{ème} Programme général de travail de l'OMS adopté en 2018 à la 71^{ème} Assemblée Mondiale de l'OMS. Ce programme propose une vision claire pour atteindre les objectifs du triple milliard à savoir : i) faire bénéficier 1 milliard de personnes supplémentaires de la couverture sanitaire universelle, ii) mieux protéger 1 milliard de personnes supplémentaires face aux situations d'urgence sanitaire et iii) faire bénéficier 1 milliard de personnes supplémentaires d'un meilleur état de santé et de plus de bien-être.

De ce fait, le pays s'est engagé à réviser sa politique nationale de santé en vue de redéfinir le cadre d'action pour l'atteinte de ses engagements.

III. INSTRUMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX

La Politique Nationale de Santé tire ses fondements du cadre légal, des engagements nationaux et internationaux pris par le Congo.

3.1. Engagements nationaux

La Politique Nationale de Santé est fondée sur le cadre politico-juridique national notamment :

- la Constitution du 25 octobre 2015 en son article 36 ;
- l'ensemble des textes législatifs et réglementaires en vigueur ;
- le programme du gouvernement « la Marche vers le développement » ;
- le Plan National de Développement (PND) pour la période 2018-2022.

3.2. Engagements internationaux

Le Congo a souscrit à divers engagements internationaux qui sont pris en compte dans la Politique Nationale de Santé. Il s'agit entre autres de :

- la Charte des Nations Unies (1945) ;
- la Constitution de l'OMS (1946) ;
- la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981) ;
- les Objectifs du Développement Durable ;
- la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de santé primaires (1978), réaffirmée par la Déclaration de Ouagadougou (2008) et d'Astana (2018) ;
- la Déclaration des Chefs d'État et de gouvernement d'Abuja (2001) ;
- la Déclaration d'Addis Abeba sur l'immunisation (2015) ;
- la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (1986) ;
- le Cadre d'action de Kyoto 2005-2015 pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes ;
- la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique (2008) ;
- la Résolution AFR/RC62/9 sur la promotion de la santé : stratégie pour la région africaine (2012) ;
- la Déclaration d'Alger sur la recherche en santé (2008) ;
- la Déclaration de Tunis sur le financement de la santé (2012) ;
- la Déclaration de Brazzaville sur les maladies Non Transmissibles (2012) ;
- la Stratégie globale en santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents 2016-2030 ;
- le 13^{ème} Programme de travail de l'OMS 2019-2022 (2018).

IV. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE

4.1. Etat de santé de la population

4.1.1 Mortalité générale et espérance de vie

Le taux de mortalité générale, estimé à 13 pour mille en 2007 (RGPH 2007) devrait baisser jusqu'à atteindre 8,3 selon les prévisions des Nations Unies². La mortalité adulte de 15 à 49 ans était évaluée à 4,46 pour mille chez les femmes âgées et à 7,77 chez les hommes (MICS 2015).

L'espérance de vie est passée de 46,7 ans en 1974 à 43,2 ans en 1984 avant de remonter à 51,6 ans en 2007 (RGPH 1974, 1984 et 2007). Les projections des Nations Unies³ indiquent une espérance de vie à 62,5 ans en 2012, 65,2 ans en 2017 et 67 ans en 2022.

4.1.2. Santé de la mère

Le Congo reste un pays à fécondité élevée. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 4,8 en 2005 (EDS-I) à 4,4 enfants par femme (MICS, 2014-2015) et un Taux Brut de Natalité à 41 pour 1.000 (EDS-II). En 2015, le ratio de mortalité maternelle était de 436 décès pour 100.000 naissances vivantes (MICS 2014-2015). Ce taux a légèrement augmenté de 10 points par rapport aux résultats de l'enquête démographique de santé de 2012 (EDS-II) qui évaluait ce taux à 426 décès pour 100.000 naissances vivantes.

En somme, le Congo n'a atteint ni la cible retenue dans sa feuille de route nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2008-2015 (390 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes), ni celle de l'OMD5 (223 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes). Les principales causes directes de cette mortalité sont : les hémorragies du post partum (40,9%), l'éclampsie (22,7%) et les infections du post partum et du post abortum (11,7%). Les causes indirectes qui représentent 15% sont principalement les anémies, les complications anesthésiques et l'insuffisance cardiaque.

2 Division population du département économique et social des Nations Unies

3 Division population du département économique et social des Nations Unies

Parmi les problèmes qui affectent la santé maternelle figure la fistule obstétricale. En effet, la fiche intitulée : « Congo - Fiche fistules obstétricales, UNFPA » rapporte que 475 femmes étaient atteintes de fistules obstétricales alors que seules 227 femmes avaient été prises en charge dans les hôpitaux généraux entre 2008 et 2015 (130 au CHUB, 54 à l'Hôpital central des Armées, 43 sur le bateau médical Mercy Ships à Pointe-Noire) et que 90 ont été réinsérées sur le plan social et économique.

Sur le plan de la réponse, un comité multi sectoriel de lutte contre la fistule obstétricale a entrepris les actions suivantes : (i) renforcement des plateaux techniques du CHUB et de l'Hôpital central des Armées, (ii) formation de quatre chirurgiens à l'étranger, (iii) formation de neuf personnels de prise en charge des fistules au CHUB au bénéfice de six formations sanitaires (Adolphe Sicé, 31 Juillet d'Owando, Ouessou et Dolisie) et (iv) organisation d'une campagne nationale de lutte contre les fistules obstétricales.

4.1.3. Santé de l'enfant

Les mortalités infantiles ont connu une baisse significative au Congo entre 2005 et 2015, sans atteindre les cibles de la Feuille de Route 2008-2015, ni celles des OMD. En effet, le taux de mortalité néonatale a été réduit de 33 à 21 décès pour 1.000 NV, la mortalité infantile est passée de 75 à 36 décès pour 1.000 NV, la mortalité juvénile de 44 à 17 décès pour 1.000 NV et la mortalité infanto-juvénile de 117 à 52 décès pour 1.000 NV. Selon le rapport de l'Observatoire des Décès Maternels Néonataux et Infantiles de 2016, les principales causes des décès néonataux étaient dominées par la prématurité (39,72%), l'asphyxie et/ou les détresses respiratoires (28,88%), l'infection néonatale (24,35%), les anomalies congénitales (2,35%), les méningites (2,35%) et les anémies (1,78%).

Bien que réduite de 24,4% à 21,3% entre 2011 et 2015, la malnutrition reste préoccupante chez les enfants de moins de 5 ans. Il s'agit de la malnutrition chronique (21,3%), la malnutrition aigüe (8,2%), l'insuffisance pondérale (12,3%) et l'obésité (5,9%). La carence en micronutriments essentiels concerne le fer (66,7%) et la vitamine A, constituant ainsi un véritable problème de santé publique.

La prévalence de l'allaitement maternel exclusif est de 21% alors que l'objectif fixé par l'OMS était de 80%.

En matière de vaccination, les performances se sont détériorées entre 2012 et 2016. En effet, les couvertures vaccinales sont passées de 84% à 71% pour le DTC-HepB-H1b3 et 78% à 67 pour le VAR. Les principales raisons évoquées sont le conflit entre l'occupation de la mère et la vaccination (40,0%) ainsi que l'absence de vaccinateur et/ou vaccin au centre de santé (15,3%).

