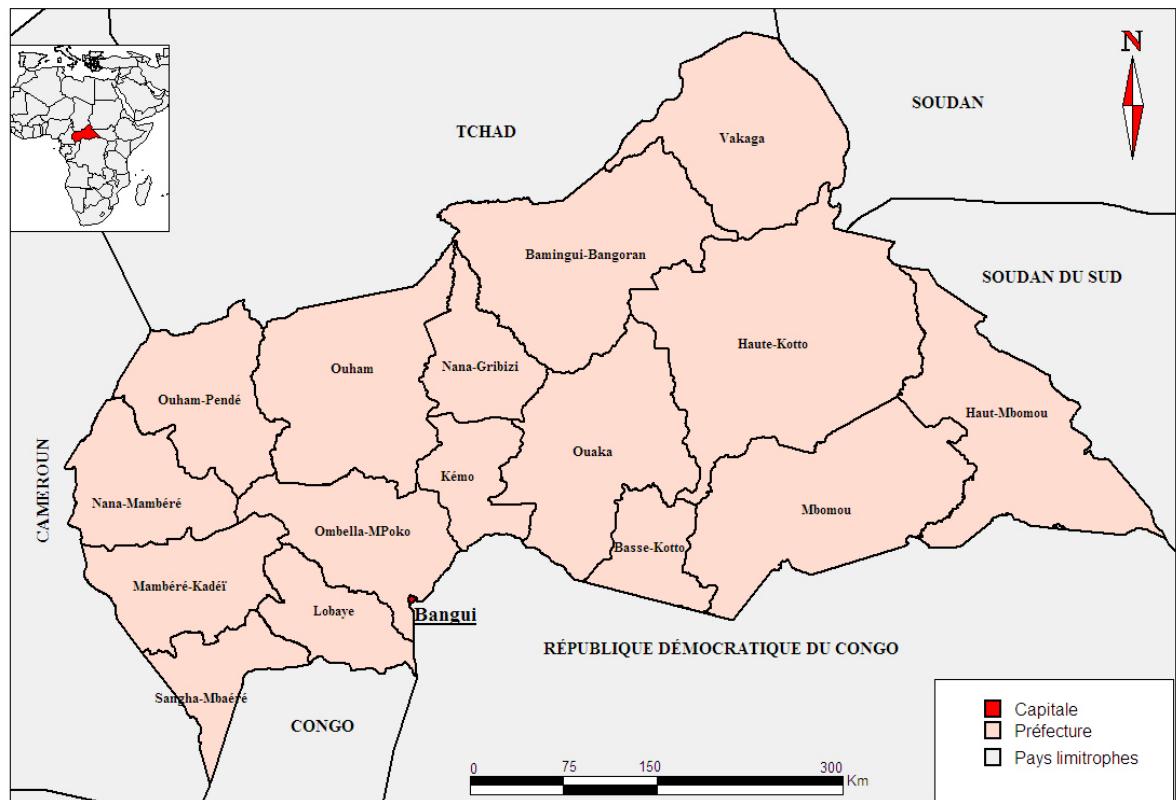




PLAN INTERIMAIRE DU SECTEUR SANTE DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE (2018-2019)



Janvier 2018

Abréviations et acronymes

AH	Assistance Humanitaire
ACT / CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisimine
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AVC	Accident Vasculaire Cérébrale
BAD	Banque Africaine de Développement
BADEA	Banque Arabe de Développement Economique en Afrique
CCIA	Comité de Coordination Inter-Agence
CCSSS	Cadre de Concertation Stratégique du Secteur Santé
COGES	Comité de Gestion
CS	Centre de Santé
DAD	Gestion des Base de Données
DCS	Direction de la Communication en matière de Santé
DEP	Direction des Etudes et de la Planification
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DR	Direction des Ressources
DRS	Ditection de la Région Sanitaire
DS	District Sanitaire
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FMI	Fonds Monétaire International
FOSA	Formation Sanitaire
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunisation
HCR	Haut Commissariat aux Réfugiés
IEC	Information Education Communication
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MILD	Moustiquaire Imprégné d'Insecticide de Longue Durée
MNT	Maladie Non Transmissibles
MPECI	Ministère du Plan, de l'Economie et de la Coopération Internationale
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
MTN	Maladie Tropicale Négligée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PASS	Projet d'Appui au Sytème de Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PSDRH	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PPAC	Plan Pluri-Annel Complet
PPP	Partenariat Public Privé
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
PS	Préfecture Sanitaire
PTF	Partenaire Technique et Financier
PTSS	Plan de Transition du Secteur Santé
PISS	Plan Intérimaire du Secteur Santé
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RCA	République Centrafricaine

RHS	Ressources Humaines en Santé
RSS	Renforcement du Système de Santé
SAV	Semaine Africaine de Vaccination
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SNU	Système des Nations Unies
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
UA	Union Africaine
UCM	Unité de Cession des Médicaments
UE	Union Européenne
UNDAF	Programme de Développement des Agences des Nations Unies
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine
WWF	Fonds Forestier Mondial

Liste des tableaux

Tableau I: Indicateurs de santé environnementale	6
Tableau II : Répartition budgétaire par axe stratégique	34

Préface

Le présent Plan Intérimaire du Secteur Santé 2018-2019 fixent les orientations stratégiques ainsi que les interventions pour le développement du secteur santé dans l'optique de la couverture universelle de la santé.

Ce document concourt à la réalisation de la vision suivante : « *Accès Universel aux soins de santé de base de qualité* ».

Il représente la référence et le cadre de programmatique pour toutes les interventions dans le domaine de la santé en République Centrafricaine pour la période de 2018-2019.

Aussi, chaque acteur dans le système de santé est-il invité à y adhérer et à s'y référer dans toutes interventions de développement sanitaire.

Je tiens à remercier et à féliciter tous ceux qui se sont investis dans l'élaboration de ce document. J'exprime également ma sincère gratitude à tous les Partenaires Techniques et Financiers pour leurs appuis.

Le Ministre de la Santé et de la Population

Dr Pierre SOMSE

TABLE DES MATIERES

Abréviations et acronymes	i
INTRODUCTION.....	3
I. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE EN 2017.....	4
1.1. ASPECTS GÉOGRAPHIQUES, SOCIO POLITIQUES, SÉCURITAIRES	4
1.2. CONTEXTE SANITAIRE	5
1.2.1 État de santé de la population	5
1.2.2 Déterminants de la santé	5
1.2.3 Situation des urgences et catastrophes	7
1.2.4 Offre de soins	8
1.2.5 Gouvernance du système de santé et leadership du Ministère de la Santé	11
II. BILAN DE L'EXÉCUTION DU PTSS 2015-2017 Y COMPRIS LES LEÇONS APPRISES	
13	
2.1 BILAN DES REALISATIONS	13
2.1.1 Axe stratégique 1 : Renforcement du Ministère en charge de la Santé dans ses fonctions de gouvernance	13
2.1.2 Axe stratégique 2 : Mise à disposition du Paquet Minimum d'Activités de Qualité.....	13
2.1.3 Axe stratégique 3 : Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant	14
2.1.4 Axe stratégique 4 : Amélioration de la gestion des urgences et catastrophes	14
2.1.5 Axe stratégique 5 : Amélioration de la lutte contre les maladies	14
2.2 LEÇONS APPRISES	16
III. PROBLÈMES PRIORITAIRES ET LES DÉFIS MAJEURS DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ	16
3.1 VISION	17
3.2 OBJECTIFS	17
3.2.1 Objectif général.....	17
3.2.2 Objectifs spécifiques :	17
3.3 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES SECTORIELS 2018-2019	17
Axe Stratégique 1 : Renforcement du Ministère de la santé dans ses fonctions de leadership et de gouvernance	17
Axe Stratégique 2 : Mise à disposition d'un Paquet Minimum et Complémentaire d'Activités de qualité	19

Axe Stratégique 3 : Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.	21
Axe Stratégique 4 : Amélioration de la Gestion des urgences et catastrophes	23
Axe Stratégique 5 : Amélioration de la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles.....	24
IV. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU PISS 2018-2019	29
4.1 PRINCIPES DIRECTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE.....	29
4.1.1 Intégration.....	29
4.1.2 Obligation liées aux responsabilités (Redevabilité).....	29
4.1.3 Efficience	29
4.1.4 Innovation	29
4.1.5 Approche fondée sur les droits de l'homme	29
4.1.6 Approche fondée sur l'équité.....	29
4.1.7 Action nationale et coopération et solidarité internationales.....	30
4.1.8 Action multisectorielle.....	30
4.1.9 Prise en compte de tous les âges de la vie	30
4.1.10 Autonomisation des personnes et des communautés	30
V. PHASAGE DE LA MISE EN ŒUVRE	32
5.1 Mécanisme de mise en œuvre.....	32
5.2 Le suivi du cycle de planification politique :	33
VI. ESTIMATION DES COÛTS ET LA BUDGÉTISATION	34
5.1 CADRAGE PAR AXE STRATÉGIQUE	34
5.2 SOURCES DE FINANCEMENT DU PISS	35

INTRODUCTION

Le Ministère en charge de la Santé, avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers, avait élaboré en 2015 le Plan de Transition du Secteur de la Santé (PTSS) 2015-2017.

Le PTSS 2015-2017 était organisé autour de cinq axes stratégiques suivants ; (i) Renforcement du Ministère en charge de la Santé dans ses fonctions de gouvernance ; (ii) Mise à disposition du Paquet Minimum d'Activités de qualité ; (iii) Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant ; (iv) Amélioration de la gestion des urgences et des catastrophes, et (v) Amélioration de la lutte contre les maladies.

A défaut de l'organisation d'une évaluation approfondie pour tirer les leçons apprises de la mise en œuvre du PTSS, une revue interne et externe a été organisée conjointement par le Ministère de la Santé et les partenaires de la Santé. La finalité de cette revue conjointe était de déboucher sur la programmation des activités prioritaires à mettre en œuvre en 2018 et 2019, le temps d'élaborer et de disposer d'un nouveau Plan de Développement Sanitaire (PNDS III) dont le processus a été lancé en juin 2017.

Il s'agissait également d'aligner la nouvelle programmation sur les actions prioritaires du Plan de Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA) et de la Déclaration de la Politique Générale du Gouvernement dans le domaine de la Santé et aussi de tenir compte des engagements internationaux auxquels le pays a souscrit.

Le présent plan intérimaire vise à mettre à la disposition du Ministère de la Santé et de la Population ainsi que de ses partenaires un cadre de programmation devant servir de tableau de bord pour l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur. Il promeut le renforcement du leadership du Ministère dans la gestion d'ensemble des activités du secteur à travers une meilleure coordination des activités, un système de suivi garantissant la redevabilité de chacun et une transparence dans le partage d'informations stratégiques concernant le secteur.

Il s'articule autour des points suivants :

- Analyse de la situation du pays ;
- Bilan de l'exécution du PTSS 2015-2017 y compris les leçons apprises ;
- Problèmes prioritaires et les défis majeurs du système national de santé ;
- Vision, objectifs et orientations stratégiques sectoriels 2018-2019 ;
- Modalités de mise en œuvre du PISS 2018-2019 ;
- Estimation des coûts et la budgétisation ;
- Financement du PISS 2018-2019 ;
- Cadre de performance du Plan Intérimaire du Secteur de la Santé (PISS) 2018-2019 ;
- Cadre de suivi et évaluation du PISS 2018-2019 ;
- Conclusion
- Annexes.

I. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE EN 2017

1.1. ASPECTS GÉOGRAPHIQUES, SOCIOPOLITIQUES, SÉCURITAIRES

Pays enclavé frontalier du Cameroun, du Tchad, du Soudan, du Sud-Soudan, de la République démocratique du Congo et du Congo-Brazzaville, la République Centrafricaine (RCA) couvre une superficie de 623 000 Km² et compte environ 5 millions d'habitants en 2017. Avec 62,8% de sa population vivant en dessous du seuil de pauvreté et une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles d'Afrique subsaharienne la RCA est classée au 185^{ème} rang sur 187 selon le rapport du PNUD sur l'IDH en 2015.

La RCA est caractérisée par un contexte d'instabilité chronique emmaillé par trente années de crises militaro politiques, et un nouveau conflit interne qui a commencé en fin 2012 et qui a été marqué par de nombreux et graves actes de violences, des tueries notamment de populations civiles, des pillages et de graves violations de Droits Humains. A l'issue d'une période de transition politique, l'élection d'un Président en février 2016 et le rétablissement progressif des institutions démocratiques, ont entraîné une stabilité relative.

Le Gouvernement de la RCA avec l'appui de ses Partenaires a même élaboré un Plan National de Relèvement et de Consolidation de la Paix en Centrafrique (RCPCA) 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'Etat et la population (pilier 2) et à assurer le relèvement économique et la relance des secteurs productifs (pilier 3). La présente opportunité permettra à la RCA de soutenir la mise en œuvre du pilier 2 à travers le renforcement de la lutte contre le VIH /Sida, la tuberculose dans le respect des Droits Humains et du Genre.

Malheureusement, des foyers de tension persistent dans différentes régions du Pays avec comme conséquence la perpétuation entre autres, de la crise sécuritaire, humanitaire, sociale et économique et la fragilisation d'avantage du système de santé de la RCA.

De plus, la RCA est marquée par de nombreux cas de Violences Basées sur le Genre (VBG). En effet, au cours du premier trimestre 2016, 3077 incidents de VBG ont été enregistrés. Parmi ces cas, 1023 sont des cas des violences sexuelles dont 597 cas de viols. 11% des survivants sont de sexe masculin, 18% sont des personnes de moins de 18 ans. Concernant les Droits Humains, le contexte de la RCA est marqué par une grande stigmatisation et discrimination à l'encontre des PVVIH dont 45,6% indiquent avoir vécu au moins une des formes de stigmatisations de la part d'autres personnes en rapport avec leur état sérologique VIH surtout ceux de Bangui (63,5%).

1.2. CONTEXTE SANITAIRE

1.2.1 État de santé de la population

Le contexte socio-sanitaire de la RCA est caractérisé par une dégradation continue de tous les indicateurs de santé depuis une quinzaine d'années, signe de la détérioration des conditions de vie de la population et de la faillite du système sanitaire. Les conséquences ultimes longtemps décriées sont :

- La mortalité générale très élevée, dont le taux brut est passé de 17 pour mille en 1988 à 18 pour mille en 2011 d'après les projections faites à partir des données du RGPH 2003 ;
- La mortalité infanto-juvénile très élevée, a varié de 211 décès pour mille naissances vivantes en 1988 (RGPH 1988), à 220 % en 2003, 176 % en 2006 (Enquête MICS 3) puis 174 % en 2010 (MICS 4) ;
- La mortalité infantile (moins de 1 an) très élevée, 132 % en 2003 (RGPH), estimée à 106 % en 2006 (MICS 3) et 105 % en 2010 (MICS4) ;
- La mortalité néonatale : 45 % selon les données hospitalières ;
- La mortalité maternelle très élevée, variant durant les trois dernières décennies de 683 décès pour cent mille naissances en 1988 (RGPH), à 948 pour 100.000 naissances vivantes en 1995 (EDS 94-95), et à 1355 pour 100.000 naissances vivantes en 2003 (RGPH) ; elle est estimée en 2008 à 980 décès pour 100.000 naissances (ECASEB 2008) ; 850 pour 100.000 naissances vivantes selon l'estimation de la tendance de la mortalité maternelle de 1990 à 2008 faite par le Groupe Inter Agence du Système des Nations Unies (constitué par l'OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque Mondiale) ;
- L'espérance de vie à la naissance très faible, passant de 49 ans en 1988, à 44 ans en 2000 (MICS 2000) puis à 43 ans en 2003 (RGPH 2003).

Ces indicateurs montrent un tableau sombre caractérisé par la surmortalité, particulièrement des enfants et des femmes démontrant à suffisance la vulnérabilité du couple mère-enfant en RCA.

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 THA.

1.2.2 Déterminants de la santé

Éducation

En 2007, la République Centrafricaine a adopté un plan national de l'éducation 2008-2020. Cependant, comme indiqué dans l'évaluation scolaire conjointe (septembre 2013), la crise actuelle a profondément exacerbé une situation qui avait déjà les pires indicateurs scolaires du monde: 33% des enfants en âge de recevoir l'enseignement primaire n'étaient pas scolarisés,

le taux d'achèvement du cycle primaire était de 39,7% et le taux d'inscription secondaire était de 21%. Ces chiffres sont encore plus bas pour les filles. Le ratio élèves-enseignant était 1/89, le ratio élève-pupitre était 1/32, et il n'y avait qu'un seul manuel pour dix élèves, ce qui a sévèrement compromis les résultats d'apprentissage. 67% des écoles n'avaient pas accès à l'eau potable. Parmi les enseignants, 40% sont des bénévoles communautaires sans formation ou qualifications suffisantes

Équité et violence fondée sur le sexe

En République Centrafricaine, les femmes jouent un rôle très important dans l'économie familiale et la production agricole. Cependant, le contexte socioculturel est aussi marqué par une forte prévalence des mutilations génitales féminines, des mariages précoces et de l'exposition des femmes à diverses violences surtout dans les zones affectées par les conflits armés où les agressions sexuelles ont été massives et n'ont épargné ni mineures, ni femmes du troisième âge, entraînant de graves conséquences sur tous les plans : psychologique, économique et social.

Selon l'enquête MICS 2010, 29 % des filles de 20 à 24 ans sont mariées avant l'âge de 15 ans et 68 % avant l'âge de 18 ans. La pratique de l'excision quant à elle, a enregistré une forte baisse au cours des dernières décennies. Son taux est passé de 43 % en 1994/95[6], à 36 % en 2000, pour tomber à 28 % en 2006[8] puis à 24 % en 2010. Les femmes en milieu rural sont davantage touchées par l'excision (29 %) que les citadines (18 %).

Eau, hygiène et assainissement

À la précarité de la situation sanitaire des populations, il faut ajouter 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 toilettes améliorées les plus courants 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 toilettes et défèque à l'air libre, ce qui ne répond pas à des conditions d'hygiène adéquates.

Santé environnementale

Les indicateurs disponibles pour la santé environnementale sont les suivants :

Tableau I: Indicateurs de santé environnementale

Pourcentage de la population ayant un accès durable à une source d'eau potable (2015)	✓ 68,5 (Total) ✓ 89,6 (Urbain) ✓ 54,4 (Rural)
Pourcentage de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées (2015)	✓ 43,6 (Urbain) ✓ 21,8 (Total) ✓ 7,2 Rural)

Facteurs socio-économiques et habitudes de vie

La pauvreté généralisée constitue un obstacle majeur à l'amélioration des conditions de vie en général et celle de la santé de la population en particulier. L'alphabétisme rend difficile l'accès des populations à la base, à l'information, à la technologie et à l'innovation.

Les pesanteurs socio-culturelles, notamment les pratiques traditionnelles néfastes à la santé constituent un frein au changement de comportement alimentaire et nutritionnel, sexuel et médical. La dépravation des mœurs conduisant la population à des fléaux sociaux multiples, notamment la toxicomanie, le tabagisme, le vagabondage sexuel, la prostitution, la violence et l'alcoolisme.

Si la pratique de la médecine traditionnelle est officiellement admise, il est souvent déploré le rôle de certains guérisseurs dans la rétention des malades qui ne sont orientés vers les services médicaux qu'en cas de gravité.

1.2.3 Situation des urgences et catastrophes

Depuis plus de deux décennies, la République Centrafricaine est confrontée à des urgences sanitaires de tous genres dont les principales sont les conséquences des crises politico-militaires. En effet, des groupes d'opposition armés se sont multipliés conduisant à des crises humanitaires successives, malgré les nombreux dialogues de concertation regroupant tous les partis politiques et organisations de la société civile.

Par ailleurs, régulièrement, le pays fait face à de nombreux épisodes épidémiques, d'intempéries, des accidents de la voie publique avec le foisonnement des motocyclettes dans les grandes agglomérations, aux naufrages, aux événements de santé publique et aux catastrophes naturelles qui ont aggravé cette situation entraînant de nombreuses pertes en vie humaine.

Les principales crises humanitaires, en dehors des crises politico militaires, ont été 8 crashes d'avion au cours des 20 dernières années occasionnant 120 morts et plus de 300 blessés, les inondations, les pluies diluviennes, les accidents de la voie publique, les naufrages des baleinières à répétition et les feux de brousse. Des incendies des citernes d'essence ont été observés à Sibut en 2001(9 décès), à Paoua en 2003 (17 décès), et à Boali en 2011 (plus de 40 décès). Les incendies spontanés et criminels. Des épidémies de méningite à méningocoque dans la Haute Kotto, à Ouadda, dans la Ouaka, de la grippe, de l'hépatite virale et de rougeole ont causé de nombreux décès.

L'éboulement de la mine d'or le 24 Juin 2013 à Ndashima dans la OUAKA a fait 40 morts, le naufrage survenu le premier Décembre 2012 lors de la fête nationale ayant fait 35 morts et 18 disparus et surtout le phénomène des SELEKA et des ANTI BALAKA ayant causé de nombreux décès et des déplacements massifs des populations hors du territoire (réfugiés) et à l'intérieur du pays (personnes déplacées internes) sans que des dispositions préalables soient établies au niveau institutionnel et hospitalier pour réduire le fort taux de mortalité dû à ces phénomènes de santé.

Face à cette situation, un engagement du Gouvernement a été décidé par la mise en place d'un Comité Interministériel chargé de coordonner les calamités et les catastrophes naturelles par

Arrêté N° 05/ MSPP du 29 Septembre 2005. Un autre arrêté a fixé les modalités de prise en charge des urgences dans les formations sanitaires du pays. Mais ces textes ne sont pas mis en œuvre, et des faiblesses structurelles, logistiques, opérationnelles et financières retardent le développement de la capacité de réponse aux urgences en RCA.

De nombreux partenaires bilatéraux et multilatéraux ainsi que le secteur privé, des ONG et Associations interviennent dans la gestion des urgences et catastrophes en RCA. Leurs interventions ne sont pas toujours en synergie pour une prise en charge équitable et globale des catastrophes survenues en RCA. Elles sont souvent cloisonnées et disparates. Les ressources destinées à la gestion de ces urgences sanitaires sont méconnues, mal utilisées et l'impact des apports des partenaires est diminué par le fait de cette insuffisance. Les cadres de concertation existants ne fonctionnent pas de façon satisfaisante.

1.2.4 Offre de soins

Prestations de Soins et de Services de Santé

Les structures publiques de soins s'organisent en trois (3) niveaux :

- Le premier niveau est constitué des centres de santé (CS) qui sont au nombre d'environ 700 dans le pays. Chaque CS couvre une aire de 10 000 habitants en moyenne et est dirigé par un personnel qualifié. Les postes de santé (PS) sont des annexes des centres de santé. Le CS assure le paquet minimum d'activités (PMA) et réfère les patients à l'hôpital de district (HD). L'HD, est le premier niveau de référence des CS. Il assure le paquet complémentaire d'activités (PCA). La référence se fait vers l'hôpital régional universitaire (HRU) et la contre référence vers le CS.
- Le deuxième niveau de référence est représenté par l'HRU qui assure les activités PCA de l'HD et certains soins, spécialisés. La référence se fait vers les hôpitaux centraux de la Capitale et la contre référence vers l'HD.
- Au niveau national, il existe des structures de diagnostic et de prestations de soins publics constitués de quatre (4) établissements de soins et trois (03) établissements de diagnostic. Ils constituent le niveau tertiaire.

Au niveau national, 27,5% des Formations Sanitaires ont été partiellement ou totalement détruites avec une grande disparité allant de 6,5% dans la Région Sanitaire N°2 à 46,1% dans la Région Sanitaire N°3. De cette analyse de la situation, il ressort que les besoins en construction des infrastructures totalement détruites sont énormes. Cette situation nécessite une analyse plus approfondie pour permettre au pays d'arriver à une planification rationnelle et à la mobilisation des ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

Le système de soins de l'Armée, structuré en quatre centres médicaux à Bangui (assimilés aux FOSA de 2^{ème} niveau) et une infirmerie de garnison à Bouar (assimilée aux structures de soins de santé de base), contribue à la mise en œuvre de certains programmes de santé.

Ressources Humaines en Santé

Les effectifs du secteur public ne sont pas bien connus, mais ils étaient estimés à hauteur de 2 814 agents en 2015 suite à l'enquête HeRAMS qui a ciblé certaines catégories professionnelles, ce qui contraste le chiffre avancé lors de la revue conjointe (2068) sans compter les nouvelles intégrations. Ce personnel est concentré à Bangui.

Le secteur confessionnel, regroupé au sein de l'ASSOMESCA, est relativement bien connu 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. Parmi eux, 10 sont des médecins, 10 techniciens supérieurs de santé, 22 Infirmiers Diplômés d'Etat, 11 sages-femmes, 44 Assistants de Santé, 13 Assistantes Accoucheuses. Il faut noter que l'ASSOMESCA est aujourd'hui engagée dans un processus de recrutement de personnel qualifié, dont celui formé par l'Institut Supérieur de Formation Paramédicale de Gamboula.

On sait peu de choses sur le secteur des ONG, des Organisations internationales, 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 ONG avoisine probablement la centaine. Plusieurs observateurs ont d'ailleurs confirmé que les ONG absorbaient aujourd'hui beaucoup de médecins et paramédicaux formés mais non encore intégrés dans la fonction publique.

Depuis la survenue de la crise en RCA, on observe une migration du personnel qualifié du secteur public vers les ONG et les Organisations internationales du fait du niveau intéressant de rémunération.

L'importance du secteur commercial est difficile à cerner. En dehors des pharmaciens, tous les personnels de santé fonctionnaires peuvent, en marge ou aux heures régulières de travail, cumuler un exercice à titre privé. Ce droit est une entorse à l'esprit de la loi 89.003 du 23 mars 1989 fixant les principes généraux relatifs à la santé publique en RCA. C'est pour cela que beaucoup de ces personnels utilisent abusivement ce droit. A l'inverse, l'exercice privé exclusif paraît très rare. Il est à noter que certains médecins, Pharmaciens et Chirurgiens-dentistes, non-inscrits au Conseil National de l'Ordre, exercent en toute illégalité.

Le secteur pharmaceutique souffre d'un manque cruel de pharmaciens et d'auxiliaires en pharmacie. Cette situation ne permet pas à la Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle de mettre en œuvre pleinement la politique du gouvernement en matière des médicaments. Le secteur public ne dispose que de quatre (4) pharmaciens et d'un (1) préparateur, alors que des simulations placent les besoins à plus d'une soixantaine de pharmaciens et quatre cents techniciens. A ce jour, 18 pharmaciens exercent dans le secteur lucratif, concentré à Bangui.

Ainsi, la prestation des services pharmaceutiques de qualité à tous les niveaux est compromise. La formation initiale des pharmaciens et leurs auxiliaires ainsi que la formation continue de ceux déjà en service est plus que jamais nécessaire.

Produits et Technologies de Santé

La gestion de l'approvisionnement en produits de santé conformément à la Politique pharmaceutique nationale qui privilégie les médicaments essentiels générique est assurée par l'UCM. L'UCM qui est l'organe de la mise en œuvre de la politique pharmaceutique dispose d'une centrale nationale d'achat à Bangui et des dépôts au niveau des régions et des préfectures dont la plupart sont fermés à cause des difficultés financières actuellement rencontrées. Dans le cadre de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance, la gestion de certains dépôts régionaux a été cédée aux structures confessionnelles. Le Département en charge de la Santé est en train de poursuivre une réflexion sur la réforme de l'UCM.

Il existe par ailleurs des dépôts pharmaceutiques privés qui emploient une partie des pharmaciens et du personnel non qualifié dans le domaine pharmaceutique.

Financement de la Santé

Sur le plan interne, les principales sources de financement sont représentées par l'Etat et ses démembrements, les ménages, les communautés et le secteur privé.

Sur le plan externe, les sources de financement proviennent des dons et des prêts à travers principalement la coopération bi et multilatérale.

Les allocations budgétaires de l'Etat pour la Santé représentent en moyenne 13% du budget général de l'Etat et reste donc en deçà du seuil recommandé par la Déclaration d'Abuja (15%). Par ailleurs, compte tenu des tensions de trésorerie, beaucoup de décaissements ne sont pas faits.

Dans le cadre de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire était le moyen de financement approprié pour atteindre les bénéficiaires sous deux formes : le recouvrement des coûts avec l'approche paiement par épisode et par acte, et l'approche participative pour certains investissements comme les constructions ou réhabilitation des infrastructures.

Le recouvrement de coûts instauré en 1994, ce moyen s'effectue par l'achat des médicaments, les consultations, les actes et les hospitalisations. Les tarifs des consultations varient de 500 FCFA à 2000 FCFA selon le niveau de la structure et la qualification des prestataires. Le financement des soins de santé dépend des contributions des ménages (payements directes aux prestataires), dont la capacité de payer a été fortement affectée par la crise.

L'Etat n'est plus le financier principal de soins. Environ 5% des dépenses de santé sont assurées par le Gouvernement. Le pays reste fortement dépendant de l'aide extérieure. Par conséquent, le secteur de la santé a besoin d'autres ressources et de méthodes alternatives de financement.

Il n'existe aucune forme de mutualisation des risques ou des ressources autre que le Budget de l'État pouvant assurer la protection ou la subvention croisée.

L'approche participative se mesure par la contribution de la communauté sous forme des travaux manuels, des apports de matériaux et la contribution financière directe pour la construction des postes et cases de santé et les pharmacies villageoises dans les communes.

A ce jour, aucune étude n'a été réalisée pour cerner l'étendue ou l'importance du financement communautaire, encore moins celle des collectivités territoriales. Les directives ministérielles de 2013 préconisant la gratuité des soins de santé en faveur des enfants de moins de 5ans, des femmes enceintes et allaitantes ainsi que les cas d'urgence sur toute l'étendue du territoire pour une durée d'un an sont devenues caduques.

L'initiative du Financement Basé sur les Résultats (FBR) soutenue par la Banque Mondiale contribue également à travers le Projet d'Appui au Système de Santé (PASS) pour un coût variant de 3 à 5,5 dollars/habitant dans la zone du projet en vue de :

- ✓ Accroître l'utilisation et l'amélioration de la qualité des services de santé maternelle et infantile dans les zones rurales ciblées de la RCA
- ✓ Assurer les soins de santé d'urgence aux populations.

Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Le SNIS est caractérisé par l'absence d'informations stratégiques disponibles, le retard dans la collecte des données et la faible capacité des ressources humaines pour l'analyse et la prise de décision font qu'il n'est pas capable de répondre aux besoins en information des programmes de santé. La gestion des données du SNIS apparaît très insatisfaisante. Ceci est la conséquence d'un SNIS fragmenté et irrégulier, dont les capacités limitées, l'absence de bases de données intégrées, le manque en ressources humaines qualifiées, la faible intégration des données issues des autres secteurs, et l'enclavement de certaines régions créent des disparités et une dysharmonie dans la continuité de la gestion des données. On note également une insuffisance de tenue des réunions d'analyse des données mensuelles et annuelles du SNIS au niveau central, régional et de district, le manque d'intégration et de coordination entre producteurs et utilisateurs d'information sanitaire à l'échelle nationale.

Cette situation a entraîné le développement de systèmes parallèles d'information sanitaire directement liés aux programmes de santé.

1.2.5 Gouvernance du système de santé et leadership du Ministère de la Santé

L'organisation du système de santé est de type pyramidal à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique. L'organisation structurelle et le fonctionnement actuel du Ministère en charge de la Santé sont régis par les dispositions du Décret n° 15.348 du 02 septembre 2015, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé et de la Population et fixant les attributions du Ministre.

Le **niveau central** est responsable de la conception, de la coordination et de l'encadrement de la politique générale du secteur ainsi que des actions d'envergure nationale. C'est le premier niveau de régulation du système et des programmes nationaux. Il comprend le Cabinet du Ministre, la Direction de Cabinet, trois (3) Directions générales, douze (12) Directions

centrales subdivisées en services et sections. A ce niveau hiérarchique se trouvent les Etablissements de diagnostic et de traitement de référence nationale appuyant la formation universitaire du personnel médical.

Au niveau intermédiaire, les sept (7) Directions régionales sont responsables du suivi de la mise en œuvre des politiques définies au niveau central et de l'appui technique aux Districts sanitaires (niveau opérationnel). Les Directions régionales relèvent de la Direction de Cabinet.

Le niveau périphérique est composé de 35 districts sanitaires au terme de l'Arrêté N° 043/MSP/DIRCAB/CMAJC 017 portant découpage des Régions en Districts sanitaires. Ces entités sont appelées à être managées par des Equipes Cadres des Districts (ECD). Les ECD coordonnent et contrôlent l'ensemble des activités des structures sanitaires de leurs zones de responsabilité en application des directives régionales.

Concernant la coordination sectorielle et intersectorielle (y compris l'action humanitaire) il y a une forte dépendance de l'aide extérieure du fait de l'insuffisance de l'appropriation du MSP et d'un mécanisme de coordination non complètement opérationnel. Hormis les attributions définies dans les textes portant organisation des services du Ministère, il n'existe pas de descriptions de tâches détaillées ou de profils requis pour les nominations des cadres aux postes de l'administration sanitaire. Un organigramme du Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Population, mis en place par le Décret N°16-389 du 16 novembre 2016 n'a jamais été opérationnalisé. Avec la mise en place du nouveau Gouvernement en septembre 2017, il est évident qu'un nouvel organigramme soit adopté pour traduire dans les faits la volonté politique du Gouvernement clairement affichée dans sa Déclaration de politique générale.