4.1.4. Santé des adolescents et jeunes

La santé des adolescents et jeunes est caractérisée par (i) la précocité des rapports sexuels (14 ans), plus en milieu rural (15,6 ans) qu'en milieu urbain (16,6 ans) ; (ii) la fréquence de plus en plus élevée des grossesses précoces (7% en 2005 et 12,9% en 2011) ; (iii) les mariages précoces chez les adolescents de 15 à 19 ans (18,6% de filles vivant en union libre contre 1,7 % des garçons) ; (iv) la fréquence élevée des avortements (23%) ; (v) les agressions sexuelles (2,6% de motifs de consultation aux urgences gynécologiques du CHUB de janvier 2014 à décembre 2015) et (vi) la prévalence élevée de l'infection à VIH (22% de nouvelles infections concernent la tranche d'âge de 15 à 24 ans).

4.1.5. Santé des personnes âgées

Le taux de morbidité dû aux MNT chez les personnes âgées de plus de 60 ans est de 55% (ECOM-II 2011). Les pathologies dominantes chez les personnes âgées restent les maladies cardiovasculaires et leurs complications, le diabète, le cancer, les affections rhumatismales, les maladies infectieuses (VIH, infections respiratoires aiguës).

4.1.6. Profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du pays est caractérisé par des niveaux encore élevés des taux de morbidité et de mortalité dont les principales causes sont :

- **pour les maladies transmissibles** : (i) le paludisme qui constitue la première cause des consultations (54%), d'hospitalisation (40 %) et de mortalité (42%)⁴, (ii) la tuberculose dont l'incidence est de 379 pour 100.000 habitants, (iii) le VIH/SIDA avec une séroprévalence dans la population générale de 3,2%⁵ et des disparités d'un département à l'autre, oscillant entre 1,5% et 4,8%, (iv) les infections sexuellement transmissibles et (v) les maladies diarrhéiques représentant 17,4% auprès des enfants de moins de 5 ans⁶.
- **pour les maladies non transmissibles** : (i) l'HTA avec une fréquence hospitalière de 55,8% chez les sujets âgés de 37 à 73 ans ; (ii) les accidents vasculaires cérébraux avec une prévalence de 40% au CHU de Brazzaville et à l'hôpital général de Loandjili en 2017 ; (iii) le diabète avec 946 cas rapportés au CHU en 2015 et

4 Rapport Programme national de lutte contre le paludisme, 2016

5 Enquête de séroprévalence et des indicateurs de santé (ESIS) - Congo, 2009

6 Enquête MICS 2014-2015

un taux de létalité de 3,38%, en cela il constitue la première cause d'insuffisance rénale selon les données hospitalières ; (iv) les cancers du sein (12,1%), de la prostate (11,3%), du col utérin (8,8%), du foie (8,8%) et du poumon (0,3%)⁷ ; (v) la drépanocytose avec 1,25% d'homozygotes et (vi) les maladies mentales dont les principales sont les psychoses délirantes aiguës (43,5%), les schizophrénies (22,3%), les troubles bipolaires essentiellement en phase maniaque (16,1%), et les Psychoses Hallucinatoires Chroniques (8,8%).

- **pour les Maladies Tropicales Négligées** : (i) l'onchocercose présente dans six des 12 départements avec une prévalence communautaire variant entre 0,6 et 49% ; (ii) la filariose lymphatique avec un taux de prévalence de 4,7% en 2012; (iii) la schistosomiase avec 23% dans la Bouenza et le Kouilou; (iv) les géo-helminthiases avec un taux oscillant entre 20 et 80%; (v) le trachome avec 2,9% dans la Sangha et la Likouala ; (vi) la trypanosomiase humaine africaine avec une prévalence de 0,21% en 2017 ; (viii) la lèpre avec une prévalence de 73 nouveaux cas par an dans trois départements ; (ix) l'ulcère de Buruli présent dans le Kouilou, Pointe Noire et le Niari avec une prévalence de 100 cas en 2011.
- **pour les maladies à potentiel épidémique** : (i) le choléra dont la dernière épidémie a été enregistrée en 2016 à l'île Mbamou avec 18 cas et 3 décès, soit une létalité de 16,7%, (ii) la maladie hémorragique à virus Ebola dont la dernière épidémie remonte à 2005 avec 12 cas et un taux de létalité de 75%, (iii) la rage qui sévit dans les départements de la Bouenza, de la Lékoumou, du Niari, du Kouilou et de Pointe Noire depuis 2012 avec un taux de létalité de 100%, (iv) le chikungunya pour lequel depuis janvier 2017, il a été enregistré 125 cas suspects sans décès et sans confirmation au laboratoire; (v) le monkeypox sévit de manière épisodique dans la Likouala depuis janvier 2017, (vi) la grippe H1N1 qui a fait 6.253 cas dont 4.453 à Brazzaville entre janvier et juin 2017.
- **pour les maladies évitables par la vaccination** : (i) la poliomyélite dont le dernier cas remonte à 2011 ; (ii) la rougeole avec des flambées épidémiques dans la presque totalité des districts sanitaires depuis 2011 ; (iii) la fièvre jaune pour laquelle le Congo fait partie des pays de la ceinture épidémique ; (iv) la coqueluche dont quelques cas ont été rapportés dans la Likouala et la Lékoumou en 2010 et 2011.
- **Traumatisme et accidents de la voie publique** : le rapport de situation mondiale de l'OMS de 2015 place le Congo au 16^e rang dans la région africaine avec 1.174 cas de décès.

4.2. Déterminants de la santé

Les nombres d'affections et d'indicateurs de santé sont en lien avec les déterminants ci-dessous :

• déterminants économiques

Malgré les avancées réalisées, le taux de pauvreté économique des ménages au Congo reste préoccupant, puisqu'estimé à 46,5% en 2011. Ce taux est plus élevé en milieu rural (74,8%) qu'en milieu semi-urbain (57,8%) et urbain (Brazzaville avec 29,4% et Pointe-Noire avec 25, 5%). Selon le Rapport National du Développement Humain (RNDH) 2015, l'Indicateur de Développement Humain (IDH) au Congo était de 0,5921 en 2014, le plaçant ainsi à la 144^{ème} position mondiale. Le taux de chômage est d'environ 16,1% en milieu urbain. Dans l'ensemble, plus d'un chômeur sur deux est de sexe féminin (51,9%).

• déterminants sociaux, environnementaux et climatiques

Les déterminants sociaux ont un lien important avec le bien-être de la population. Il en existe plusieurs, parmi lesquels :

l'éducation : le taux d'alphabétisation des jeunes de 15 à 24 ans était de 83,9% chez les femmes contre 88,8% chez les hommes en 2015. Le taux d'enfants atteignant la dernière classe du primaire (ODD 4.1.1) était de 96,3%.

la consommation d'alcool, de tabac et de drogues : selon l'ECOM2, le pourcentage de personnes de 15 à 49 ans ayant consommé au moins une boisson alcoolisée durant le mois dernier était de 61,7% chez les hommes et de 47% chez les femmes (MICS 2014-2015). Dans la population âgée de moins de 15 ans, la consommation d'alcool est de 7,7% chez les filles et 14,3% chez les garçons. Par ailleurs, le taux de prévalence du tabagisme dans la population générale est de 8%. La consommation de tabac dans la tranche 15-49 ans est de 2,7% chez les femmes et de 18,7% chez les hommes alors qu'elle est de 4,5% chez les garçons et 0,7% chez les filles⁸ de 15 ans. Selon la cartographie établie par le CNLS⁹, 432 consommateurs de drogues injectables ont été recensés en 2017 dans cinq localités notamment Brazzaville, Pointe Noire, Dolisie, Pokola et Ouesso. Dans le service de psychiatrie du CHU de Brazzaville en 2017, 5,1% des patients avaient fait usage du cannabis.

l'eau, hygiène et assainissement : la persistance des maladies diarrhéiques demeure un problème de santé publique. Elle s'explique par trois facteurs : (i) l'insuffisance des mesures actuelles de protection de captage, de stockage et de distribution de l'eau. En effet, les sources d'eau améliorées que sont l'eau du robinet est utilisée par 50% des ménages à Brazzaville et 66% à Pointe Noire, les forages/pompes par 17%, les puits et sources protégés par 12% ; (ii) l'insuffisance des structures appropriées de collecte et de traitement des déchets solides et liquides est incriminée dans la genèse de ces maladies ; (iii) le pourcentage des ménages utilisant des installations sanitaires améliorées non partagées est de 23,7%.