La revue conjointe a mis en évidence plusieurs questions liées à la gouvernance et à la faiblesse du leadership du Ministère en charge de la Santé comme la coordination des interventions des partenaires, la gestion des RHS, la gestion des médicaments, le financement de la santé, le système d'information sanitaire, la faible capacité de planification, etc. auxquelles le nouveau plan devra adresser.

II. BILAN DE L'EXÉCUTION DU PTSS 2015-2017 Y COMPRIS LES LEÇONS APPRISES

Le présent rapport dresse de façon succincte le bilan des réalisations du PTSS 2015-2017, met en évidence les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités et se termine par des leçons apprises.

2.1 BILAN DES REALISATIONS

2.1.1 Axe stratégique 1 : Renforcement du Ministère en charge de la Santé dans ses fonctions de gouvernance

Cet axe comprend 5 effets, 41 produits et 34 actions prioritaires.

D'une manière générale, le taux de réalisation des actions prioritaires est de 11,90%, ceux des non activités réalisées est de 38,10% et de partiellement réalisées est de 50,00%. Les principales réalisations portent sur :

- le renforcement de la capacité du Ministère de la Santé en moyen roulant pour la supervision et la coordination ;
- la mise en place du CCSSS par Arrêté N°015 du 6 Aout 2015 pour la coordination du secteur de la santé
- la mise à disposition du Département de 13 assistances techniques perlée ou de longue durée pour appuyer la DEP, les programmes Paludisme: Vaccination, Projet Békoû ;
- la redynamisation des instances de coordination du niveau central comme le CCM, le CCIA, le CTAPEV, le Cluster santé,);
- le découpage des RS en districts par Arrêté n°043 du 18 octobre 2017 ;
- la réalisation de l'enquête Herams avec rapports disponibles;
- le lancement du processus d'élaboration du PNDS III ;
- l'élaboration du Plan stratégique de renforcement du SNIS.

2.1.2 Axe stratégique 2 : Mise à disposition du Paquet Minimum d'Activités de Qualité

Cet axe comprend huit (8) effets, soixante-cinq (65) produits et 64 actions prioritaires. De façon générale, les activités de l'axe stratégique 2 ont été faiblement réalisées à hauteur de 30%.

Parmi les réalisations, nous pouvons retenir :

- la mise à jour de la liste de médicaments essentiels génériques ;
- la détermination des stratégies additionnelles nécessaires pour compléter les PMA / PCA dans les zones où ils ne peuvent être appliqués intégralement en équipes mobiles, par maison de maternité, par la PECADOM, par des stratégies avancées ;
- le développement des solutions sanitaires spécifiques pour les populations victimes du conflit à l'intérieur du pays, notamment les populations migrantes et les populations cachées à proximité de leur village en collaboration avec les ONG ;
- la régulation de la tarification des soins dans les formations sanitaires ;
- la systématisation de la communication sur les règles d'hygiène à respecter par le personnel et les usagers au sein des formations sanitaires (affichage, fiches de procédures) ;
- l'intégration du contrôle de l'hygiène et de la présence de matériel d'entretien dans les

- procédures de supervision de routine et le déploiement des agents d'hygiène et d'assainissement dans l'ensemble des formations sanitaires ;
- le renforcement des capacités opérationnelles du Centre National de Transfusion Sanguine.

2.1.3 Axe stratégique 3 : Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant

Cet axe comprend six (06) effets et 34 produits, 34 activités prioritaires. D'une manière générale, le taux de réalisation complète des actions prioritaires est de 8,89 %, ceux de partiellement réalisées, 26,40 % et de non réalisées, 64,70 %.

Les activités complètement réalisées sont :

- L'assistance technique pour l'organisation de la prise en charge holistique des violences sexuelles. En effet, un Guide National de la PEC holistique des victimes de Violences Sexuelles a été élaboré en 2016 avec l'appui de l'OMS suivi de l'opérationnalisation de l'UMIRR en 2017 soutenue par le PNUD ;
- L'organisation d'une évaluation approfondie de la situation nutritionnelle pour orienter les actions de réponses (Enquête SMART) ;
- La mise à disposition des relais communautaires des kits du paquet intégré.

2.1.4 Axe stratégique 4 : Amélioration de la gestion des urgences et catastrophes

Cet axe comprend six (06) effets, vingt-deux 22 produits et 22 actions prioritaires : D'une manière générale, le taux de réalisation des actions prioritaires est de 64%.

Les actions prioritaires réalisées sont :

- L'élaboration de deux (02) plans de contingence concernant le choléra et la Fièvre Jaune et huit (08) Plans pour les maladies suivantes : Poliomyélite, Ebola, choléra, Monkeypox, Rage, Grippe aviaire, Méningite et Rougeole;
- Le renforcement et le suivi du système d'alerte précoce ;
- La collaboration avec OCHA et les ONG sur la mise en réseau, l'harmonisation et l'extension des systèmes d'alerte précoce disséminés dans le pays ;
- La constitution et la formation des équipes d'intervention rapide ;
- L'organisation des exercices de simulation réguliers pour maintenir les équipes en veille ;
- La mobilisation des ressources financières additionnelles en faveur des urgences et des catastrophes ;
- La cartographie de ces risques pour le pays en 2016 et 2017 ;
- La mise en place le système de veille sanitaire ;
- Le renforcement d'un système d'alerte précoce et de gestion des rumeurs ;
- La mise en place d'un mécanisme de suivi/évaluation des urgences et catastrophes survenues dans le pays permettant de suivre les progrès réalisés dans la prévention et leur prise en charge.

2.1 .5 Axe stratégique 5 : Amélioration de la lutte contre les maladies

Cet axe comprend trois (03) effets, 28 produits et 31 actions prioritaires. D'une manière générale le taux de réalisation des actions prioritaires est de 44%.

Parmi les réalisations, nous notons :

- La mise à jour des plans d'actions spécifiques de lutte contre les maladies pour la période de transition et en prévision du PNDS III ;
- La dotation des formations sanitaires et/ou centres spécialisés en intrants appropriés (test de diagnostic rapide du paludisme, test de dépistage VIH, ARV traitements antipaludiques/antituberculeux, réactifs et intrants, kit césarienne sécurisée, autres) selon les circuits d'approvisionnement spécifiques ;
- La formation du personnel sur les procédures et outils spécifiques aux trois maladies (VIH & Sida, Tuberculose, Paludisme) ;
- Les activités de prise en charge de la tuberculose pour les enfants sont étendues dans les hôpitaux régionaux et préfectoraux ;
- Le renforcement des arrangements institutionnels : modules de formation, équipements
- La conduite des études spécifiques nécessaires (cartographie intégrée des MTN/CTP, enquêtes épidémiologiques, évolution des déterminants des MNT) ;
- La création d'une commission « Santé Mentale » incluant les partenaires actifs sur le sujet pour développer un paquet de service intégré et les outils correspondants ;
- La disponibilité d'une 'assistance technique sur la prise en charge de la santé mentale ;
- La création d'un pôle spécialisé Santé Mentale à Bangui.

2.2 LEÇONS APPRISES

La revue a été rendue difficile et limitée dans sa portée faute d'une meilleure préparation. Il aurait fallu du temps pour rassembler, exploiter la documentation nécessaire et discuter avec les différents acteurs de la mise en œuvre. Pour preuve, la matrice du suivi-évaluation du PTSS existe bel et bien mais n'a pas été annexée à la version finale pdf du document pour servir de base à la revue.

Une autre leçon apprise est de rendre systématique la planification opérationnelle lorsqu'un document stratégique est élaboré afin de mieux suivre les progrès dans la mise en œuvre. Il en est de même pour les organes prévus pour la mise en œuvre à tous les niveaux.

Les évaluations, si elles étaient réalisées, devaient fournir les meilleurs enseignements pour les exercices futurs de planification et éviter la routine pour épouser une véritable culture de redevabilité. Dans le même ordre d'idées, il est nécessaire de capitaliser les résultats des études réalisées par la mise en place d'un mécanisme interne fonctionnel de suivi-évaluation.

III. PROBLÈMES PRIORITAIRES ET LES DÉFIS MAJEURS DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ

De l'analyse de la situation et du bilan d'exécution du PTSS 2015-2017 qui précédent, les problèmes prioritaires identifiés sont les suivants :

- La mauvaise gouvernance généralisée touchant plusieurs piliers du système de santé, à savoir la coordination des interventions du secteur, la gestion des RHS, le financement, la qualité des prestations, les médicaments et consommables médicaux, la logistique, le système d'information sanitaire, etc. ;
- L'absence de pérennisation des acquis obtenus grâce à l'appui des partenaires ;
- Le manque de culture de gestion axée sur les résultats.

Cette situation a pour conséquences la dégradation continue des indicateurs de santé comme les taux de morbidité et de mortalité, l'émergence ou la réémergence de certaines maladies, la survenue des épidémies, la vulnérabilité des populations à subir des aléas et les catastrophes, etc.

Les principaux défis liés au système de santé sont entre autres :

- Le manque ou l'insuffisance de la coordination et la concertation stratégique entre MSP, PTF et ONG au niveau central et décentralisé. Il est nécessaire d'échanger expertise et analyse si l'on veut faire bénéficier le système de santé et la population centrafricaine des leçons tirées des interventions des partenaires dans le pays, et gérer au mieux le remplacement des interventions d'urgence par des interventions de développement.
- L'insuffisance du Financement du secteur extrêmement dépendant des partenaires internationaux ;
- Le manque d'équité dans la répartition des ressources nationales disponibles. Les raisons sont à trouver notamment dans l'insécurité et l'absence de décentralisation du paiement des salaires.
- L'insuffisance d'approvisionnement en médicaments en raison de la faillite de l'UCM et de l'existence de systèmes parallèles. Il n'y a pas de dépôts (fonctionnels) au niveau décentralisé.

- La déficience du Système d'information Sanitaire. Les données du SNIS sont peu fiables dû à un taux de complétude et de promptitude faible.

3.1 VISION

A l'horizon 2030, la République Centrafricaine aura une stabilité socio politique durable avec une croissance économique soutenue permettant à tout citoyen de participer et *d'avoir accès aux soins de santé de base de qualité accessibles*, les différents intervenants et les partenaires en accord avec le Gouvernement, auront contribué à l'amélioration de l'espérance et de la qualité de vie des centrafricains dans une perspective de lutte contre la pauvreté prenant en compte l'ensemble des déterminants de santé dans un contexte de bonne gouvernance pour ce faire, il faudra redéfinir les attributions du Ministère, le réorganiser, le renforcer dans ses fonctions de leadership en matière de planification, de coordination et d'appui aux autres niveaux de la pyramide sanitaire ; les réformes en cours, notamment la décentralisation doivent être approfondies et accélérées en vue de mettre en place des mécanismes appropriés de coordination intra sectorielle.

3.2 OBJECTIFS

3.2.1 Objectif général

Contribuer à l'atteinte de la couverture santé universelle en République Centrafricaine.

3.2.2 Objectifs spécifiques :

- Positionner le Ministère de la Santé Publique dans son rôle de leadership et de coordination ;
- Mettre à la disposition de la population un Paquet Minimum et Complémentaire d'Activités de soins qualité
- Améliorer la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant
- Améliorer la Gestion et la prise en charge des urgences et catastrophes ;
- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles.

3.3 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES SECTORIELS 2018-2019

Axe Stratégique 1 : Renforcement du Ministère de la santé dans ses fonctions de leadership et de gouvernance

Le renforcement du leadership et de la gouvernance constitue un des piliers importants du renforcement du système de santé dans la mesure où les faibles niveaux des indicateurs sanitaires ainsi que les faiblesses observées ces dernières années s'expliquent entre autres par le faible niveau de leadership et de gouvernance du secteur de la santé.

Quatre principaux résultats sont attendus de cet axe stratégique : *(i)* le cadre législatif, réglementaire, stratégique et normatif est élaboré et/ou actualisé et appliqué ; *(ii)* les capacités institutionnelles sont renforcées et adaptées à la mission du secteur de la santé dans le contexte de la décentralisation ; *(iii)* la coordination est assurée à tous les niveaux du secteur ; *(iv)* une gestion efficace et efficiente est assurée à tous les niveaux.

Résultat 1 : le cadre législatif, règlementaire, stratégique et normatif est élaboré et/ou actualisé et appliqué.

L'atteinte de ce résultat va nécessiter d'entreprendre les principales actions prioritaires ci-après :

- Elaboration / actualisation des textes législatifs, textes règlementaires, stratégiques et normatifs, il s'agira principalement d'élaborer/actualiser le code de santé publique, la loi cadre du secteur qui va organiser la décentralisation dans le secteur de la santé, la loi sur la répartition des médecins et des autres ressources humaines en santé, la loi sur le secteur pharmaceutique pour une meilleure régulation de ce domaine. La régulation du secteur privé lucratif passera par l'actualisation de la loi sur la participation des privés sur l'action médicale de l'Etat. Les mesures d'application de toutes ces lois et textes règlementaires seront également révisés et/ou élaborés ;
- Les politiques sectorielles et sous sectorielles (politique nationale de santé, politiques des RHS, politique pharmaceutique, etc.) seront élaborées ou actualisées. Les plans d'établissement et les politiques de financement des hôpitaux centraux, régionaux et de districts seront élaborés. Les plans stratégiques des programmes de lutte contre la maladie seront également élaborés ou actualisés pour une meilleure cohérence avec les ODD, le RCPA, le PNDS III qui met l'accent sur les soins de santé basés sur la personne et pour une articulation avec le cycle de planification de ce dernier ;
- La question de normalisation doit être revue aussi bien dans le processus que dans son contenu. Afin d'élaborer ou réviser les normes par niveau du système de santé : normes d'organisation et fonctionnement des Districts sanitaires en milieu urbain et rural, normes d'organisation d'un CS, d'un hôpital de district, normes d'organisation et de fonctionnement d'un hôpital régional, norme d'organisation et de fonctionnement d'un CHU, recueil des normes relatives à la construction et aux matériaux etc. ;
- Application des textes légaux et règlementaires. Un inventaire de toutes les mesures d'application sera fait en vue de les compléter et de les vulgariser. L'inspection sera renforcée pour un contrôle de l'application effective des lois et textes légaux, l'assainissement du secteur notamment en ce qui concerne les formations sanitaires, les pharmacies, les structures privées et les FOSA non conformes aux normes. Les services déconcentrés du niveau central seront mis en place ou renforcées dans les régionaux et les districts pour s'assurer de l'application des lois et textes règlementaires à ce niveau. Les mécanismes de lutte contre la corruption et les détournements seront développées et les missions d'inspections, audits et contrôles renforcés.

Résultat 2 : Les capacités institutionnelles sont renforcées et adaptées à la mission du secteur de la santé dans le contexte de la décentralisation.

La réalisation nécessite la mise en place des actions prioritaires suivantes :

- Programme de réforme du secteur de la santé. Le projet de cadre organique sera finalisé ou révisé y compris dans sa partie relative aux districts et régions; les postes, les emplois et les profils seront révisés et/ou mieux définis. La rationalisation des ressources humaines (déplacement, changement de métier avec formation requise, mise à la retraite,...) en fonction de ce cadre organique une fois adopté et promulgué prendra en compte les besoins en RHS des districts sanitaires et des nouvelles structures de la santé. Un plan d'accompagnement social sera mis en place.
- Décentralisation dans le secteur de la santé. Au cours des deux prochaines années, Les districts nouvellement créés seront renforcés. Cette action prendra en compte les orientations de la réforme qui donne une mission aux DS devant désormais faire partie des services déconcentrés des niveaux (central et régional). La mission des DS comprend les fonctions suivantes : (i) l'appui au développement des CS/FOSA, (ii) la gestion des ressources (humaines, financières, médicaments et intrants spécifiques, etc.) et (iii) la fonction d'information, de communication &

recherche. Le dispositif de transfert des compétences et des ressources aux DS/ECDS sera rendu effectif et efficient.

- amélioration de l'environnement de travail. Le cadre de travail sera amélioré par la construction et/ou la réhabilitation de bâtiments administratifs des services centraux, régionaux et de districts conformément au plan de réhabilitation/construction, l'équipement des services en mobilier, équipements et fournitures de bureau et en technologies de l'information et de la communication.

Résultat 3 : La coordination et l'appropriation sont renforcées à tous les niveaux du secteur.