7 Registre des cancers de Brazzaville 2016

8 ECOM

9 Cartographie CNLS, 2017

Les menaces que le changement climatique fait peser sur le développement en République du Congo sont faiblement documentées. Les effets du changement climatique qui s'observent au Congo semblent être en rapport avec la modification du calendrier saisonnier dont les conséquences sont la vulnérabilité des zones côtières, la dégradation des sols, les érosions et les inondations consécutives aux crues.

- **genre** : la condition de la femme se caractérise par de nombreuses inégalités telles que 15,9% des femmes étaient classées dans le quintile le plus pauvre (MICS 2014-2015), la faible représentativité des femmes dans les sphères de décision, le faible taux d'accès aux services sociaux de base, la surcharge de travail de la femme, la persistance des actes de violences impunis à l'égard des femmes, le poids des us et coutumes rétrogrades liés à la méconnaissance par les femmes de leurs droits, le faible niveau d'instruction et le faible développement de la santé maternelle, l'accès limité aux ressources et moyens de production, le fort taux de mortalité maternelle (436 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2015), la forte prévalence du VIH/SIDA chez les femmes (4,1 contre 2,1 chez les hommes, d'après l'Enquête de Séroprévalence et Indicateurs du Sida de 2009).

V. PROFIL DU SYSTEME DE SANTE

5.1. Organisation du système de santé

- **Organisation administrative**

Le décret n° 2018/268 du 2 juillet 2018 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Population structure le système en trois niveaux : (i) le niveau central, niveau stratégique, représenté par le cabinet du Ministre de la Santé et de la Population, les directions générales, les directions rattachées au cabinet et les structures sous-tutelles ; (ii) le niveau intermédiaire, représenté par les directions départementales en charge de la santé et de la population et les inspections départementales de la santé et (iii) le niveau périphérique, niveau opérationnel est représenté par les districts sanitaires subdivisés en aires de santé.

- **Organisation de l'offre des services et soins de santé**

Le système de l'offre de soins et services de santé comprend le secteur public et le secteur privé.

- ✓ **Secteur public**

Les structures publiques de soins sont organisées en trois échelons :

a. le premier échelon : il est représenté par 597 établissements sanitaires de premier contact dont 232 postes de santé et 334 centres de santé intégrés. Par ailleurs, d'autres Ministères et entreprises disposent de centres médico-sociaux pour la prise en charge de leurs travailleurs. Le Congo dispose de deux types de CSI : (i) le CSI à Paquet Minimum d'Activités Standards (PMAS) qui offre les services de base incluant les activités curatives, préventives et promotionnelles et (ii) le CSI à Paquet Minimum d'Activités Elargi (PMAE) qui offre, en plus, les soins d'accouchements et/ou de chirurgie.

b. le deuxième échelon : il représente le premier niveau de référence. L'hôpital de district constitue le 2^{ème} niveau de soins. Le pays compte 31 hôpitaux de districts ou hôpitaux de base fonctionnels au lieu de 52, pour être en cohérence avec le découpage sanitaire actuel.

Les hôpitaux de district offrent le paquet complémentaire d'activités (PCA) qui comprend : (i) les consultations externes (ORL, stomatologie, ophtalmologie), (ii) les consultations de référence (patients référés des services de santé), (iii) les hospitalisations (médecine, pédiatrie, chirurgie et gynéco-obstétrique), (iv) les urgences médico-chirurgicales de base et (v) les explorations paracliniques de base (laboratoire et imagerie).

Les hôpitaux de district sont caractérisés par un certain nombre de dysfonctionnements parmi lesquels : la faiblesse dans la gestion et l'administration, la faible intégration des hôpitaux de district dans les activités de leurs districts sanitaires respectifs, l'insuffisance et/ou l'obsolescence des équipements médico-techniques, la vétusté des infrastructures et une insuffisance qualitative et quantitative du personnel.

c. le troisième échelon : il représente le deuxième niveau de référence. Le pays compte 8 hôpitaux généraux, 3 à Brazzaville, 2 à Pointe-Noire, 1 à Dolisie, 1 à Owando et 1 à Oyo. La qualité des soins offerts par ces hôpitaux n'est pas optimale et reste préoccupante. En plus des 8 hôpitaux, 12 autres hôpitaux généraux sont en construction dans les chefs-lieux de départements.

En outre, il existe 7 structures sous tutelle d'appui au diagnostic et au traitement que sont : le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels et des Produits de Santé (CAMEPS), les 2 centres de traitement ambulatoire du VIH/Sida (CTA), les 2 centres ambulatoires de traitement de la tuberculose (CAT) et le Centre National de Référence de la Drépanocytose.

Les autres établissements d'appui au traitement sont constitués de : (i) un laboratoire de référence appelé « Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) », (ii) un centre de référence national de la drépanocytose (CNRD) « Maman Antoinette SASSOU N'GUESSO », (iii) deux Centres de Traitement Ambulatoire pour la prise en charge

des personnes vivant avec le VIH et (iv) 12 Centres Antituberculeux localisés en majorité dans les chefs-lieux des départements (en dehors de celui du département de la Cuvette, localisé hors chef-lieu).

✓ Secteur privé

Après la libéralisation décidée en 1988, le secteur sanitaire privé s'est développé avec la croissance d'établissements privés de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie, infirmeries privées). Aussi, on y retrouve les mêmes agents évoluant dans le secteur public, avec pour effet l'absence du personnel soignant dans les structures publiques. L'essentiel des structures sanitaires privées ne disposent pas d'homologation, résultat de la faible régulation du secteur. Cette situation s'ajoute à celle de l'implantation anarchique des structures de santé privées.

5.2. Performances du système de santé

5.2.1. Gouvernance, pilotage et leadership

Il existe un cadre institutionnel formel pour la régulation du système de santé. Toutefois, de multiples difficultés subsistent encore au sein de celui-ci. A titre illustratif, on note la caducité, l'inadéquation et l'absence de textes appropriés dans le secteur de la santé. C'est le cas de plusieurs textes régissant certains programmes de santé et certaines structures sous tutelle telles que le Laboratoire National de Santé Publique et le Centre National de Transfusion Sanguine.

Le district sanitaire, qui est l'unité opérationnelle de mise en œuvre de toutes les politiques de santé, présente des faiblesses du fait du manque de ressources humaines, financières, logistiques (moyens roulants) et techniques (normes, procédures et système d'information sanitaire).

Les capacités nationales du secteur en matière de planification stratégique et opérationnelle, du suivi et évaluation, de l'organisation des revues sectorielles ainsi que de la redevabilité restent encore faibles à tous les niveaux.

Du point de vue de la coordination des interventions sanitaires, le cadre de dialogue sectoriel, le Comité de coordination inter-agences (CCIA), les organes de mise en œuvre du PNDS (Comité de Pilotage du PNDS et Comité Technique de Suivi - CTS/PNDS), n'ont pas fonctionné de façon optimale depuis 2011.

En sus de la loi sur la décentralisation, le Ministère en charge de la santé et celui en charge de la décentralisation ont signé un arrêté découpant le territoire en 52 districts sanitaires. Cependant la mise en œuvre effective de cette approche qui confère aux collectivités locales la gestion des structures de base (les centres de santé et les hôpitaux de district) est retardée du fait de l'absence de textes d'application.

Sur le plan de la multisectorialité des interventions sanitaires, des progrès importants restent encore à accomplir par le pays, notamment dans le volet de la promotion de la santé à travers la mise en œuvre de l'approche **« santé dans toutes les politiques »** afin de vulgariser les comportements et attitudes favorables à la santé.

Sur le plan de la planification, plusieurs observations traduisent les limites et les faiblesses en la matière. Ainsi, plusieurs périodes ont été gérées en l'absence d'un cadre de référence clair, partagé par l'ensemble des acteurs du secteur santé. Par ailleurs, plusieurs cadres stratégiques ont été mis en place, dictés par les spécificités de divers programmes, projets et autres interventions, d'où l'impérieuse nécessité d'une loi d'orientation en matière de santé.

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

5.2.2. Financement de la santé

Selon les comptes de la santé de 2012 à 2015, la dépense courante du Gouvernement par habitant est de 16.380 FCA (30 dollars US). Le taux d'exécution du budget de santé était de 32% en 2015. Ce faible taux d'exécution ne parvient pas être expliqué.

La dépense totale en santé a été relativement constante. Rapportée au PIB, elle a évolué de 3% en 2012 à 4% en 2015. La dépense totale par habitant est estimée à 39.736 FCFA (72 dollars US). Au Congo, celle-ci avait même dépassé la norme de dépense totale par habitant, recommandée aux Etats par la Commission de macroéconomie et de santé pour l'atteinte des OMD (46 USD par habitant). Les sources de financement de la santé en 2015 étaient : (i) l'administration publique avec 46,50%, (ii) les ménages avec 31,25% et (iii) l'aide internationale (20, 75%).

Si l'on tient compte de la dépense totale en santé, le Congo devrait enregistrer des résultats meilleurs que ceux atteints dans le cadre des OMD. Le paiement direct par les ménages représente 32% des dépenses courantes en santé. La part du paiement direct dans la dépense totale de santé avait dépassé la limite supérieure (20%) au-delà de laquelle l'incidence des difficultés financières est qualifiée de catastrophique. Il existe des initiatives de gratuités en cours de mise en œuvre dans le pays, c'est le cas de la gratuité du traitement du paludisme, du Sida, de la tuberculose, de la césarienne et des autres interventions obstétricales majeures. Afin d'y faire face, le pays a initié le processus de mise en place du régime d'assurance maladie universelle depuis 2014, qui n'est pas encore opérationnel.

Le secteur privé formel (notamment les compagnies d'assurances) a mis en place les mécanismes d'assurance maladies.

Il se pose donc plusieurs problèmes dans la distribution et dans l'utilisation efficiente des fonds. Parmi ces problèmes, on peut citer : (i) l'inadéquation dans l'allocation des ressources (financières et humaines) entre les structures stratégiques et celles du niveau opérationnel du système.

A titre illustratif, selon les comptes de la santé de 2012-2015, les districts sanitaires qui offrent les soins de santé primaires (SSP) ne bénéficient que de moins de 5% du budget du secteur santé, alors que les hôpitaux généraux et le niveau central qui ne gèrent pourtant que 10 à 15% des problèmes de santé absorbent à eux seuls plus de 60% de ce budget.

5.2.3. Ressources humaines en santé

Le Ministère de la Santé et de la Population a procédé au cours de ces deux dernières années à la production de certains outils de pilotage et d'aide à la décision au nombre desquels les annuaires statistiques et la carte sanitaire.

Les données sur les ressources humaines en santé contenues dans les annuaires des statistiques sanitaires révèlent que le Congo compte 5.715 personnels soignants dont 544 médecins, 921 sages-femmes et 4.250 infirmiers pour 4.936.184 habitants. Le ratio quantité-effectif est de 1,1 médecin pour 9.074 habitants, 1,9 sage-femme pour 5.360 femmes en âge de procréer et 8,6 infirmier pour 1.161 habitants. Etant donné que les normes OMS sont de 1 médecin pour 10.000 habitants, 1 infirmier pour 10.000 habitants et 1 sage-femme pour 5.000 femmes en âge de procréer, nous pouvons déduire qu'il y a une inégale répartition des effectifs des infirmiers et des médecins. Toutefois, s'agissant des sages-femmes, nous notons un déficit en effectifs.

La formation des ressources humaines en santé est assurée par la Faculté des Sciences de la Santé pour les médecins, les techniciens de laboratoire et les techniciens de santé publique, les licenciés en sciences infirmières et sages-femmes et dans les quatre écoles paramédicales et médico-sociales pour les infirmiers et sages-femmes et laborantins.

Depuis 2012, le gouvernement s'est engagé dans un vaste programme de formation des médecins et autres professionnels de la santé à l'étranger (Cuba, Chine, Maroc, Russie, Turquie, etc.) compte-tenu de l'insuffisance de l'offre de formation nationale. Les premières promotions sont attendues pour 2020.

5.2.4. Approvisionnement en médicaments, réactifs et vaccins

5.2.4.1. Médicaments, réactifs et autres consommables

Les médicaments sont distribués au Congo selon deux circuits. Le circuit public approvisionne les formations sanitaires publiques et les formations sanitaires privées à but non lucratif. Il s'articule autour d'une centrale d'achat des médicaments essentiels. Le circuit privé se charge des formations sanitaires privées à but lucratif.

Les expériences malheureuses de la Centrale Nationale d'Achats de Médicaments, vaccins et consommables médicaux essentiels (CENAMES) et de la Congolaise de Médicaments Essentiels Génériques (COMEG) qui étaient des associations à but non lucratif, ont conduit le Gouvernement à créer en 2016, un établissement public à caractère industriel et commercial : la Centrale d'achats des Médicaments Essentiels et des Produits de Santé (CAMEPS) pour l'approvisionnement des formations sanitaires publiques et privées à but non lucratif. La CAMEPS a démarré ses activités en août 2017.

Selon une étude réalisée en 2015 sur la disponibilité et le prix des médicaments, le médicament générique vendu au Congo coûte 7 fois plus cher que son prix de référence international. Les prix des médicaments varient selon le niveau des formations sanitaires, selon le département et même entre formations sanitaires de même niveau ou du même département. La production locale est quasi inexistante au Congo. Elle se limite à la production de solutés massifs (sérums glucosés à 5% et chlorure de sodium à 0,9%). Quant aux fluides et gaz médicaux, la société Air Liquide est la seule à en produire pour l'usage des formations sanitaires.

Le Congo est classé par l'OMS parmi les 30% des pays de la région africaine à faible capacité réglementaire (autorisation des établissements, homologation, inspection, contrôle de la promotion et de la publicité, pharmacovigilance, contrôle qualité, surveillance après commercialisation et essais cliniques).