Les actions prioritaires qui seront mis en place pour l'atteinte de ce résultat sont :

- Renforcement du pilotage du secteur de la santé. Cette action vise à assurer le fonctionnement effectif du Comité National de Pilotage et de toutes ses commissions, implanter les Comités régionaux et de districts de Pilotage dans leurs nouvelles configurations, etc. Le Comité National de Pilotage sera la seule instance de pilotage et de coordination et de pilotage du secteur de la santé conformément à l'agenda du MSP. Il devra de ce fait prendre la place de tous les autres structures de coordination et de pilotage mis en place du fait des projets financés par les bailleurs.
- Renforcement du partenariat public-privé. Ce programme comprend : l'organisation de la contractualisation et autres conventions avec les privés lucratifs et non lucratifs, l'organisation de la labellisation des établissements de santé et des Etablissements d'Utilité Publique (EUP) et la mise en place d'un cadre de concertation permanente avec les organisations non gouvernementales.
- Programme de renforcement du suivi & évaluation à tous les niveaux du système de santé. Plusieurs actions sont inscrites dans ce programme. Il s'agit de l'élaboration ou de la révision d'un cadre de S&E intégré (MSP et PTF), l'appui à la supervision intégrée des activités au niveau des DS et des FOSA, l'appui aux missions d'accompagnement des DS par les régions, et des régions par le niveau central, l'organisation du monitorage mensuel des activités au niveau des FOSA / DS, l'organisation des revues trimestrielles au niveau des districts, semestrielles au niveau des régions et des revues annuelles sectorielles.

Résultat 4 : Une gestion efficace et efficiente est assurée à tous les niveaux.

- Les actions prioritaires qui vont contribuer à la réalisation de ce résultat sont : (i) le monitoring des dépenses et des recettes des Formations Sanitaires ; (ii) la pérennisation des contributions et des acquis ainsi que (iii) la lutte contre la corruption et les détournements.

Axe Stratégique 2 : Mise à disposition d'un Paquet Minimum et Complémentaire d'Activités de qualité

Cet axe vise l'atteinte de six (6) principaux résultats.

Résultat 1 : La disponibilité des produits de santé (Médicaments, vaccins, produits sanguins et intrants) est assurée dans au moins 60 % des cas à tous les niveaux.

- La réalisation de ce résultat passera par la réforme/restructuration/le renforcement de la centrale d'achat des médicaments essentiels génériques et la révision/actualisation des textes législatifs et réglementaires visant l'amélioration de la disponibilité des médicaments. Des efforts seront déployés avec l'appui des PTF pour la mise en place de six (6) dépôts régionaux (dont 2 en 2018 et 4 en 2019).

Résultat 2 : L'accessibilité financière des populations aux médicaments essentiels génériques est augmentée d'au moins 60 % : Deux programmes seront développés pour la réalisation de cet axe.

- Il s'agira essentiellement de réaliser progressivement la couverture sanitaire universelle et de réviser/actualiser le système de tarification des médicaments à tous les niveaux du système de santé et dans tous les secteurs (public, privé et confessionnel). Les textes prônant la gratuité totale ou partielle des soins en faveur des groupes cibles seront révisés et mises en œuvre.
- Un accent sera mis en outre sur la rationalisation des prescriptions à tous les niveaux et la subvention des médicaments à travers les grands programmes de santé.

Résultat 3 : Au moins 80 % des médicaments, vaccins, produits sanguins et intrants en circulation dans le pays sont de bonne qualité.

- Il s'agira dans cet axe de développer et mettre en place un système d'assurance qualité. Un système national de pharmacovigilance et de l'usage rationnel de produits de santé également développé. En outre, des efforts seront déployés pour la création des brigades de répression contre la vente illicite et les faux médicaments. Une attention particulière sera mise sur le renforcement des capacités des ressources humaines, des structures de gestion du secteur pharmaceutique à tous les niveaux ainsi que la sensibilisation des communautés et des agents de santé sur les dangers de l'usage des faux médicaments.

Résultat 4 : Les structures de santé disposent d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de PMA/PCA de qualité.

- Il s'agira dans cet axe d'élaborer et d'appliquer le plan de développement des RHS puis de procéder de manière progressive à une augmentation de l'effectif du personnel de santé de 15% chaque année.

Résultat 5 : Le système de gestion de l'hygiène hospitalière est introduit dans au moins 80% des formations sanitaires ciblées.

- La réalisation de cet axe va permettre à l'ensemble du pays d'avoir une bonne couverture en dispositifs d'hygiène. Environ 80% des FOSA seront dotées d'un comité de Lutte contre les infections Nosocomiales, d'incinérateurs et de dispositifs de lave-main et latrines.

Résultat 6 : Mise à niveau des unités administratives et les infrastructures sanitaires.

- Il s'agira dans cet axe d'élaborer et/ou d'actualiser les Normes/standards des PMA / PCA et les appliquer dans tout le pays.

Résultat 7 : Mobilisation des ressources nécessaires pour le financement des soins.

- La réalisation de cet axe va permettre au pays non seulement de mobiliser mais surtout d'exécuter au moins 80% des ressources allouées au secteur de la santé pour une mise en œuvre efficace et efficiente du PMA/PCA. Un accent sera accordé à la Gratuité ciblée pour les urgences, les mères et les enfants de moins de 5 ans et étendue à tous les niveaux du système de soins.

Axe Stratégique 3 : Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

Deux résultats sont attendus de la mise en œuvre de cet axe stratégique. Il s'agit de : (i) La réduction de la mortalité maternelle de 890 à 712 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2019 ; et (ii) réduction de la mortalité infanto-juvénile est réduite de 179 à 143 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2019.

Résultats 1 : La mortalité maternelle est réduite de 890 à 712 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2019.

Ce résultat sera mis en œuvre à travers l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité d'un paquet d'interventions obstétricales et néonatales à haut impact. Le paquet d'interventions spécifique de santé de la mère et du nouveau-né comprendra au moins :

- L'augmentation de l'offre et l'amélioration de la qualité des services intégrés de santé de la reproduction des adolescents et jeunes incluant la prévention des grossesses précoce et/ou non désirées, la prévention de l'usage de substances nocives (alcool, tabac, drogues), la lutte contre les IST/VIH/Sida en partenariat avec les différents ministères concernés (Jeunesse, Education, Affaires sociales ...) et la société civile ;
- Le repositionnement de la planification familiale pour porter la prévalence contraceptive moderne à au moins 20 % des femmes demandeuses d'ici 2019, ceci à travers l'extension de la mise à l'échelle nationale des stratégies mobiles et de stratégies avancées orientées vers les populations éloignées, la mise en œuvre du plan de sécurisation des produits contraceptifs et le renforcement de la gestion de la logistique des produits SR.
- L'augmentation de la couverture des interventions essentielles de qualité focalisées sur : (i) le suivi de la grossesse (comme la CPN recentrée incluant la prophylaxie ARV chez les femmes séropositives) ; (ii) la généralisation de l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié niveau des FOSA avec utilisation systématique du partogramme et gestion active de la troisième phase du travail ; (iii) la déconcentration des structures offrant les soins obstétricaux et néonataux d'urgence et les soins après avortement par une mise à niveau des hôpitaux de district, régionaux et centraux en vue d'assurer la prise en charge à plus de 100% des grossesses compliquées ; (iv) la disponibilité des soins appropriés du suivi post-partum. Dans ce cadre, la disponibilité du personnel qualifié particulièrement les sages-femmes en zone éloignée sera généralisée à travers la mise en place des mécanismes de rétention, la mise à jour des compétences à travers l'organisation des stages hospitaliers (Mentorat et coaching), et la mise en œuvre du paquet de soins essentiels au nouveau-né dans les structures sanitaires du pays.
- La demande des services SMI/PF à travers : (i) l'appui à l'offre d'un paquet intégré de services SMI comprenant au moins un centre d'information sur la PF, la santé maternelle, la nutrition de l'enfant et les droits humains des femmes (âge minimum légal pour le mariage, conseil juridique pour lutter contre les violences, etc.) ; (ii) la mise en place d'une politique favorisant l'accès financier des femmes aux soins de santé maternelle (comme la généralisation de la gratuité de la CPN à l'accouchement normal, la subvention des bilans pré-natals, des médicaments génériques essentiels à la prise en charge de la santé maternelle, des césariennes; (iii) le développement des réseaux sociaux au niveau communautaire pour une meilleure utilisation des services sociaux de base et l'adoption de pratiques de santé

- adéquates ; **(iv)** le développement de la communication par les média et autres canaux que les ASC ;
- La promotion et la mise en œuvre des revues de cas/audits des décès maternels, néonataux et des échappées-belles à travers la mise en place d'action favorisant : **(i)** l'amélioration de la certification des causes de décès au niveau des Hôpitaux ; **(ii)** la systématisation des audits des échappées belles ; **(iii)** la surveillance des décès maternel et riposte au niveau des FOSA et des communautés ; et **(iv)** la prise en charge holistique des victimes de violence sexuelle.

Résultats 2 : La mortalité infanto-juvénile est réduite de 179 à 143 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2019.

L'Obtention du résultat 2 passera essentiellement sur le développement et le passage à l'échelle nationale des interventions préventives et curatives à haut impact relatives à la santé de l'enfant de 0 à 5 ans notamment : celles portant sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, celles ayant trait aux conditions adéquates d'hygiène d'eau et d'assainissement, la vaccination, ainsi que celles devant permettre de prévenir la transmission VIH/Sida de la mère à l'enfant et d'assurer la prise en charge et le suivi de l'enfant atteint de maladie. Il s'agit de garantir ainsi la continuité des soins avec les étapes précédentes et jusqu'à l'âge de 5 ans. Cela se fera en coordination avec les actions de lutte contre la maladie et dans le cadre d'un renforcement général du système de santé.

Plus particulièrement, il s'agira de développer les stratégies suivantes :

- Le renforcement des soins communautaires et familiaux à travers : **(i)** la promotion au niveau familial et communautaire des pratiques familiales essentielles, **(ii)** la mise en œuvre d'une approche intégrée des interventions (PCIMNE) pour le traitement et le suivi des pathologies les plus courantes et les plus létales pour les enfants de moins de cinq ans (comme la diarrhée, le paludisme, la pneumonie et la malnutrition sévère);
- Le renforcement de la politique de subvention des médicaments génériques essentiels à la prise en charge des maladies infantiles les plus létales ;
- Le renforcement des activités de communication au niveau communautaire sur les pratiques familiales essentielles à travers la formation des ASC en technique de communication et le développement de la communication par les médias et autres canaux que les ASC ;
- Le renforcement de la prestation des services au niveau des structures en accordant la priorité : **(i)** aux soins préventifs (renforcement du PEV de routine, supplémentation en micronutriments, fortification et conseils nutritionnels, déparasitage systématique périodique des enfants de 0 à 5 ans) ; **(ii)** la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIMNE clinique) visant en particulier les principales causes de mortalité infanto juvénile ; **(iii)** le traitement de la malnutrition aiguë des enfants ; **(iv)** la prise en charge et le suivi de l'enfant vivant avec le VIH. Dans ce domaine, l'accent sera donné à la rationalisation des soins en stratégie fixes et avancées, la mise en adéquation du plateau technique et la disponibilité des intrants essentiels en lien avec les actions de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Le renforcement du PEV se fera en particulier à travers la mise en œuvre de l'approche « Atteindre Chaque Enfant » (ACE) et l'introduction de nouveaux vaccins contre les maladies de l'enfance (infection à rotavirus) ;
- La formation des prestataires de santé, public et privé, et des agents de santé communautaire à la mise en œuvre du paquet de soins intégrés.

Axe Stratégique 4 : Amélioration de la Gestion des urgences et catastrophes

Cet axe stratégique vise quatre (04) principaux résultats : *(i)* les capacités du pays en matière de préparation et de la réponse aux urgences et autres catastrophes sont renforcées ; *(ii)* le système d'alerte et de réponse précoce aux urgences et catastrophes est renforcé ; *(iii)* les capacités logistiques du pays pour la réponse aux urgences et catastrophes sont renforcées ; *(iv)* les structures institutionnelles de préparation et de réponse aux urgences de santé publique et autres catastrophes sont renforcées.

Résultats 1 : Les capacités du pays en matière de préparation et de la réponse aux urgences et autres catastrophes sont renforcées.

- Ce résultat sera atteint à travers le renforcement des capacités des structures institutionnelles d'anticipation et de prévention des urgences et catastrophes pour que celles-ci disposent de plans et procédures de la préparation et de la réponse aux urgences et catastrophes. Ainsi, les alertes épidémiques seront investiguées dans les 48 heures.
- Il s'agira de mettre en place un comité national de gestion des urgences et catastrophes puis d'élaborer le plan national multirisque de préparation aux urgences qui sera mis à jour régulièrement. Des sessions de formation des agents de santé seront organisées sur la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) et l'investigation épidémiologique ;
- Il sera développé au niveau communautaire, un mécanisme de surveillance à base communautaire qui sera intégré au système afin de rendre plus sensible la surveillance ;
- Par ailleurs, la mise à la disposition des structures décentralisées des ressources et des outils de collecte et transmission des données est fondamentale pour le fonctionnement du dispositif de surveillance.

Résultats 2 : Le système d'alerte et de réponse précoce aux urgences et catastrophes est renforcé.

L'atteinte de ce résultat passera essentiellement par la dotation des moyens pour répondre aux urgences et catastrophes de sorte que les alertes soient confirmées au laboratoire dans les 48 heures et que les zones susceptibles de crise humanitaire ou accident de voie publique bénéficient d'une unité de prise en charge pour une réponse sanitaire adéquate. Plus particulièrement, il s'agira de mettre en œuvre les actions prioritaires suivantes :

- équiper les laboratoires centraux, régionaux et de districts en intrant pour le diagnostic des épidémies ;
- redynamiser le réseau de laboratoire par la supervision formative des agents des régions et districts sanitaires ;
- créer des unités de prise en charge des AVP dans les districts à risque et renforcer le mécanisme de références des AVP vers les centres spécialisés.

Résultats 3 : Les capacités logistiques du pays pour la réponse aux urgences et catastrophes sont renforcées.

Ce résultat est possible par la dotation des districts de santé en stock de contingence et moyens logistiques pour répondre aux urgences et catastrophes. Pour ce faire, les actions prioritaires suivantes doivent être mises en œuvre :

- évaluer les besoins des districts de santé en stocks de contingence et en moyens roulants ;
- mettre en place les stocks de contingence dans les districts sanitaires en fonction de l'analyse de risque et des besoins ;
- doter les districts de santé fonctionnels en moyens roulants en fonction des besoins.

Résultats 4 : Les structures institutionnelles de préparation et de réponse aux urgences de santé publique et autres catastrophes sont renforcées et fonctionnelles.

Ce résultat est fondamental car de lui dépendent la promptitude dans la préparation et de la réponse aux urgences de santé publique et autres catastrophes.

A cet effet, les principales actions prioritaires à mettre en œuvre sont:

- Redynamiser le comité de gestion des épidémies ;
- Mettre en place un PFN RSI opérationnel ;
- Mettre en place l'autorité légale du Centre des Opérations des Urgences en Santé Publique (COUSP) ;
- Renforcer les capacités des directions techniques.

Axe Stratégique 5 : Amélioration de la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles

Sept résultats sont attendus de la mise en œuvre de cet axe stratégique d'ici fin 2019. Il s'agit de : (i) la réduction des nouvelles infections sont de 7300 à 2400 NV ; (ii) la réduction du nombre total de personnes décédés des causes liées au SIDA pour 100 000 habitants de 391 à 343 ; (iii) la réduction de la mortalité liée à la tuberculose de 45 à 34 pour 100 000 habitants ; (iv) la réduction de la mortalité attribuable au paludisme dans la population générale y compris les populations clés de 21, 7 à 18 % ; (v) la mortalité prématuée attribuable aux MNT avant 70 ans est réduite de 50 % à 40 % ; (vi) l'élimination des MTN à Chimiothérapie préventive (Filariose lymphatique, Schistosomiase, Onchocercose, Trachome, Géohelminthiases) et des MTN à diagnostic et traitement cas par cas (lèpre, Trypanosomiase Humaine Africaine) et la certification de l'éradication de la dracunculose ; (vii) réduction de l'incidence des maladies mentales de 1800 à 1400 en 2019.

Résultat 1 : Réduire le nombre de nouvelles infections de 7300 à 2400

Les actions prioritaires à renforcer sont :

- Identifier et rendre opérationnelle toutes les structures de dépistage dans chaque district sanitaire (publiques, privées et communautaires) ;
- Assurer le dépistage initié par le prestataire dans chaque district sanitaire ;
- Augmenter la capacité et la qualité de dépistage dans les structures d'encadrement des adolescents et des jeunes dans chaque district sanitaire ;
- Étendre le dépistage des enfants au niveau de la famille (fratrie et cas index) ;
- Etendre la disponibilité des préservatifs dans tous les DS du pays (Promotion de la distribution dans les UPEC, CTA, Sites PTME, Structures d'accueil des jeunes en préservatifs ; Création des points de ventes des préservatifs ; Marketing social) ;
- Etendre la disponibilité de PMA (Interventions spécifiques) en direction des populations clés - HSH, PS, milieu carcéral dans tous les DS du pays (Sensibiliser les population clés) ;
- Former les membres des associations des populations clés ; Former le personnel en charge des populations clés ;

- Assurer le démarrage de la PrEP en faveur des HSH avec l'appui du CNRISTAR (intégration de la quantification des ARV et intrants dans les outils d'information des HSH, organisation des journées d'information des HSH).

Résultats 2 : Le nombre total de personnes décédées des causes liées au SIDA pour 100 000 habitants est réduit de 391 à 343.

Au total 14 actions prioritaires sont indispensables pour réduire ces décès. Il s'agit de :

- Assurer le dépistage du VIH chez tous les patients tuberculeux et les populations clés
- Mettre en place la stratégie de différenciation des soins pour adultes et enfants
- Etendre les structures de prise en charge au niveau de toutes les sous-préfectures (UPEC et CTA)
- Assurer la prise en charge des comorbidités VIH/TB et VIH/Hépatite
- Approvisionner régulièrement les structures de prise en charge en médicaments
- Décentralisation des structures de laboratoire de diagnostic et de suivi biologique (CV, PCR, hémogramme) dans les Régions Sanitaires et districts sanitaires,
- Assurer la subvention du suivi biologique des marqueurs des hépatites B et C chez les PVVIH ;
- Assurer l'observance au traitement des PVVIH sous traitement (Recruter et former les médiateurs communautaires ;
- Intégrer les médiateurs communautaires pour le suivi communautaire des PVVIH dans les ASC reconnus par le MSP et le FBP des CS et PS)
- Assurer la prise en charge nutritionnelle (éducation nutritionnelle, démonstration culinaire, distribution des vivres, assistance alimentaire sur ordonnance)
- Assurer la surveillance des IAP , les UPEC et les CTA de chaque District Sanitaire (Rendre disponible les outils actualisés d'évaluations des IAP, Former et superviser les prestataires)
- Mettre à jour, diffuser les outils de collecte, assurer la collecte des données sur la prise en charge des cas de TB auprès des FOSA, des UPEC, des CTA et des Districts Sanitaires.
- Assurer correctement la collecte, l'analyse et la diffusion des données VIH/Sida dans les UPEC et les CTA de chaque DS et au niveau central (Rendre disponible et assurer la bonne tenue des outils ; Elaborer, faire valider, diffuser, former et superviser les prestataires sur les modalités pratiques de collecte des informations sur les IO ; intégrer les données sur la recherche active de la TB et de la prévention par l'INH)
- Assurer l'archivage de qualité (stockage et accès) des données/documents de lutte contre le VIH/SIDA à tous les niveaux du MSP ;
- Assurer l'archivage de qualité (stockage et accès) des données/documents de lutte contre le VIH/SIDA à tous les niveaux du MSP.

Résultats 3 : La mortalité liée à la tuberculose est réduite de 45 à 34 pour 100 000 habitants

Plusieurs actions prioritaires sont requises pour atteindre l'impact fixé, à savoir :

- Étendre et renforcer la capacité des CDT de 80 à 90 (recrutement de 20 personnels qualifiés, dotation en microscopes et nouveaux moyens de diagnostic de la TB)
- Faire la cartographie des potentiels centres de traitement antituberculeux et mettre en place le mécanisme de référencement des crachats vers les centres de diagnostic ;
- Assurer régulièrement le contrôle de qualité externe des centres de diagnostic et de traitement ;

- Appliquer les mesures du contrôle de l'infection dans les FOSA et la communauté ;
- Rendre disponible les médicaments antituberculeux dans les différentes structures de soins anti TB ;
- Assurer l'observance au traitement des patients tuberculeux en privilégiant l'approche de soins différenciés par implication de la communauté à travers les OAC et les acteurs humanitaires ;
- Rendre disponible les médicaments antituberculeux de 2ème ligne dans les différentes structures de PEC TBMR ;
- Etendre et renforcer les sites de PEC TBM au niveau décentralisé (RS2, RS3, RS4) ;
- Assurer l'observance au traitement des patients TB-MR en privilégiant le traitement directement observé (TDO) ;
- Assurer la gestion des effets secondaires liés aux médicaments de 2ème ligne (notification des effets indésirables et leur prise en charge) ;
- Rendre disponible et gratuit les test VIH dans tous les CDT ;
- Renforcer le mécanisme de collaboration TB/VIH à tous les niveaux (Dépistage systématique du VIH chez les tuberculeux et recherche systématique de la TB chez les PVVIH) ;
- Rendre disponible les ARV au niveau des sites de PEC TB ;
- Assurer le Traitement ARV par les agents des CDT eux-mêmes (renforcement des agents sur la PEC du VIH) ;
- Mettre à jour, diffuser les outils de collecte, assurer la collecte des données sur la prise en charge des cas de TB auprès des FOSA, des UPEC, des CTA et des Districts Sanitaires ;
- Intensifier les missions de coaching dans les structures de PEC TB (1 mission par trimestre) ;
- Assurer la collecte et l'analyse au niveau des FOSA, des UPEC, des CTA et des Districts Sanitaires et du niveau central du SNIS et la publication des bulletins mensuels sur l'évolution des indicateurs du programme.

Résultats 4 : La mortalité attribuable au paludisme dans la population générale y compris les populations clés est réduite de 21, 7 à 18 % d'ici 2019

Pour assurer le diagnostic, la PEC et la surveillance, les actions prioritaires indispensables sont de :

- Assurer l'acquisition programmée avec les PTF des produits antipaludiques (médicaments et autres intrants) à tous les niveaux du MSP ;
- Assurer la chaîne virtuelle contrôlée d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits antipaludiques (médicaments et autres intrants) à tous les niveaux du MSP ;
- Planifier et exécuter la formation continue du personnel de santé à tous niveaux du MSP sur la gestion des intrants antipaludiques selon le module national de gestion des MEG au niveau des districts Sanitaires et des FOSA ;
- Assurer l'équipement et intrant des laboratoires FOSA selon les documents techniques existants (directives nationales, algorithme de prise en charge) ;
- Assurer la distribution de routine des MILD aux femmes enceintes en CPN dès le premier contact et aux enfants de 0-11 mois lors de la vaccination de routine ;
- Assurer l'intégration de l'IEC/CCC et la mobilisation sociale dans la lutte contre le paludisme (la prévention du paludisme, la prise en charge du paludisme et le recours

- précoce aux soins) dans le document de la stratégie nationale de promotion de la Santé et du marketing social ;
- Poursuivre la campagne de distribution de masse dans les Régions Sanitaires non couvertes 4, 5, 6 en 2018 grâce aux micro-plans de distribution des districts ciblés accompagnés d'un programme de communication à travers les médias et les réseaux communautaires de lutte contre le paludisme ;
 - Assurer la distribution des MILD dans les foyers spécifiques (personnes déplacées internes, orphelinats, internats, hôpitaux etc...).
 - Assurer la dotation des FOSA CPN en SP pour le TPI
 - Assurer l'intégration des mécanismes de Suivi et Evaluation de la mise en œuvre des activités de santé communautaire (y compris le paludisme) dans la planification, la supervision faites par les ECD, ERS et le niveau central du MSP.
 - Elaborer, faire valider et mettre en œuvre plan de recherche sur le paludisme sous le pilotage de la plateforme créée qui assurera le mécanisme de partage des résultats des études;
 - Assurer la gestion des données sur la prise en charge du paludisme auprès des structures communautaires, des FOSA publiques et privées et des Districts Sanitaires.

Résultats 5 : La mortalité précoce attribuable aux MNT avant 70 ans est réduite de 50 % à 40 %

La prise en charge et la prévention des maladies non transmissibles concerne les pathologies suivantes : les maladies cardiovasculaires dont le chef de file est l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les cancers, l'insuffisance rénale, la drépanocytose, les maladies buccodentaires, les affections ophtalmologiques et les affections auditives. A ces maladies, il faut associer les phénomènes de violence et traumatisme.

Pour atteindre cet impact, les actions prioritaires sont les suivantes :

- Assurer le dépistage précoce et la meilleure prise en charge des cas d'Hypertension Artérielle et du diabète dans les Centres de Santé, les Hôpitaux de District, les HRU et les Hôpitaux Centraux/Référence ;
- Assurer la surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque associés ;
- Elaborer/ valider les documents normatifs spécifiques : Plan stratégique, directives cancers, politique Lutte Anti-Tabac, Registres Cancers ;
- Doter la DLM et le SLMNT en équipements informatiques ;
- Doter la DLM et le SLMNT en moyen logistique pour les campagnes de dépistage et orientation des malades et supervision ;
- Renforcer les capacités des agents de santé sur les directives WHO PEN de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles.

Résultats 6 : Atteindre le seuil d'élimination des MTN à Chimiothérapie préventive et des MTN à diagnostic et traitement cas par cas et Certifier l'éradication de la dracunculose.

Les activités couvrent actuellement 8 Préfectures sur 16, soit un taux de couverture de 50 %. La prise en charge et la prévention des maladies tropicales négligées à chimiothérapie préventive (onchocercose, filariose lymphatique, schistosomiase, géohelminthiases) et traitement par cas (vers de guinée, Ulcère de Buruli, Lèpre, Trypanosomiase Humaine Africaine) concerneront 2 autres préfectures supplémentaires qui seront cartographiées en 2018 et les actions prioritaires suivantes sont indispensables pour couvrir le reste des Préfectures à cartographier.

L'atteinte des objectifs d'élimination et/ou d'éradication des MNT nécessite la mise en œuvre des actions prioritaires suivantes :

- Elaborer les plans d’actions spécifiques de lutte contre les maladies tropicales négligées ;
- Réaliser la cartographie des MTN à Chimiothérapie préventive (Filariose lymphatique, Schistosomiase, Onchocercose, Trachome, Géohelminthoses) dans les 8 Préfectures restantes ;
- Organiser le ravitaillement des Districts Sanitaires en intrants de PEC des MNT à CTP
- Organiser les campagnes de distribution de masse des MNT à CTP ;
- Collecter les données des campagnes de distribution ;
- Assurer la surveillance pour la certification de l’éradication de la dracunculose ;
- Assurer la surveillance pour la certification de l’élimination de la Trypanosomiase ;
- Organiser de la collecte des données de routine sur les maladies tropicales négligées.

Résultats 7 : L’incidence des maladies mentales est réduite 1800 à 1400 en 2019

La prise en charge et la prévention des maladies mentales et toxicomanies sont assurées à travers les actions prioritaires suivantes :

- Elaborer les plans d’actions spécifiques de lutte contre les maladies mentales ;
- Réhabiliter le Service de Psychiatrie ;
- Doter le Service en médicaments essentiels et subventionner la PEC des malades ;
- Former des Spécialistes : Psychologues Cliniciens, Psychiatres, Infirmiers Spécialisés ;
- Assurer l’identification précoce communautaire des maladies mentales dans chaque district Sanitaire ;
- Assurer le dispositif de prise en charge dans les FOSA et au niveau communautaire de chaque District Sanitaire (Directives nationales, Formation continue, médicaments, suivi communautaire, référence et contre référence).

IV. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU PISS 2018-2019

Le MSP dans le cadre de redynamisation de son pilotage à travers le management participatif, en plus du Cluster Santé qui est bien fonctionnel, va mettre en place un CCPS fonctionnel à travers ses groupes thématiques et son secrétariat permanent assuré par la DEP.

4.1 PRINCIPES DIRECTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du PISS repose sur les principes suivants :

4.1.1 Intégration

La fourniture de soins de qualité passe par une prestation intégrée des services et la coordination des approches du système de santé entre les programmes, les acteurs et les initiatives multiples sans pour autant minimiser les particularités de chaque programme.

4.1.2 Obligation liées aux responsabilités (Redevabilité)

Les acteurs au développement de santé allant du premier responsable jusqu'au niveau du simple bénéficiaire ainsi que les partenaires techniques financiers qui se sont engagées devraient œuvrer vers l'atteinte des objectifs selon leur niveau de responsabilité respective.

4.1.3 Efficience

L'efficience des interventions est assurée par l'utilisation rationnelle et coordonnée des ressources existantes. La bonne gouvernance assure l'articulation entre les acteurs et toutes les parties prenantes à l'efficience du système de santé.

4.1.4 Innovation

Le contexte appelle à une approche innovante dans la planification, la mise en œuvre et le suivi de ce plan de développement et pour l'assurance de l'atteinte des objectifs.

4.1.5 Approche fondée sur les droits de l'homme

Il s'agit de reconnaître que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation, conformément à Déclaration universelle des droits de l'homme.

4.1.6 Approche fondée sur l'équité

Il s'agit de reconnaître que la répartition inégale des maladies non transmissibles est due, en fin de compte, à la répartition inéquitable des déterminants sociaux de la santé, et qu'il est

essentiel d'agir sur ces déterminants, à la fois pour les groupes vulnérables et pour l'ensemble de la population, pour créer des sociétés équitables, économiquement productives, saines et n'excluant personne.

4.1.7 Action nationale et coopération et solidarité internationales

Il s'agit de reconnaître le rôle et la responsabilité premiers des gouvernements pour relever le défi que représentent les maladies non transmissibles, ainsi que le rôle important de la communauté internationale pour aider les États Membres à compléter les efforts nationaux.

4.1.8 Action multisectorielle

Il s'agit de reconnaître que, pour être efficace, la lutte contre les maladies non transmissibles doit reposer sur le leadership, un engagement coordonné des différentes parties prenantes et une action multisectorielle de la part des pouvoirs publics et d'un large éventail de parties prenantes. Cet engagement et cette action incluront, selon le besoin, l'intégration de la santé dans toutes les politiques et des approches fédérant tous les acteurs publics, dans des secteurs tels que la santé, l'agriculture, la communication, l'éducation, l'emploi, l'énergie, l'environnement, la finance, l'alimentation, les affaires étrangères, le logement, la justice et la sécurité, le corps législatif, les affaires sociales, le développement économique et social, le sport, la fiscalité, le commerce et l'industrie, les transports, l'urbanisme et la jeunesse, ainsi qu'un partenariat avec les entités compétentes de la société civile et du secteur privé.

4.1.9 Prise en compte de tous les âges de la vie

Il est possible de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles à plusieurs stades de la vie ; c'est souvent au début de l'existence que les possibilités de prévention primaire sont les meilleures. Les politiques, plans et services de lutte contre les maladies non transmissibles doivent tenir compte des besoins sanitaires et sociaux à tous les âges de la vie. L'action doit porter au départ sur la santé maternelle, y compris la période préconceptionnelle, les soins prénatals et postnatals, la nutrition de la mère et la réduction de l'exposition aux facteurs de risque environnementaux ; se poursuivre par une alimentation adaptée du nourrisson (y compris la promotion de l'allaitement maternel) et par la promotion de la santé de l'enfant et de l'adolescent ; puis s'attacher à la promotion de la santé au travail, du vieillissement en bonne santé et des soins aux personnes âgées atteintes de maladies non transmissibles.

4.1.10 Autonomisation des personnes et des communautés

Il faudrait œuvrer à une plus grande autonomie des personnes et des communautés, qui devraient participer aux activités de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris à la sensibilisation, à l'élaboration des politiques, à la planification, à la législation, à la fourniture des services, au suivi, à la recherche et à l'évaluation.

Stratégies fondées sur des bases factuelles

Les stratégies et les pratiques destinées à prévenir et à combattre les maladies non transmissibles doivent être fondées sur les données scientifiques les plus récentes et/ou sur les meilleures pratiques, sur le rapport coût/efficacité, sur l'accessibilité économique et sur des principes de santé publique, en tenant compte des considérations culturelles.

Couverture sanitaire universelle

Chacun devrait avoir accès, sans discrimination, à des ensembles de prestations de santé déterminées à l'échelle nationale et incluant la promotion, la prévention, le traitement curatif et la réadaptation nécessaires, ainsi qu'à des médicaments essentiels de qualité qui soient à la fois sûrs, abordables et efficaces, tout en veillant à ce que le recours à ces prestations n'expose pas les usagers à des difficultés financières, l'accent étant mis sur les populations pauvres et vulnérables.

Gestion des conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels :

Une lutte efficace contre les maladies non transmissibles passe par la participation de plusieurs acteurs étatiques et non étatiques, y compris de la société civile, du monde universitaire, de l'industrie et d'organisations non gouvernementales et professionnelles. En matière de lutte contre les maladies non transmissibles, les politiques de santé publique, les stratégies et l'action multisectorielle devraient être protégées de toute influence indue ou de toute forme d'intérêt. Les conflits d'intérêts réels, perçus ou potentiels doivent être reconnus et gérés, type ingérence des sociétés de fabrication ou d'importation des produits de tabac et de vente de boissons.

La situation de crise que traverse le pays induit des risques et contraintes majeurs. Réussir à gérer la transition entre le contexte d'urgence prévalant aujourd'hui et une future relance du système de santé suppose de considérer et trouver des solutions face aux éléments qui peuvent aller à l'encontre de la mise en œuvre. Ils sont divisés ci-dessous en cinq types de contraintes différents : (1) structurelles ; (2) contextuelles ; (3) fonctionnelles ; (4) financières ; (5) sociales et comportementales.