5.2.4.2. Produits sanguins labiles

La distribution des produits sanguins sur le territoire national se fait grâce à un réseau de 36 postes de transfusion sanguine. La couverture du pays en structures de transfusion sanguine relativement satisfaisante à Brazzaville et Pointe Noire, est encore insuffisante dans le reste du territoire. Le taux de couverture y est en effet d'environ 35%. Selon le rapport de l'OMS sur l'étude des coûts des soins obstétricaux néonataux d'urgence de 2009, le sang sécurisé ne répondait qu'aux besoins de 10% des formations sanitaires.

5.2.4.3. Vaccins

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) s'approvisionne à travers un circuit officiel d'approvisionnement et de distribution/collecte qui commence par l'UNICEF et se termine dans les centres fixes de vaccination localisés dans les centres de santé intégrés, en passant par le dépôt du PEV central et les directions départementales de la santé.

5.2.5. Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Le Congo dispose d'un système d'information sanitaire organisé autour des trois niveaux de la pyramide sanitaire. Cependant, à ce jour, celui-ci ne fonctionne pas de manière efficace. L'information sanitaire existe au niveau des formations sanitaires mais le système ne parvient pas encore à la collecter et la transcrire à travers un système informatisé. Toutefois, certains programmes et projets y parviennent mais de façon ciblée et cloisonnée.

5.2.6. Prestations des soins et services de santé

5.2.6.1. Utilisation des services curatifs

Le taux d'utilisation des services de santé est relativement faible selon l'ECOM 2011-2012¹⁰. Ce taux varie d'un département à l'autre, avec plus de 30% dans la Lékoumou, la Cuvette, le Pool et la Likouala, 17% dans la Sangha, 19% dans le Kouilou et 20% dans les Plateaux. En moyenne, il est de 24% (0,24 consultations/habitant et par an). Ceci veut dire qu'en moyenne, un Congolais utilise les services de santé une fois tous les 4 ans.

- **Organisation des soins de santé primaires**

Toutes les composantes des soins de santé primaires tant préventifs, curatifs que promotionnels sont offertes à travers le Paquet Minimum d'Activités dans les CSI et le Paquet Complémentaire d'Activités dans les hôpitaux de district qui constituent les deux échelons des soins du district sanitaire.

- **Couverture sanitaire du pays**

Le pays a été découpé en 52 districts sanitaires suivant l'arrêté n°5369 du 2 août 2017 portant découpage des districts sanitaires. Toutefois, le Congo ne dispose que de 31 hôpitaux de base dont deux (2) construits dans le district sanitaire de Makélékélé (hôpital de base de Makélékélé et hôpital de base Raymond Poaty), dégageant ainsi un gap de 22 hôpitaux de base pour les 22 districts sanitaires non pourvus.

A ce jour, la carte sanitaire nationale n'a pas déterminé le nombre d'aires sanitaires dont dispose le pays. Il n'est donc pas possible de dégager les besoins en termes de CSI. Le processus de rationalisation des districts sanitaires en cours devrait permettre de définir les normes et le nombre de structures sanitaires dans les différentes aires de santé.

- **Offre des prestations au premier échelon**

Le CSI, premier niveau de contact de la population avec le système de soin est le niveau de base du système. Le Congo dispose de deux types de CSI : (i) le CSI à Paquet Minimum d'Activités Standards (PMAS) qui offrent les services de base incluant les activités de consultation curative, consultation prénatale, consultation préscolaire, les activités promotionnelles et le planning familial ; (ii) le CSI à Paquet Minimum d'Activités Elargi (PMAE) qui offre en plus des examens de laboratoires, les services d'accouchement et de chirurgie.

Durant les 5 dernières années, il n'y a pas eu d'évaluation des prestations sanitaires (disponibilité, qualité des services, capacité opérationnelle) au niveau national. L'évaluation de la situation sanitaire conduite en 2012 avait relevé qu'en dehors de la vaccination, les autres activités des CSI sont caractérisées par des faibles indicateurs de fréquentation. La même observation a été soulignée dans le rapport de la revue de 2018 qui souligne qu'en dehors des formations sanitaires des 21 districts sanitaires qui bénéficient de l'appui des partenaires (Banque mondiale et Alliance Gavi) les autres districts sanitaires présentent des performances faibles en matière d'offre des soins de santé primaires.

Sur les 334 CSI, 270 (80%) disposent d'un centre fixe de vaccination parmi lesquels 172 (64%) disposent d'une chaîne du froid fonctionnelle.

10 Deuxième enquête congolaise auprès des ménages pour le suivi et l'évaluation de la pauvreté, 2011 (ECOM 2011)

- **Offre des prestations au deuxième échelon**

L'hôpital de district constitue le 2^e niveau de soins. Le pays en compte 31 répartis dans 11 départements. Les besoins en hôpitaux de districts pour couvrir les 52 districts sanitaires sont de 22.

Les hôpitaux de district offrent le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) qui comprend la prise en charge des patients référés par les centres de santé, la prise en charge des urgences médico-chirurgicales de base, la prise en charge des urgences néonatales, obstétricales et gynécologiques de base, l'hospitalisation dans les quatre spécialités de base (médecine, chirurgie, pédiatrie et gynéco-obstétrique), la prise en charge des urgences stomatologiques, oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciales de base, les explorations biologiques et radiologiques de base et le stockage ainsi que la dispensation des médicaments et produits de santé essentiels.

Les hôpitaux de district sont caractérisés par un certain nombre de dysfonctionnements : la faiblesse dans la gestion et l'administration, la faible intégration des hôpitaux de district dans les activités de leurs districts sanitaires respectifs, l'insuffisance et/ou l'obsolescence des équipements médico-techniques, la vétusté des infrastructures et une insuffisance qualitative et quantitative du personnel.

- **Offre des prestations au troisième échelon**

Les soins et services spécialisés sont assurés dans les hôpitaux généraux (HG) qui constituent le 3^e échelon.

Le pays compte 7 HG fonctionnels, 2 à Brazzaville, 2 à Pointe-Noire, 1 dans le Niari et 2 dans la Cuvette. Douze autres HG sont en construction dont un par département. Le degré de fonctionnalité de ces hôpitaux n'est pas connu car aucune étude n'a été réalisée à ce sujet. Seuls les services d'urgences médico-chirurgicales, de gynéco-obstétrique, de pédiatrie, de stomatologie, de radiologie conventionnelle et numérisée, d'échographie et panoramique dentaire sont disponibles dans les 7 hôpitaux. Pour les autres services, la disponibilité n'est pas satisfaisante. La qualité des soins offerts par les HG à l'exception de l'HG Edith Lucie Bongo Ondimba d'Oyo est préoccupante eu égard à l'état de délabrement de leurs plateaux techniques.

Le réseau d'établissements de transfusion sanguine est constitué d'un Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) basé à Brazzaville et de 4 centres interdépartementaux de transfusion sanguine, respectivement à Pointe-Noire, Dolisie, Brazzaville et Owando qui approvisionnent les 36 postes de transfusions sanguines.

Les autres établissements d'appui au traitement sont constitués de : (i) un laboratoire de référence appelé « Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) », (ii) un centre de référence national de la drépanocytose (CNRD) « Maman Antoinette SASSOU N'GUESSO », (iii) deux Centres de Traitement Ambulatoire pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et (iv) 12 Centres Antituberculeux localisés en majorité dans les chefs-lieux des départements (en dehors de celui du département de la Cuvette localisé hors chef-lieu). Le réseau privé compte 195 structures dont 12 cliniques, 16 Centres Médicaux Sociaux et 50 cabinets médicaux.