Après la mise en œuvre du PTSS 2015-2017, le constat est que le secteur de la santé de la RCA s'inscrit encore dans la transition entre le contexte humanitaire et la résilience sans atteindre le décollage effectif vers la route du développement sanitaire. Les éléments suivants sont considérés comme des risques à surmonter :

Contraintes structurelles : Réactivité des organes de concertation. Les partenaires à la santé présents dans le pays répondent souvent à des logiques et des stratégies d'intervention différentes. Les positions peuvent être difficiles à concilier (ex : entre urgentiste et développementaliste). Le succès du plan de transition dépendra probablement en grande partie de l'efficacité des plateformes de concertation et coordination, qui elles-mêmes dépendront des individus qui s'y investissent. Il faut tant que possible qu'elles soient des espaces dynamiques de débat pour trouver des solutions pratiques aux problèmes prioritaires, dans un esprit de compréhension des contraintes et positions respectives.

Contraintes contextuelles : Volatilité et imprévisibilité des contextes. En plus des difficultés d'accessibilité liée à la dégradation des routes, ponts, bacs, parc automobile, piste d'atterrissement, fleuve ; l'insécurité périodique qu'on observe souvent dans plusieurs zones du pays, freine la relance harmonisée du système nationale de santé. Sans abandonner ces zones, le MSP avec ses PTF vont continuer à apporter à travers le PISS 2018-2019 des réponses humanitaires adaptées favorisant la résilience.

Contraintes fonctionnelles : renforcement effectif du système de santé. Le redéploiement des activités sanitaires est réel dans la majeure partie du pays déjà stabilisée. Il serait effectif si le MSP pouvait recruter et à payer un personnel qualifié de santé au niveau décentralisé, à organiser un approvisionnement de qualité à l'échelle nationale et à réhabiliter convenablement les différentes structures de santé selon les normes sanitaires adoptées. Actuellement les FOSA non supportées par les partenaires posent un défi réel dans le cadre de l'amélioration de l'accessibilité des populations vulnérables aux soins de santé de base. Au cours de la mise en œuvre du PISS 2018-2019, un dialogue franc entre le MSP et ses PTF se focalisera à trouver des solutions locales de transition en continuant la recherche et la concrétisation de celles qui structureront et amélioreront la performance du système national de santé.

Contraintes financières : ampleur et acheminement des ressources. Fort est de constater que le PTSS 2015-2017 a mobilisé beaucoup de financement mais que les besoins du système national de santé restent immense. La RCA va redéployer ses efforts pour la mobilisation et l'orientation des fonds vers la stratégie combinée de financement qui vise progressivement la Couverture Universelle en Santé (Gratuité ciblée, Financement basé sur la Performance, le recouvrement des coûts, le Financement direct des réhabilitations, des équipements et matériels de santé et des salaires,).

Contraintes comportementales et sociales : restaurer la confiance. Malgré que le redéploiement des activités sanitaires soit réel dans la majeure partie du pays déjà stabilisée, le manque de confiance, la méfiance des services de santé par la population, les actes malveillants et la discrimination pratiqués par certains prestataires sont signalés partout dans les enquêtes communautaires de satisfaction. Le MSP et ses PTF feront en sorte que ces informations soient remontées au plus haut niveau pour les mesures correctives et l'adoption de la stratégie de mobilisation en santé adaptée.

V. PHASAGE DE LA MISE EN ŒUVRE

5.1 Mécanisme de mise en œuvre

La mise en œuvre du plan de transition sera intimement liée au dialogue entre MSP et partenaires et la réactivité des instances de coordination et concertation. Il sera nécessaire de s'accorder sur les principales étapes jalonnant la définition, la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation de stratégies de transition. Les premiers points précédant la mise en œuvre effective du plan sont les suivants :

Elaborer une feuille de route conjointe. La feuille de route visera à planifier et coordonner les interventions des différentes parties dans le processus de transition. Il s'agit de s'accorder sur un agenda glissant déterminant à chaque étape quelle est l'action à mener, qui en est responsable et pour quand elle doit être finalisée. La feuille de route doit rester un outil dynamique à discuter et adapter avec l'ensemble des parties prenantes en vue de mobilisation de ressources conséquentes. De même, il est nécessaire que des individus et non des institutions soient désignés en vue d'engager la responsabilité individuelle des personnes concernées.

Structurer les instances de coordination. Le PISS propose une organisation des instances de coordination. Il faudra s'accorder au plus vite sur leur composition et modalités en vue d'initier les interventions du plan intérimaire à travers :

Stratégies d'accélération de l'atteinte de résultats et d'impact

- La détermination des grands problèmes prioritaires de santé :
 - Lutte contre les maladies cibles du PEV ;
 - Santé Maternelle et infantile y compris la malnutrition ;
 - VIH/Tuberculose/Paludisme.

Les volets transversaux à savoir : l'information sanitaire ; les médicaments ; financement et la santé communautaire seront tenus dans les priorités ;

- La détermination de stratégies d'intervention ciblées en fonction du niveau de fonctionnalité et de stabilité des zones d'intervention: Il s'agit de déterminer de manière réaliste quel type d'intervention peut être développé et dans quel contexte (sécurisés, stables plus ou moins sécurisées etc.) et quelles sont les stratégies alternatives à mettre en œuvre pour combler les manques ;
- La micro-planification du PISS au niveau des DS afin de prendre en compte les spécificités et le renforcement de l'appropriation ; sont des approches différencierées retenues pour accélérer l'atteinte des résultats et l'impact.

5.2 Le suivi du cycle de planification politique :

Le MSP veillera à intégrer ses partenaires dans un processus régulier de documentation, revue et adaptation des stratégies opérationnelles, via notamment l'organisation de planifications annuelles au niveau central et décentralisé, et de revue annuelle conjointe. Cela devra déboucher à terme sur le développement d'un PNDS III.

Adoptant l'usage du management participatif des toutes les actions du MSP, la mise en œuvre du PISS 2018-2019 sera intimement liée au fonctionnement et aux résolutions du CCPS. Il sera nécessaire de s'accorder sur les principales étapes suivantes qui vont désormais guider le MSP dans son avancement :

- Structurer et mettre en fonction les instances de coordination : un nouveau Cadre de Concertation des Partenaires de la santé fonctionnelle à travers ses groupes thématiques, sera mis en place par Arrêté ministériel afin d'accompagner le MSP dans la mise en œuvre harmonieuse du PISS 2018-2019 et dans l'adoption de la politique nationale de santé et son cadre de développement sanitaire ;
- Déterminer, compléter et adopter les normes sanitaires par un Paquet d'Activités harmonisé au niveau communautaire. Le nouveau Cadre de Concertation des Partenaires de la santé fonctionnelle à travers l'un de ses groupes thématiques y apportera des éclaircissements ;
- Déterminer et adopter la stratégie de financement du système national de santé orientée vers l'atteinte progressive de la Couverture Universelle en Santé. Thème qui sera conclu par l'un de ses groupes thématiques du nouveau Cadre de Concertation des Partenaires de la santé ;
- Adopter, appliquer et suivre un cycle de planification politique, stratégique et opérationnelle dans lequel s'inscrit le PISS 2018-2019.

VI. ESTIMATION DES COÛTS ET LA BUDGÉTISATION

L'enveloppe totale du PISS 2018-2019 est arrêtée à **105 944 450 087** F CFA soit **182 348 451** USD. Cette enveloppe se décline ainsi qu'il suit par an :

- En 2018 : **58 279 379 537** F CFA soit **100 308 743** USD ce qui correspond à USD 22 par habitant ;
- En 2019 : **47 665 070 550** F CFA soit **82 039 708** USD ce qui correspond à USD 18 par habitant.

5.1 CADRAGE PAR AXE STRATÉGIQUE

Tableau II : Répartition budgétaire par axe stratégique

La répartition de cette enveloppe par axe stratégique se présente comme l'indique le tableau ci-dessous.

Cadrage par domaine d'intervention (en F CFA)	2018	2019	TOTAL	%
1. Renforcement du ministère en charge de la santé dans ses fonctions de gouvernance	27 260 425 000	19 188 130 000	46 448 555 000	44%
2. Mise à disposition d'un Paquet Minimum et Complémentaire d'Activités de qualité	3 733 750 000	6 971 250 000	10 705 000 000	10%
3. Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant	14 807 235 500	7 772 500 000	22 579 735 500	21%
4. Gestion des urgences et catastrophes	2 038 500 000	1 897 125 000	3 935 625 000	4%
5. La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles est améliorée	10 439 469 037	11 836 065 550	22 275 534 587	21%
TOTAL	58 279 379 537	47 665 070 550	105 944 450 087	

Le tableau ci-dessus traduit clairement que les axes d'interventions du PTSS 2015-2017 sont encore d'actualité et méritent plus de financement pour continuer à soutenir la résilience du système national de santé dans le cadre du PISS 2018-2019. L'accent est sur la continuation de la remise à niveau des services de santé de base (10 % des ressources financières), la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant (21 %), l'accélération de la mise en œuvre de la lutte contre les maladies (21%) et le renforcement de la gouvernance du système de santé (44%).

Grâce à l'initiative Humanitaire à travers le Cluster Santé, 4,2% des ressources seront allouées aux Urgences et Catastrophes.

5.2 SOURCES DE FINANCEMENT DU PISS

Le financement du PISS 2018-2019 sera assuré conjointement par le gouvernement centrafricain et les PTFs du secteur de la santé.

Ce cadre de financement est traduit dans le document du Cadre de Concertation du secteur de la santé auquel les engagements respectifs de chaque partie sont inscrits.

Les PTFs ayant signé ce document cadre se décline comme suit :

- UE/Bêku ;
- BM
- BAD
- SNU (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, PAM,)
- Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme ;
- GAVI ;
- ONG (MSF, IMC, FAIRMED etc.)
- Coopération bilatérale

VII. FINANCEMENT DU PISS 2018-2019

La mise en œuvre des différents axes stratégiques du PISS requiert la mobilisation de ressources de la part de l'Etat et des PTF. Ces ressources devraient couvrir les coûts de ces axes stratégiques, c'est-à-dire les besoins financiers du secteur santé pour la période 2018-2019. Même le secteur privé à but lucratif pourra aussi, éventuellement, y participer à travers de mécanismes de partenariat bien ciblés.

Etant donné que l'économie nationale est encore fragile avec un taux de croissance très faible, les ressources disponibles sont rares et ne permettent pas de répondre à l'ampleur des besoins réels de santé.

Le budget du secteur santé étant tributaire du financement externe à près de 80% environ, la réalisation des interventions prioritaires va inévitablement souffrir à défaut d'aides extérieures et de la participation des entités concernées. Le budget alloué au secteur de la santé devrait alors augmenter annuellement parallèlement aux besoins ressentis et les procédures de mobilisation et d'utilisation des fonds devraient être assouplies.

VIII. CADRE DE PERFORMANCE DU PLAN INTERIMAIRE DU SECTEUR DE LA SANTE 2018-2019

Axe stratégique 1 : Renforcement du ministère en charge de la santé dans ses fonctions de gouvernance (Coût total 2018-2019 = 46 448 555 000 F CFA)												
Indicateurs de résultats		Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme				Responsable	Budget global				
			2018		2019			Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)		
			1	2	3	4		1	2	3	4	
1.1.1: Les organes de planification, de coordination, de suivi et évaluation sont redynamisés à tous les niveaux d'ici 2019	1.1.1: Les organes de planification, de coordination, de suivi et évaluation sont redynamisés à tous les niveaux d'ici 2019	Mettre en place un comité multisectoriel de coordination en santé	x	x			Cabinet	2 500 000			2 500 000	
		Elaborer la cartographie des interventions des PTF et ONG dans les régions et districts du pays.		X	x		DGPEH/DEP	4 000 000			4 000 000	
		Renforcer le Ministère en charge de la Santé d'une assistance technique résidente sur l'ensemble des fonctions de gouvernance	x	x			DGPEH/DEP	30 000 000			30 000 000	
		Renforcer le Ministère en charge de la Santé d'une assistance technique perlée sur des thématiques spécifiques (suivi du plan intérimaire de santé, réforme de l'approvisionnement en médicament, ressources humaines, financement de la santé, autres).	x	x			DGPEH/DEP	35 000 000			35 000 000	
1.1.2: les capacités institutionnelles du MSP sont renforcées d'ici 2019	1.1.2: les capacités institutionnelles du MSP sont renforcées d'ici 2019	Elaborer et adopter la Politique Nationale de Santé	x	x			Cabinet/CMPS	8 500 000			8 500 000	
		Elaborer, adopter et valider le PNDS III		x	x	x	Cabinet/CMPS	55 000 000			55 000 000	

	Elaborer et adopter le code de santé publique	x	x	x			Cabinet/CMPS	7 500 000		7 500 000
	Elaborer et adopter une Loi Hospitalière	x	x	x	x	x	Cabinet/ICSPQS	5 000 000		5 000 000
	Réviser l'organigramme du Ministère en charge de la Santé	x	x				Cabinet/CMAJC	250 000		250 000
	Finaliser le Plan de développement des ressources humaines	x	x				Cabinet/DR	9 500 000		9 500 000
	Elaboration d'un plan de redéploiement / retour au poste du personnel du Ministère en charge de la Santé dans chaque région	x	x		x	x	Cabinet/DR	250 000		250 000
	Elaborer le plan d'effectif du personnel de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	x	x	x	x	x	Cabinet/DR	3 000 000		3 000 000
1.1.3: Les ressources humaines sont recrutées et redéployées à tous les niveaux	Recruter le personnel de santé qualifié et les affecter dans les régions, les districts selon les normes établies	x	x	x	x	x	Cabinet/DR	270 000 000		270 000 000
	Harmoniser les modalités de recrutement du personnel contractuel par les CONGES, COGES et les ONG	x	x	x	x		Cabinet/DR	-	-	-
	Définir et harmoniser la grille de paiement des primes de performance au personnel de santé (fonctionnaires, contractuels) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	x	x	x			Cabinet/DR	750 000		750 000
	Elaborer et mettre en œuvre un plan annuel de formation continue du personnel de santé à tous les niveaux	x	x		x	x	Cabinet/DR	1 050 000		1 050 000

	Redynamiser/rendre fonctionnel l'observatoire national des ressources humaines	x	x	x	x	x			Cabinet/DR	1 275 000		1 275 000
	Mettre en place une plate forme de réflexion sur l'utilisation des agents de santé communautaire			x	x	x			Cabinet/DR	200 000		200 000
1.1.4: Les FOSA sont construites, réhabilitées et équipées selon les normes disponibles à tous les niveaux	Accroître la couverture géographique par la construction de nouvelles FOSA selon les normes disponibles	x	x	x	x	x	x	x	DGPEH/DDIS	23 360 000 000		23 360 000 000
	Réhabilitation des FOSA détruites ou vétustes	x	x	x	x	x	x	x	DGPEH/DDIS	11 130 000 000		11 130 000 000
	Renforcer les plateaux techniques des Formations sanitaires en moyens modernes de diagnostic et produits de santé			x	x	x	x	x	DGPEH/DDIS	8 622 500 000		8 622 500 000
	Equiper les différents services du Ministère en charge de la Santé en moyens logistique et informatique	x	x	x	x	x			DGPEH/DDIS	1 724 500 000		1 724 500 000
	Elaborer un document d'uniformisation des acquisitions des équipements biomédicaux			x	x	x			DGPEH/DDIS	550 000		550 000
	Mettre à jour les normes de constructions des FOSA à tous les niveaux			x	x	x			DGPEH/DDIS	775 000		775 000
	Elaborer et appliquer un plan de réhabilitation des structures de santé à tous les niveaux			x	x	x			DGPEH/DDIS	1 530 000		1 530 000
	Elaborer et appliquer un plan de maintenance, amortissement et renouvellement des équipements et matériels médicaux et biomédicaux	x	x	x					DGPEH/DDIS	5 000 000		5 000 000
1.1.5: Un mécanisme de financement pérenne de la santé est mise en place d'ici 2019	Elaborer les comptes nationaux de la Santé pour les années 2018-2019 ;	x	x						DGPEH/DEP	17 500 000		17 500 000
	Elaborer le document de la politique nationale de financement de la santé	x	x	x	x				DGPEH/DEP	5 000 000		5 000 000

	Mettre en place un Fonds national pour la santé	x x x x x x x x x	DGPEH/DEP	-	-	-
	Mettre en place un mécanisme d'assurance maladie	x x x x x x x x x	DGPEH/DEP	-	-	-
1.1.6: Les supervisions des services sont organisées de manière intégrée à tous les niveaux du système de santé selon la périodicité	Elaborer et mettre en œuvre un Plan de supervision intégré à tous les niveaux	x x x x x x x x x	DS/RS/ Directions Centrales	215 000 000		215 000 000
	Organiser les monitorages des activités à tous les niveaux	x x x x x x x x x	DS/RS/Directions Centrales	430 000 000		430 000 000
	Organiser la revue interne des activités de la santé à tous les niveaux	x x x x x x x x x	DS/RS/Directions Centrales	86 000 000		86 000 000
1.1.7: les données du SNIS sont disponibles à temps réel et utilisées pour la planification, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux du Système de santé	Finaliser et mettre en œuvre un plan opérationnel du SNIS	x x x x x x x x x	DGPEH/DEP	129 000 000		129 000 000
	Harmoniser l'outil du SNIS avec le logiciel DHIS2 (District Health Intragration System 2)	x x x x x x x x x	DGPEH/DEP	1 250 000		1 250 000
	Intégrer les données du SNIS dans le logiciel DHIS2 y compris les données communautaires	x x x x x x x x x	DGPEH/DEP	3 750 000		3 750 000
	Renforcer les capacités des acteurs qui participent à la gestion des données à tous les niveaux	x x x x x x x x x	DGPEH/DEP	215 000 000		215 000 000
1.1.10: 'Le document de stratégie nationale de communication en santé est disponible	Réviser le document de stratégie nationale de communication en santé	x x x x x x x x x	DSC	2 500 000		2 500 000
	Piloter et faire le suivi de l'élaboration du plan intégré opérationnel de communication	x x x x x x x x x	DSC	28 750 000		28 750 000
	Développer et faire diffuser les messages à travers différents canaux de communication	x x x x x x x x x	DSC	15 000 000		15 000 000
	Poursuivre le développement du site web du MSP et autres outils de communication.	x x x x x x x x x	Cabinet/DR/DEP	500 000		500 000
	Mettre en place une adresse email avec Dropbox de chaque service du niveau central, des régions sanitaires, des	x x x x x x x x x	Cabinet/DR/DEP	31 175 000		31 175 000

Districts Sanitaires et des Hôpitaux;											
Faire la planification des besoins et Doter à travers le budget public les services centraux, les régions Sanitaires, les districts sanitaires et les hôpitaux l'équipement informatique, modem et frais de communication	x	x	x	x	x	x	x	Cabinet/DR/DEP	-	-	-

Axe stratégique 2 : Mise à disposition d'un Paquet Minimum et Complémentaire d'Activités de Qualité (Coût total 2018-2019 = 10 705 000 000 F CFA)														
Résultats d'Impact/Effet 2. 1 : La disponibilité des produits de santé (Médicaments, vaccins, produits sanguins et intrants) est assurée dans au moins 60 % des cas à tous les niveaux														
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme								Responsable	Budget global			
		2018				2019								
		1	2	3	4	1	2	3	4		Total 2018-2019 (F CFA)	Montant Disponible (F CFA)	Montant A Rechercher (F CFA)	
2.1.1: Nombre de documents de politiques et de textes législatifs/réglementaires élaborés/révisés et appliqués dans le secteur pharmaceutique	Renforcer les capacités des structures de gestion du secteur pharmaceutique (Niveaux central et régional) en ressources	x	x	x	x	x	x			ISP/DPM/DRS	55 000 000		55 000 000	
	Mettre à jour le plan opérationnel de la politique pharmaceutique communautaire	x	x	x						ISP/DPM	12 000 000		12 000 000	
	Réviser et diffuser les textes législatifs et réglementaires d'exercice du secteur pharmaceutique	x	x	x						ISP/DPM	2 500 000		2 500 000	
	Evaluer le niveau d'application de la réglementation pharmaceutique communautaire.	x	x	x						ISP/DPM	3 000 000		3 000 000	
	Mettre en œuvre le plan annuel d'inspection pharmaceutique	x		x		x		x		ISP/DPM	2 500 000		2 500 000	
2.1.2: La centrale d'achat des MEG est restructurée/reformée/renforcée et fonctionnelle	Mettre en place un cadre de concertation sur la gouvernance des produits médicaux	x	x	x						ISP/DPM	1 250 000		1 250 000	
	Actualiser la cartographie des établissements pharmaceutiques agréés	x	x	x						ISP/DPM	1 000 000		1 000 000	

	Finaliser et valider le processus de restructuration /la reforme/renforcement de l'UCM	x	x							ISP/DPM	1 500 000 000		1 500 000 000
	Renforcer les circuits d'approvisionnement et de distribution régulière des produits médicaux de qualité sur toute l'étendue du territoire			x	x					ISP/DPM	1 500 000 000		1 500 000 000
2.1.3: Nombre de Régions Sanitaires disposant de dépôts pharmaceutiques	Construire/réhabiliter les dépôts pharmaceutiques régionaux	x	x	x	x	x	x			ISP/DPM/DD IS	192 000 000		192 000 000
	Multiplier les points agréés de vente des produits de qualité dans les districts	x	x	x	x	x	x			MSP/ISP/DP M	157 500 000		157 500 000
2.1.4: Nombre de jours rupture des médicaments et produits traceurs dans le mois dans les FOSA	Elaborer et appliquer un Plan national d'approvisionnement	x	x	x						MSP/ISP/DP M	1 000 000		1 000 000
	Renforcer la capacité des professionnels dans la gestion de l'approvisionnement en produits médicaux	x	x	x	x	x	x	x		MSP/ISP/DP M	43 750 000		43 750 000
	Créer un comité de quantification des produits médicaux a tous les niveaux	x	x							MSP/ISP/DP M	67 500 000		67 500 000

Résultats d'Impact/Effet 2. 2 : L'accessibilité financière des populations aux médicaments essentiels génériques est augmentée d'au moins 60 %												
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme							Responsable	Budget global		
		2018			2019					Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)
		1	2	3	4	1	2	3	4			
2.2.1: Le programme de couverture sanitaire universelle est mis en place progressivement	Elaborer un texte prolongeant les directives de gratuité totale ou partielle de soins		x	x					MSP/ISP/DP M	250 000		250 000
	Mettre en place un système d'assurance maladie (Assurance, mutuelle, Carte d'abonnement sanitaire)		x	x	x	x	x	x	MSP	-	-	-
	Renforcer l'offre d'un paquet de prestations de services au niveau communautaire		x	x	x	x	x	x	DGPES/DGS P	-	-	-
	Renforcer le système de soins en milieu scolaire, professionnel et carcéral		x	x	x	x	x	x	MSP/MEN/M DN /MFP/CNSS	-	-	-
2.2.2: Le système de tarification des médicaments est révisé et fonctionnel dans les secteurs (publics, privés et confessionnels) à tous les niveaux	Revoir et diffuser la structure de prix de vente des produits médicaux		x	x					MSP/ISP/DP M	-	-	-
	Appliquer les prix révisés des produits médicaux dans les FOSA (publique, privée et confessionnelle) du pays			x	x	x	x	x	MSP/ISP/DP M/DRS/DS	3 000 000		3 000 000
	Assurer le suivi/contrôle régulier de l'application de la tarification révisée			x	x	x	x	x	ISP/DPM/DR S/DS	-	-	-

Résultats d'Impact/Effet 2. 3: Au moins 80 % des médicaments, vaccins, produits sanguins et intrants en circulation dans le pays sont de bonne qualité												
2.3.1: Un système d'assurance qualité des médicaments, vaccins, produits sanguins et intrants est révisé et mis en œuvre	Elaborer un document de plaidoyer pour renforcer l'engagement politique en faveur des la lutte contre les faux produits médicaux	x	x						MSP/ISP/DPM	250 000		250 000
	Créer et équiper un laboratoire de contrôle de qualité de niveau 1	x	x	x	x	x			MSP/ISP/DPM	125 000 000		125 000 000
	Redynamiser les brigades de répression contre les faux médicaments	x	x	x	x	x	x	x	MSP/MDN /MAT	20 000 000		20 000 000
	Renforcer les capacités des acteurs de media, des professionnels de la santé, des leaders communautaires et autres intervenants en matière de lutte contre les faux produits de santé	x	x	x	x	x	x	x	ISP/DPM/DRS/ DS	15 000 000		15 000 000
	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de communication sur la lutte contre les faux produits médicaux	X	X	X	X	X	X	X	ISP/DPM/DRS/ DS	2 500 000		2 500 000
Résultats d'Impact/Effet 2. 4: Les structures de santé disposent d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de PMA/PCA de qualité												
2.4.1: La proportion des RHS de qualité pour les prestations de service du PMA/PCA est augmentée d'au moins 15% par an	Elaborer les outils de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de ce plan	x	x	x					MSP/DR	500 000		500 000
	Adapter les curricula de formation aux besoins du secteur de la santé	x	x	x	x				MSP/MES/FAC SS	1 250 000		1 250 000
	Renforcer la capacité institutionnelle des institutions de formation	x	x	x	x	x	x	x	MSP/MES	75 000 000		75 000 000
	Elaborer une stratégie nationale de formation continue avec des plans consolidés à tous les niveaux du système	x	x	x					MSP/DR/DRS	72 000 000		72 000 000

	Renforcer la coordination entre le MSP et les Institutions de formation des RHS		x	MSP/MES/FAC SS	4 500 000		4 500 000						
	Développer un mécanisme d'incitation et de motivation du personnel de santé		x	MSP/MF	90 000 000		90 000 000						
	Elaborer et mettre en œuvre le plan de carrière du personnel de la santé		x	MSP/MFP/MF	9 500 000		9 500 000						
	Redéfinir/Identifier les profils des professionnels à former selon les priorités actuelles du secteur de la santé		x	x	x	x	x			MSP/MES/FAC SS	1 778 500 000		1 778 500 000
	Faire le plaidoyer auprès du gouvernement, des collectivités locales et des PTF pour la mise à disposition des FOSA des nouvelles RHS de qualité		x	MSP/DRS	-	-	-						
	Corriger les déséquilibres en matière de répartition des RHS par la régionalisation des postes		x	x	x	x				MSP/DRS	2 376 000 000		2 376 000 000

Résultats d'Impact/Effet 2. 5 : Le système de gestion de l'hygiène hospitalière est introduit dans au moins 80% des formations sanitaires ciblées														
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme								Responsable	Budget global			
		2018				2019					Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)	
		1	2	3	4	1	2	3	4					
2.5.1: Au moins 80% FOSA disposent d'un Comité de Lutte contre les infections Nosocomiales	Elaborer/Réviser et mettre en œuvre les directives de prévention des infections et d'hygiène hospitalière		x	x	x	x	x	x	x	DGPGEH/DG EHU/DR/MC D	-	-	-	
	Renforcer la capacité des FOSA sur les directives de prévention des infections nosocomiales et hygiène hospitalière	x	x	x	x	x	x	x	x	DGPGEH/DG EHU/DR/MC D	2 376 000 000		2 376 000 000	
2.5.2: Au moins 80 % des FOSA disposent d'un incinérateur	Construire/Réhabiliter 35 incinérateurs dans les FOSA	x	x	x	x	x	x	x	x	DDIS/DRS	84 000 000		84 000 000	
2.5.3: Au moins 80 % des FOSA disposent de latrines et d'un dispositif de lave-main	Construire/Réhabiliter 250 latrines et dispositifs de lavage des mains au niveau des FOSA	x	x	x	x	x	x	x	x	DDIS/DRS	87 000 000		87 000 000	
Résultats d'Impact/Effet 2. 6 : Mise à niveau des unités administratives et les infrastructures sanitaires														
2.6.1: Documents de Normes/standards des PMAQ sont actualisées et appliquées	Elaborer/Réviser les normes/standards des PMAQ		x	x	x	x	x	x	x	DGPGEH/DD IS/DRS	1 000 000		1 000 000	
	Renforcer les dispositifs de référence et contre référence	x	x	x	x	x	x	x	x	DGPGEH/DD IS/DRS	45 000 000		45 000 000	

Axe stratégique 3 : Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant (Coût total 2018-2019 = 22 579 735 500 F CFA)														
Résultats d'Impact/Effet 3. 1 : La mortalité maternelle est réduite de 890 à 712 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2019														
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme								Responsable	Budget global			
		2018				2019					Total 2018-2019 (FCFA)		Montant Disponible (FCFA)	
		1	2	3	4	1	2	3	4		Montant A Rechercher (FCFA)			
3.1.1: 25 % des femmes en âge de procréer utilisent les méthodes contraceptives d'ici 2019	Développer l'offre de service de PF au niveau communautaire	x	x	x	x	X	x	x	x	DSFP	87 500 000		87 500 000	
	Renforcer l'offre de service de PF au niveau des FOSA	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	105 000 000		105 000 000	
	Assurer l'intégration du PF dans le cahier de charge dans la section supervision et qualité de soins de l'ECD		x							DSFP	5 000 000		5 000 000	
	Assurer la dotation en équipement et Kit PF des CS et HD dans tous les Districts Sanitaires (100% des CDS et HD dotés par District)	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	630 000 000		630 000 000	
	Assurer la formation continue en PF du personnel de santé (Responsable du PF, Sages femmes et Matrones) des CS et HD dans tous les Districts Sanitaires (100% des Responsable du PF, Sages femmes et Matrones)	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	87 500 000		87 500 000	
	Assurer la formation continue en PF des agents de santé communautaire retenus par le MSP autour des FOSA dans tous les Districts Sanitaires (100% des ASC retenus)	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	157 500 000		157 500 000	

	Intégrer l'offre de service PF de manière effective dans les activités de SR y compris VIH au niveau des points de prestation	x x x x x x x x	DSFP	17 500 000		17 500 000
3.1.2: 60 % de femmes enceintes ont bénéficiée d'au moins 04 CPN recentrées d'ici 2019	Assurer l'approvisionnement en intrants pour la CPN (PTPE, VAT, MILDA, TPI, FAF, IST, dépistage de GAR) dans les FOSA à travers les Districts Sanitaires (Nombre de jours de ruptures dans le mois pour chaque intrant dans chaque FOSA et dans chaque BDS)	x x x x x x x x	DSFP	170 000 000		170 000 000
	Assurer la formation continue en CPN du personnel de santé (Responsable du PF, Sages femmes et Matrones) des CS et HD dans tous les Districts Sanitaires (100% des Responsable du PF, Sage-femmes et Matrones)	x x x x x x x x	DSFP	105 000 000		105 000 000
	Assurer la formation continue sur la promotion de la CPN (généré demande) des agents de santé communautaire retenus par le MSP autour des FOSA dans tous les Districts Sanitaires (100% des ASC retenus)	x x x x x x x x	DSFP	105 000 000		105 000 000
	Assurer la subvention de tous les examens de labo pour la CPN selon les types de FOSA dans tous les DS à travers le FBP ou les arrangements contractuels des PTF œuvrant dans les DS	x x x x x x x x	DSFP	52 500 000		52 500 000
	Assurer une enquête nationale rapide en SONU dans les DS	x	DSFP	15 000 000		15 000 000
3.1.3: 100% de complications obstétricales dépistées (10 à 15% des grossesses attendues dans les aires de santé des CS et DS) sont prise en charge dans les FOSA	Etendre couverture des FOSA en SONUB dans tous les DS (Equipement & Kits basiques, Formation continue, supervision formative)	x x x x x x x x	DSFP	490 000 000		490 000 000

	Assurer la gratuité des accouchements, des urgences obstétricales et des césariennes à travers le FBP ou les arrangements contractuels avec PTF compris le gouvernement	x x x x x x x x x	DSFP	9 000 000 000		9 000 000 000
	Restaurer, restructurer et mettre en œuvre le système national de références et contre référence	x x x x x x x x x	DSFP	3 000 000 000		3 000 000 000
	Elaborer et mettre en œuvre le plan de Surveillance des Décès Maternel et Riposte	x x x x x x x x x	DSFP	52 500 000		52 500 000
	Mettre en place un Plan d'élimination des Fistules Obstétricales	x x x x x x x x x	DSFP	55 000 000		55 000 000
	Intégrer le rapportage des décès maternels au niveau communautaire dans le SNIS	x x x x x x x x x	DSFP	-	-	-
3.1.4: 100% de victimes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge holistique dans les FOSA d'ici 2019	Renforcer les capacités des structures et des prestataires en matière de prise en charge holistique des victimes de violences sexuelles	x x x x x x x x x	DSFP	43 750 000		43 750 000
3.1.5: 75 % des femmes enceintes dépistées HIV+ reçoivent les ARV en 2019	Mettre à échelle l'offre de service en PTME dans les 35 districts	x x x x x x x x x	DSFP	122 500 000		122 500 000

Résultats d'Impact/Effet 3. 2 : La mortalité infanto-juvénile est réduite de 179 à 143 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2019

Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme								Responsable	Budget global			
		2018				2019					Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)	
		1	2	3	4	1	2	3	4					
3.2.1: 70% d'enfants nés de mères séropositives bénéficient d'une prise en charge adéquate selon le protocole national	Assurer le dépistage du VIH des enfants nés de mères séropositives par la PCR	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	-	-	-	
	Assurer la prophylaxie ARV des enfants nés de mères séropositives	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	-	-	-	
3.2.2: 40 % d'enfants de moins de	Assurer la formation d'un pool de 24	x								DSFP	67 500 000		67 500 000	