- **Référence et contre référence**

La référence et la contre référence ne sont pas suffisamment régulées. Ainsi, les malades utilisent même les formations sanitaires du niveau tertiaire pour résoudre des problèmes de santé qui peuvent trouver solution dans les centres de santé intégrés. Cette situation accentue l'inefficacité dans l'utilisation des ressources existantes et ne crée pas les conditions favorables à la continuité des soins.

- **Médecine traditionnelle**

Le pays compte 51 centres de médecine traditionnelle. L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de santé obéit aux recommandations de l'OMS.

VI. PROBLEMES PRIORITAIRES

Au terme de l'analyse de la situation sanitaire, il ressort que la République du Congo a fait des progrès non négligeables en termes d'amélioration de la santé de la population. Cependant l'état de santé de la population congolaise reste globalement peu satisfaisant. Cette situation se traduit par : (i) la persistance du niveau élevé de la mortalité maternelle ; (ii) le niveau élevé de la mortalité néonatale, infantile et juvénile ; (iii) la fréquence élevée des comportements à risque chez les adolescents et les jeunes, (iv) la mortalité élevée liées aux maladies transmissibles ; (v) la prévalence croissante des maladies non transmissibles ; (vi) la persistance des maladies tropicales négligées et (vii) la vulnérabilité élevée des populations faces aux épidémies, catastrophes et autres urgences sanitaires.

Au terme d'un exercice participatif de construction des arbres à problème et des arbres à solution, des causes immédiates des problèmes identifiés sont les suivantes :

1. insuffisance qualitative et quantitative de l'offre des services de santé à travers le pays

Cette situation est due entre autres à : (i) l'insuffisance de la couverture du pays en formations sanitaires rationalisées, (ii) l'inadéquation des plateaux techniques des formations sanitaires à tous les niveaux du système de santé, (iii) l'insuffisance des ressources humaines à la fois sur le plan de la quantité, de la qualité et de leur répartition sur le territoire national, (iv) les ruptures fréquentes en médicaments dans les formations sanitaires, (v) une gestion inefficace des ressources du secteur de la santé et (vi) les faibles capacités à générer l'information sanitaire de qualité.

2. sous-utilisation des soins et services de santé par la population

Elle s'explique par : (i) la faiblesse de l'offre à la fois sur le plan de la qualité et de la quantité, (ii) le coût élevé des soins et services de santé, (iii) une gestion peu efficace des mécanismes de gratuité mis en place par le gouvernement, (iv) l'inexistence des mécanismes d'assurance maladie d'envergure nationale, (v) la faiblesse de la communication pour le changement social et comportemental et (vi) la faible appropriation des problèmes de santé par les acteurs communautaires.

3. environnement peu favorable à l'amélioration de la santé de la population

Cette situation est due : (i) aux conditions d'hygiène et d'assainissement peu satisfaisantes, (ii) à l'insuffisance dans l'approvisionnement de la population en eau potable, (iii) au taux de pauvreté qui demeure encore élevé, (iv) à l'adoption par la population de modes de vie et d'habitudes alimentaires à risque pour la santé, (v) à une faible implication des autres secteurs dans l'amélioration de la santé de la population (faible implication dans l'approche de la « santé dans toutes les politiques » et (vi) à la faible promotion de la redevabilité à tous les niveaux du secteur de la santé.

4. préparation et gestion inadéquates des épidémies et des catastrophes

La prévention et la gestion des épidémies, catastrophes et autres urgences de santé sont règlementées par les textes en vigueur. Ces derniers décrivent l'organisation et la mise en œuvre des différentes interventions sur le terrain à différents niveaux (central, départemental et districts sanitaires). La préparation et la riposte font appel à l'intersectorialité (Ministères de l'Intérieur, des Finances, Affaires Sociales, Tourisme, Communication, etc.) ainsi qu'au partenariat bi et multilatéral.

Malgré ces dispositions organisationnelles et l'existence d'un plan national de riposte, la récente évaluation de l'OMS, Evaluation externe conjointe (JEE) réalisée en 2018 sur la menace d'importation de la maladie hémorragique à virus Ebola montre que le Congo n'est pas suffisamment préparé.

Celle situation est due à : (i) l'insuffisance des textes, (ii) la faible coordination intersectorielle, (iii) la non sécurisation des financements prévus par l'OMS pour les urgences et les catastrophes, (iv) le non positionnement des médicaments et intrants, (v) les faibles capacités des laboratoires dans la confirmation des épidémies, (vi) l'inexistence d'un plan intégré de communication, (vii) l'insuffisance des ressources humaines formées à la gestion des épidémies et catastrophes, (viii) la faible implication des communautés et des formations sanitaires privées dans la surveillance intégrée des maladies et la riposte (SIMR) et (ix) l'irrégularité dans la production du bulletin épidémiologique hebdomadaire.

VII. VISION, PRINCIPES, VALEURS

7.1. Vision

La Politique Nationale de Santé a pour vision de doter le Congo d'un système de santé performant, résilient et à même de garantir l'accès universel à des services de santé de qualité et à garantir aux populations un état de santé optimal pour soutenir durablement la croissance et le développement du pays.

7.2. Principes

Cette vision est guidée par neuf principes à savoir :

- un leadership fort ;
- une redevabilité ;
- une gestion axée sur les résultats ;
- une efficacité et une efficience du système ;
- la décentralisation ;
- le respect des engagements internationaux notamment l'ODD n°3 ;
- la participation et l'appropriation communautaire ;
- un partenariat renforcé, diversifié et dynamique ;
- l'intersectorialité

7.3. Valeurs

Cette vision est soutenue par les valeurs d'équité, de justice sociale, de solidarité nationale, de pérennité, d'éthique, de rigueur, de transparence et de démocratie.

VIII. BUT ET OBJECTIFS

8.1. But

Le but de la Politique Nationale de Santé est de permettre à toute la population congolaise de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

8.2. Objectif général

L'objectif général est d'améliorer la santé de la population en lui assurant d'ici 2030, un accès universel aux soins de santé intégrés, continus et centrés sur la personne.

8.3. Cibles à l'horizon 2030

1. La mortalité maternelle est réduite de 436 à 300 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes ;
2. La mortalité infanto-juvénile est réduite de 52 à 20 décès pour 1.000 naissances vivantes ;
3. La mortalité liée aux maladies transmissibles est réduite de 20% ;
4. La prévalence des facteurs de risque des maladies non transmissibles est réduite de moitié ;
5. La prévalence des comportements à risque chez les adolescents et chez les jeunes est réduite de moitié ;
6. La vulnérabilité des populations face aux épidémies, catastrophes et autres événements de santé est réduite de moitié ;
7. La moitié de la population congolaise est protégée contre le risque financier lié au paiement des soins et services de santé.

IX. ORIENTATIONS STRATEGIQUES

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé repose sur la promotion de la couverture universelle en santé à travers les orientations stratégiques suivantes :

Orientation stratégique 1 : renforcement de la gouvernance, du pilotage et du leadership du secteur

Les principales actions qui seront menées dans le cadre de cette orientation stratégique sont :

- l'amélioration du cadre juridique et normatif pour un fonctionnement cohérent et harmonieux du système de santé,
- l'amélioration de l'équité dans la répartition des ressources financières entre les différents niveaux du système de santé,
- le renforcement de la transparence et de l'obligation de rendre compte par la mise en place de la plateforme de redevabilité et de responsabilité,
- le renforcement de la planification, du suivi et évaluation des politiques, plans programmes et projets sectoriels à tous les niveaux du système de santé, de la recherche et de l'innovation,
- la mise en place et le suivi du fonctionnement des organes délibérants et consultatifs indiqués pour les hôpitaux généraux, les établissements sous tutelle et les hôpitaux de districts,
- le renforcement du dialogue politique en santé et de la coordination du système de santé à tous les niveaux ,
- la mise en place de la gestion axée sur les résultats à tous les niveaux du système de santé,
- la promotion du financement basé sur la performance,
- la mise en œuvre de réformes sectorielles, structurelles et fonctionnelles à tous les niveaux du système de santé en vue d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle,
- la promotion du partenariat et de la multisectorialité,
- le renforcement de l'approche « La Santé dans toutes les Politiques » en vue d'agir efficacement sur les déterminants de la santé,
- le renforcement des mécanismes d'inspection et de contrôle financier à tous les niveaux du système de santé,
- l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacé dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières allouées à la santé,
- la mise en place de réformes relatives à la gestion des finances publiques incluant le budget-programme dans le secteur de la santé pour accélérer les progrès vers la CSU,
- l'allègement des mécanismes de décaissement des fonds publics alloués au secteur santé,
- le développement des mécanismes alternatifs et innovants de financement en faveur de la santé (taxation de certains biens et services),
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de développement des ressources humaines prenant en compte la formation, le recrutement, la répartition équitable du personnel de santé, la motivation, la rétention et la gestion des carrières,
- le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé en vue de la Couverture Sanitaire Universelle incluant l'accroissement du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé et de la dépense totale de santé, l'accroissement de la part des ressources domestiques dans le budget de l'Etat consacré à la santé, la mise en place de mécanismes de protection contre le risque financier qui prendront en compte les initiatives de gratuité en cours de mise en œuvre ainsi que la promotion des achats stratégiques dans le secteur de la santé,
- la mobilisation du financement de la vaccination, des initiatives de gratuité ainsi que de l'achat des médicaments essentiels génériques, réactifs, consommables et autres produits de santé,
- le renforcement de l'efficacité dans l'affectation et la gestion des ressources financières.

Orientation stratégique 2 : amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité

Cette stratégie sera mise en œuvre à travers les principales actions suivantes :

1. Actions relatives à l'amélioration de l'offre et la qualité des services

L'amélioration de l'offre et la qualité des services de santé se fera par : (i) le développement des soins de santé primaires centrés sur la personne à travers la revitalisation du district sanitaire en vue d'offrir le paquet de service essentiels de qualité et à moindre coût aux populations avec leur participation ; (ii) l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique hospitalière. Celle-ci redéfinira entre autre les missions, l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux à tous les niveaux du système de santé ainsi que la composition de leurs plateaux techniques et les critères de qualité des soins ; (iii) la mise en place d'un réseau national de laboratoires pour l'appui au

diagnostic, (iv) de l'amélioration de la disponibilité des médicaments et autres produits de santé dans les formations sanitaires et (v) de l'instauration de l'approche « pangouvernementale » pour atteindre les populations inaccessibles dans les départements fragiles sur le plan sanitaire.

Pour ce faire, un certain nombre d'actions seront entreprises parmi lesquelles :

- l'élaboration de la carte sanitaire et l'extension de la couverture sanitaire nationale en vue de rapprocher géographiquement l'ensemble de la population des soins de santé de base de qualité. Cette action inclura le découpage de tous les districts sanitaires en aires de santé et la construction des centres de santé intégrés dans les aires sanitaires qui n'en possèdent pas,
- la mise en place d'outils et de directives pour l'amélioration de la qualité des soins et services de santé centrés sur la personne et l'usage des technologies sanitaires,
- le renforcement de la contribution du secteur privé à l'offre de soins et services de santé,
- l'élaboration de normes sur les ressources (matérielles, financières et humaines), l'organisation et le fonctionnement des districts sanitaires prenant en compte à la fois les centres de santé intégrés, l'hôpital de district et l'équipe cadre du district sanitaire,
- la poursuite des travaux de construction des 12 hôpitaux généraux, la mise à niveau des hôpitaux généraux existants, la réhabilitation et le renouvellement des équipements et matériels médico-techniques des centres de santé intégrés et des hôpitaux de district,
- l'élaboration d'un programme d'accompagnement du processus de décentralisation en matière de santé de base,
- l'amélioration de la disponibilité des médicaments, réactifs, dispositifs médicaux, vaccins et produit sanguins de qualité à travers :
 - ✓ le renforcement de la réglementation pharmaceutique nationale,
 - ✓ le renforcement de la chaîne d'approvisionnement, de stockage et de distribution des médicaments, réactifs, vaccins et produits sanguins,
 - ✓ la promotion de la production locale des médicaments,
 - ✓ la sécurisation du financement des médicaments, réactifs, dispositifs, vaccins et produits sanguins, l'usage rationnel des médicaments et autres produits médicaux,
 - ✓ la mise en place des stratégies de lutte contre la résistance aux antibiotiques,
 - ✓ la mise en place d'un système d'assurance qualité des médicaments et produits médicaux,
 - ✓ l'encadrement de la production et de l'utilisation des médicaments issus du patrimoine traditionnel,
 - ✓ la lutte contre les contrefaçons de médicaments.

2. Actions relatives à l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune

Les programmes de santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune seront renforcés en vue d'accroître la disponibilité des services relatifs, leur qualité et leur utilisation à tous les niveaux du système de santé à travers :

- la mise en œuvre du plan de repositionnement de la planification familiale,
- le renforcement de la qualité du suivi de la grossesse et du suivi post-natal de la femme,
- la promotion de l'accouchement propre et de qualité,
- l'augmentation de la couverture du pays en formations sanitaires offrant les soins obstétricaux néonataux d'urgence de qualité,
- l'amélioration de la qualité de la consultation curative de l'enfant,
- l'amélioration de l'offre des services de vaccination, de supplémentation en vitamine A et du déparasitage systématique,
- l'amélioration de l'état nutritionnel,
- l'augmentation de la couverture du pays en centres de santé scolaire et universitaire,
- le renforcement de la prévention des grossesses précoces et non désirées,
- le renforcement de la prévention des comportements à risque.

Orientation stratégique 3 : sécurité sanitaire et gestion des situations d'urgences selon l'approche englobant l'ensemble des menaces

Cette orientation stratégique sera mise en œuvre conformément aux dispositions du RSI à travers les actions suivantes :

1. Pour la gestion des épidémies :

- actualisation du plan national de prévention, préparation, détection rapide et de riposte contre les épidémies,
- pré-positionnement des médicaments et intrants dans tous les départements sanitaires,
- renforcement de la surveillance épidémiologique des maladies et des événements de santé publique à tous les niveaux y compris le niveau communautaire,
- renforcement des capacités de laboratoire pour la surveillance épidémiologique.

2. Pour la gestion des catastrophes et autres évènements de santé :

- élaboration de la cartographie des risques et catastrophes sanitaires,
- élaboration de plans blancs (plans de contingence) dans les hôpitaux,
- organisation d'exercices de simulations de la riposte,
- renforcement de l'hygiène en milieu sanitaire.

Orientation stratégique 4 : promotion de la santé de la population

Les principales actions qui seront menées sont les suivantes :

1. Dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles :

- le renforcement des programmes de prévention, de prise en charge, d'élimination et d'éradication des maladies transmissibles,
- la sécurisation du financement relatif à la lutte contre les maladies transmissibles.

2. Dans le cadre de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination :

- l'organisation de campagnes de vaccination et semaines africaines de la mère et de l'enfant,
- le renforcement du PEV de routine dans toutes les formations sanitaires du 1^{er} échelon tant publiques que privées,
- l'intégration de nouveaux vaccins dans les PEV de routine,
- la mise en œuvre effective de la stratégie « atteindre chaque district »,
- le renforcement de la supplémentation en vitamine A et le déparasitage systématique au mebendazole.

3. Dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles :

- le renforcement des programmes de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles et de promotion de la santé mentale,
- l'organisation régulière de journées de pratique des activités physiques individuelles et collectives,
- la promotion des bienfaits d'une alimentation saine,
- la vulgarisation du guide de la Surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) en milieu de soins et dans les communautés,
- la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme,
- la prévention et le dépistage des cancers, notamment celui du col utérin,
- le renforcement de la prévention, le dépistage et la prise en charge de la drépanocytose.

4. Dans le cadre de la lutte contre les maladies tropicales négligées :

- le renforcement des capacités de promotion, de prévention, de riposte et de gestion des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées.

5. Dans le cadre de l'amélioration du cadre et/ou du mode de vie des populations

- le renforcement des programmes de promotion de la santé par l'élaboration de politiques, de lois et de règlements qui visent la réduction des facteurs de risques, la participation et l'engagement des populations en ce sens,
- la promotion de l'approche communautaire dans l'organisation de l'offre de soins et services essentiels dans les aires de santé,
- le renforcement des approches visant à accroître la demande et la redevabilité communautaire,
- le développement et la mise en œuvre de plans de communication pour l'acquisition des comportements favorables à la santé.

X. CADRE DE MISE EN ŒUVRE, DE SUIVI ET EVALUATION

10.1. Cadre de mise en œuvre

Le Premier Ministre, chef du gouvernement, coordonne la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé en se basant sur les cadres légaux, juridiques et administratifs. Cette mise en œuvre de la politique nationale de santé se fera à travers les PNDS. Une fois le PNDS adopté par le gouvernement, les plans stratégiques sous sectoriels seront actualisés afin de les aligner au plan. Cet alignement se fera à la fois en termes de contenu (objectifs, orientations stratégiques, actions, etc.) mais aussi en termes de cycle de planification. Le PNDS sera décliné en plans opérationnels annuels qui seront élaborés et mis en œuvre par toutes les structures du Ministère et à

tous les niveaux du système de santé. A cet effet, le Ministre en charge de la santé est tenu de mettre en œuvre les différentes actions retenues dans les différents plans nationaux de développement sanitaire.

Outre le Ministère en charge de la santé, les autres acteurs et autres parties prenantes à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé sont : (i) les secteurs connexes (autres Ministères et administrations, etc.) ; (ii) les partenaires techniques et financiers (coopération bi et multilatérales) ; (iii) les organismes du système des Nations Unies, (iv) les départements et les collectivités locales ; (v) les organes de participation communautaire (organes de cogestion, comités de santé) ; (vi) les organisations non gouvernementales et la société civile ; (vii) la communauté, (viii) le secteur privé d'offre de soins ; (ix) les ordres professionnels et (x) les sociétés savantes.

10.2. Mécanismes de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de la Politique Nationale de Santé se feront d'une part, à travers le suivi et l'évaluation des différents plans qui en découlent et d'autre part à travers les différents cadres de concertation que sont :

au niveau national :

- ✓ le Conseil national de santé pour le suivi des indicateurs de progrès et d'évaluation de la performance du système de santé et des réformes sanitaires,
- ✓ la réunion des partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur,
- ✓ l'Inspection Générale d'Etat, l'Inspection générale de la Santé et l'Inspection générale des Finances
- ✓ le cadre de partenariat secteur public/secteur privé.

au niveau intermédiaire :

- ✓ les Conseils départementaux et municipaux de santé,
- ✓ l'Inspection Générale d'Etat,
- ✓ le cadre de partenariat secteur public/secteur privé.

au niveau périphérique :

- ✓ les Comités de Gestion de Santé,
- ✓ l'Inspection Générale d'Etat,
- ✓ le cadre de partenariat secteur public/secteur privé.

XI. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Des mesures essentielles doivent être prises par le gouvernement afin d'accompagner la mise en œuvre de la PNS. Ces mesures seront articulées autour de : (i) l'augmentation progressive du financement de la santé pour atteindre le seuil de 15% du budget global de l'Etat conformément aux engagements des chefs d'Etat à Abuja ; (ii) l'identification de financements innovants en faveur de la santé ; (iii) l'amélioration de l'efficacité dans l'affectation et l'utilisation des ressources financières disponibles ; (iv) l'augmentation de la production du personnel de santé et le renforcement de la formation continue ; (v) une répartition équitable des ressources humaines pour la santé, (vi) la mise en œuvre de réformes sectorielles et intersectorielles qui affectent le secteur de la santé ; (vii) la lutte contre la corruption ; (viii) la réduction de la pauvreté ; (ix) la promotion de l'emploi décent et la réduction des inégalités liées au genre, (x) la promotion de l'hygiène, de l'assainissement et des habitudes alimentaires saines ; (xi) l'approvisionnement de la population en eau potable, (xii) la participation des communautés, (xiii) la redynamisation des ordres nationaux des professionnels de la santé et des sociétés savantes ; (xiv) la mise en place de conditions et d'un cadre favorables au développement du secteur privé, (xv) la mise en œuvre de réformes de l'administration publique telle que la décentralisation, la participation des communautés et (xvi) l'implication d'autres secteurs dans l'amélioration de la santé de la population entre autres.

XII .CONDITIONS DE SUCCES DE LA PNS

12.1. Analyse des risques

Certains facteurs peuvent compromettre la mise en œuvre de la PNS. Il s'agit notamment :

- de facteurs politiques : absence de volonté politique, instabilité socio-politique, mauvaise gouvernance,
- de facteurs économiques : crise économique et financière, baisse de l'aide publique au développement, mauvaise utilisation des ressources,
- de facteurs socio-culturels : pauvreté, faible niveau d'éducation, normes sociales,
- de l'insuffisance d'engagement de certaines parties prenantes.

Par ailleurs, la résolution des problèmes de santé est complexe du fait de leur caractère multisectoriel ; la gestion de ces risques se fera avec l'implication de tous les secteurs de la vie nationale.

12.2. Conditions de succès

Le succès de la mise en œuvre de la PNS nécessitera un engagement politique fort et soutenu et une implication des autres secteurs de la vie nationale. Il nécessite également un changement des comportements, le respect de principes directeurs et une adhésion de tous les acteurs. En outre, il faudra une dynamisation des corps de contrôle à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'accroissement au-delà de 30% du financement de la santé pour la promotion de la santé et de la prévention dans le budget global de l'Etat constitue également une condition majeure de réalisation de la politique nationale de santé, ainsi que l'allègement des procédures de la chaîne de dépenses au profit du secteur de la santé.

XIII. PROCEDURES D'ADOPTION ET D'AMENDEMENT DE LA PNS

La présente politique sera adoptée par décret présidentiel.

La décision d'amendement de la PNS est de l'initiative du gouvernement, à travers le Ministère en charge de la santé. Cette décision doit être motivée et endossée par le Conseil des Ministres.