5 ans reçoivent bénéficient de la PCIMNE au niveau des FOSA selon les directives nationales	formateurs en PCIMNE clinique											
	Assurer la formation de 240 prestataires de service en PCIMNE clinique dans 9 districts (Bégoua, Bimbo, Bossemble, Mbaïki, Boda, Berberati, Carnot, Gamboula et Sangha Mbaére	x	x	x						DSFP	-	-
	Assurer la commande et la distribution de 240 FOSA des régions sanitaires N°1 et 2 en intrants PCIMNE (SRO, Zinc, Amoxicilline, Paracétamol, Fiches de prise charge)	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	7 500 000	7 500 000
	Assurer l'intégration de la supervision de la PCIMNE-Clinique et Communautaire dans le cahier de charge dans la section supervision et qualité de soins de l'ECD	x								DSFP	2 000 000 000	2 000 000 000
	Assurer la gratuité des soins des enfants < 5ans à travers le FBP ou les arrangements contractuels des PTF y compris le gouvernement	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	-	-
3.2.3: 55 % d'enfants de moins de 5 ans bénéficient de la PCIMNE au niveau communautaire selon les directives nationales	Faire le plaidoyer d'introduire la PCIME clinique dans les DS pilotes de la PCIME-Communautaire	x	x							DSFP	105 000 000	105 000 000
	Assurer l'extension de la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire (PECci) dans les régions sanitaires N° 2, 3,4 et 5.	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	3 500 000	3 500 000
	Développer les outils de mise en œuvre du paquet promotionnel de la PECCci	x	x							DSFP	13 000 000	13 000 000
	Assurer la supervision et le monitoring du paquet d'activités de la PEC-ci	x	x	x	x	x	x	x	x	DSFP	300 000 000	300 000 000
3.2.4: 50 % d'enfants de 0 à 11 mois sont complètement vaccinés	Renforcer la chaîne d'approvisionnement en vaccins									DSEIV	1 826 176 550	1 826 176 550

en PEV de routine d'ici 2019	Assurer un approvisionnement régulier en vaccins	x x x x x x x x	DSEIV	305 973 700		305 973 700
	Mettre en œuvre l'approche ACD dans toutes ses composantes dans les 32 districts	x x x x x x x x	DSEIV	600 000 000		600 000 000
	Mettre en œuvre l'approche urbaine de renforcement de vaccination de routine dans les 3 districts de Bangui	x x x x x x x x	DSEIV	120 000 000		120 000 000
	Introduire le Vaccin contre le ROTAVIRUS		DSEIV	90 000 000		90 000 000
	Organiser une enquête de couverture vaccinale en PEV de routine		DSEIV	2 310 085 250		2 310 085 250
	Organiser les activités de vaccinations supplémentaires		DSEIV	20 000 000		20 000 000
	Assurer la qualité des données de vaccination		DSEIV	140 000 000		140 000 000
	Assurer la maintenance des équipements de la chaîne de froid et des moyens roulants	x x x x x x x x	DSEIV	-	-	-
3.2.5: 95 % d'enfants de 6 à 59 mois Malnutris Aigues Sévères sont guéris d'ici 2019	Augmenter le nombre des structures de prise en charge de la MAS (UNT, UNTA)		DSC	300 000 000		300 000 000
	Doté les structures de prise en charge de la MAS (UNT, UNTA) en intrants et nutriments requis	x x x x x x x x	DSC	4 000 000		4 000 000
3.2.6: 50 % des Adolescents et des jeunes ont accès aux services de santé adaptés d'ici 2019	Redynamiser les centres de santé scolaire	x x x	DSFP	18 750 000		18 750 000
	Former les ECD et les prestataires de soins dans les FOSA y compris les centres de santé scolaire sur standards des services de santé d'adolescents et jeunes	x x x	DSFP	7 000 000		7 000 000
	Assurer l'implémentation et la supervision des services de santé adaptés aux Adolescents et Jeunes y compris centres de santé scolaire	x x x x x x x x	DSFP	40 000 000		40 000 000

Axe stratégique 4 : Gestion des urgences et catastrophes (Coût total 2018-2019 = 3 935 625 000 F CFA)														
Résultats d'Impact/Effet 4. 1 : Les capacités du pays en matière de préparation et de la réponse aux urgences et autres catastrophes sont renforcées														
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme								Responsable	Budget global			
		2018				2019					Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)	
		1	2	3	4	1	2	3	4					
4.1.1: 100 % des structures institutionnelles disposent de plans et procédures pour la préparation et la réponse aux urgences et catastrophes d'ici 2019	Réaliser une analyse des risques de santé au niveau national	x								SSE	40 000 000		40 000 000	
	Mettre en place un comité national de gestion des urgences et catastrophes	x	x	x						SSE	5 000 000		5 000 000	
	Elaborer le plan national multirisque de préparation aux urgences	x	x	x						SSE	5 000 000		5 000 000	
	Elaborer les plans opérationnels de préparation et réponse au niveau national	x	x	x						SSE	10 000 000		10 000 000	
	Elaborer et/ou mettre à jour les plans de contingence	x	x	x	x	x	x	x	x	SSE	30 000 000		30 000 000	
4.1.2: % des districts fonctionnels disposent d'un plan opérationnel de préparation et de réponse	Réaliser une analyse des risques de santé des districts en fonction du niveau de vulnérabilité	x	x	x	x	x				SSE	105 000 000		105 000 000	
	Elaborer des plans opérationnels préparation et réponse au niveau des districts de santé	x	x	x	x	x				SSE	105 000 000		105 000 000	
4.1.3: % des alertes épidémiques investiguées dans les 48 heures	Développer et mettre en œuvre un mécanisme de surveillance à base communautaire (ESB)	x	x	x	x	x				SSE	237 000 000		237 000 000	
	Former/Recycler les agents de santé sur la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) et l'investigation	x	x	x	x	x				SSE	21 000 000		21 000 000	

	épidémiologique													
	Organiser les exercices de simulation régulière	x	x	x	x	x	x	x	x	SSE	14 000 000			14 000 000
	Doter les structures décentralisées en outils de collecte et transmission des données	x	x	x	x	x	x	x	x	SSE	70 000 000			70 000 000

Résultats d'Impact/Effet 4. 2 : Le système d'alerte et de réponse précoce aux urgences et catastrophes est renforcé

Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme								Responsable	Budget global			
		2018				2019					Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)	
		1	2	3	4	1	2	3	4					
4.2.1: % d'alertes confirmées au laboratoire dans les 48 heures	Développer et mettre en œuvre un mécanisme de surveillance à base communautaire (ESB)	x	x							SSE	-	-	-	
	Equiper les laboratoires centraux, régionaux et de districts en intrant de laboratoire pour le diagnostic des épidémies	x	x	x						SSE	416 000 000		416 000 000	
	Redynamiser le réseau de laboratoire par la supervision formative des agents des régions et districts sanitaires	x	x	x						SSE	56 000 000		56 000 000	
	Doter les structures décentralisées en outils de collecte et transmission des données	x	x	x	x	x	x	x	x	SSE	-	-	-	
4.2.2: % de zones de crise humanitaire bénéficiant d'une réponse sanitaire	Créer des unités de prise en charge des AVP dans les districts à risque (Carnot, Boda, Sibut, Bria, Bossangoa, Baoro, Boali)	x	x	x	x					SSE	350 000 000		350 000 000	
	Former le personnel exerçant dans les centres de prise en charge des AVP	x	x	x						SSE	21 000 000		21 000 000	

4.2.3: % de centres des références disposant de plateau technique pour la prise en charge des accidents des voies publiques (AVP)	Renforcer le mécanisme de références des AVP vers les centres spécialisés (HC, Clinique MSF, CPB, HR Berberati, HD Bouar, HR Bambari)	x	x	x	x	x	x	x	x	SSE	350 000 000		350 000 000
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	-------------	--	-------------

Résultats d'Impact/Effet 4. 3 : Les capacités logistiques du pays pour la réponse aux urgences et catastrophes sont renforcées

Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme								Responsable	Budget global			
		2018				2019					Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)	
		1	2	3	4	1	2	3	4					
4. 3.1: % des districts de santé disposant de stock de contingence pour la préparation et réponse aux urgences et catastrophes	Conduire l'analyse de risque de santé dans les districts sanitaires	x	x	x						SSE	-	-	-	
	Evaluer les besoins des districts de santé en stocks de contingence									SSE	6 000 000		6 000 000	
	Mettre en place les stocks de contingence dans les districts sanitaires en fonction de l'analyse de risque				x	x				SSE	280 000 000		280 000 000	
4. 3.2: % des districts de santé disposant de la logistique de transport pour la préparation et réponse	Doter les districts de santé fonctionnels en moyens roulants en fonction des besoins			x	x	x	x			SSE	360 000 000		360 000 000	

Axe stratégique 5 : La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles est améliorée (Coût total 2018-2019 = 22 275 534 587 F CFA)												
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme				Responsable	Budget global					
		2018		2019			Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)			
		1	2	3	4	1	2	3	4			
5.1.1: Pourcentage des femmes en âge de procréer qui connaissent leur statut sérologique	Identifier et rendre opérationnelle toutes les structures de dépistage dans chaque district sanitaire (publiques, privées et communautaires)	x	x	x						DGESP/DES	189 000 000	
	Assurer le dépistage initié par le prestataire dans chaque district sanitaire	x	x	x	x	x	x	x	x	DGESP/DES	1 631 076 955	
	Augmenter la capacité et la qualité de dépistage dans les structures d'encadrement des adolescents et des jeunes dans chaque district sanitaire	x	x	x	x	x	x	x	x	DGESP/DES	-	-
	Etendre le dépistage des enfants au niveau de la famille (fratrie et cas index)	x	x	x	x	x	x	x	x	DGESP/DES	236 878 396	236 878 396
5.1.2: Pourcentage des femmes en âge de procréer qui utilisent correctement les préservatifs	Etendre la disponibilité des préservatifs dans tous les DS du pays (Promotion de la distribution dans les UPEC, CTA, Sites PTME, Structures d'accueil des jeunes en préservatifs; Crédit des points de ventes des préservatifs; Marketing sociale)	x	x	x	x	x	x	x	x	DGESP/DES	614 081 399	614 081 399

<p>Etendre la disponibilité de PMA (Interventions spécifiques) en direction des populations clés - HSH, PS, milieu carcéral dans tous les DS du pays (Sensibiliser les populations clés; Former les membres des associations des populations clés; Former le personnel en charge des populations clés)</p>	x x																						DGESP/DES 625 000 000 625 000 000
Assurer le démarrage de la PrEP en faveur des HSH avec l'appui du CNRISTAR (intégration de la quantification des ARV et intrants dans les outils d'information des HSH, organisation des journées d'information des HSH)	x x																						'DGESP/DES - - -

Résultats d'Impact/Effet 5. 2 : Le nombre total de personnes décédés des causes liées au SIDA pour 100 000 habitants est réduit de 391 à 343													
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme				Responsable	Budget global						
		2018		2019			Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)				
		1	2	3	4	1	2	3	4				
5.2.1: Nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique	Assurer le dépistage du VIH chez tous les patients tuberculeux et les populations clés,	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	-	-	-
	Mettre en place la stratégie de différenciation des soins pour adultes et enfants	x	x	x						'DGESP/DES	-	-	-
	Etendre les structures de prise en charge au niveau de toutes les sous-préfectures (UPEC et CTA)	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	6 240 000 000	7 800 000 000	14 040 000 000
	Assurer la prise en charge de la co-morbidité VIH/TB et VIH/Hépatite	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	100 000 000		100 000 000
	Approvisionner régulièrement les structures de prise en charge en médicaments	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	-	-	-
	Décentraliser les structures de laboratoire de diagnostic et de suivi biologique (CV, PCR, hémogramme) dans les Régions Sanitaires et districts sanitaires, Assurer la subvention du suivi biologique des marqueurs des hépatites B et C chez les PVVIH	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	-	-	-
5.2.2: Nombre et pourcentage des adultes et enfants sous TAR parmi tous les adultes et enfants vivant avec le VIH	Assurer l'observance au traitement des PVVIH sous traitement (Recruter et former les médiateurs communautaires; Intégrer les médiateurs communautaires pour le suivi communautaire des PVVIH dans les ASC reconnus par le MSPP et le FBP des CS et PS)	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	-	-	-
	'Assurer la prise en charge nutritionnelle (éducation nutritionnelle, démonstration culinaire, distribution des vivres, assistance alimentaire sur ordonnance)	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES			

	'Assurer la surveillance des IAP les UPEC et les CTA de chaque District Sanitaire (Rendre disponible les outils actualisés d'évaluations des IAP, Former et superviser les prestataires)	x x x x x x x x	'DGESP/DES	-	-	-
5.2.3: Nombre et pourcentage de personnes sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale	Mettre à jour, diffuser les outils de collecte, assurer la collecte des données sur la prise en charge des cas de TB auprès des FOSA, des UPEC, des CTA et des Districts Sanitaires.	x x	'DGESP/DES			
	Assurer correctement la collecte, l'analyse et la diffusion des données VIH/Sida dans les UPEC et les CTA de chaque DS et au niveau central (Rendre disponible et assurer la bonne tenue des outils ; Elaborer, faire valider, diffuser, former et superviser les prestataires sur les modalités pratiques de collecte des informations sur les IO; intégrer les données sur la recherche active de la TB et de la prévention par l'INH)	x x x x x x x x	'DGESP/DES	-	-	-
	Assurer l'archivage de qualité (stockage et accès) des données/documents de lutte contre le VIH/SIDA à tous les niveaux du MSPP	x x x x x x x x	'DGESP/DES	-	-	-

Résultats d'Impact/Effet 5. 3 : La mortalité liée à la tuberculose est réduite de 45 à 34 pour 100 000 habitants															
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme								Responsable	Budget global				
		2018				2019						Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)	
		1	2	3	4	1	2	3	4						
5.3.1: Nombre de tuberculose nouveaux cas et rechute notifiés	Etendre et renforcer la capacité des CDT de 80 à 90 (recrutement de 20 personnels qualifiés, dotation en microscopes et nouveaux moyens de diagnostic de la TB)	x	x	x	x					'DGESP/DES	-	-	-	-	
	Faire la cartographie des potentiels des centres de traitement antituberculeux et mettre en place le mécanisme de référencement des crachats vers les centres de diagnostic.	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	-	-	-	-	
	Assurer régulièrement le contrôle de qualité externe des centres de diagnostic et de traitement	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	-	-	-	-	
	Appliquer les mesures du contrôle de l'infection dans les FOSA et la communauté.	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	-	-	-	-	
5.3.2: % des patients en succès thérapeutique parmi les nouveaux cas de tuberculose et des rechutes	Rendre disponibles les médicaments antituberculeux dans les différentes structures de soins anti TB.	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	400 000 000		400 000 000		
	'Assurer l'observance au traitement des patients tuberculeux en privilégiant l'approche de soins différenciés par implication de la communauté à travers les OAC et les acteurs humanitaires	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	-	-	-	-	
	Faire un plaidoyer pour obtenir un appui nutritionnel aux patients TB dénutris;	x	x			x	x			'DGESP/DES	-	-	-	-	
5.3.4: % de patients en succès thérapeutique parmi les TB_MR traités	Rendre disponible les médicaments antituberculeux de 2ème ligne dans les différentes structures de PEC TBMR.	x	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES	100 000 000		100 000 000		
	Etendre et renforcer les sites de PEC TBM au niveau décentralisé (RS2, RS3, RS4).	x	x	x						'DGESP/DES	16 000 000		16 000 000		

	Assurer l'observance au traitement des patients TB-MR en privilégiant le traitement directement observé(TDO).	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES		-	-	-
	Assurer la gestion des effets secondaires liés aux médicaments de 2ème ligne (notification des effets indésirables et leur prise en charge).	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES		-	-	-
5.3.5: Pourcentage de tuberculose toutes formes avec un statut connu pour le VIH	Rendre disponible et gratuit les tests VIH dans tous les CDT	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES		-	-	-
	Renforcer le mécanisme de collaboration TB/VIH à tous les niveaux (Dépistage systématique du VIH chez les tuberculeux et recherche systématique de la TB chez les PVVIH).	x	x	x	x	x	x	x	DGESP/DES	30 000 000			30 000 000
5.3.6: Pourcentage de tuberculose toutes formes avec un statut connu pour le VIH mis sous TAR.	Rendre disponible les ARV au niveau des sites de PEC TB	x	x	x	x	x	x	x	'DGESP/DES		-	-	-
	Assurer le Traitement ARV par les agents des CDT eux-mêmes (renforcement des agents sur la PEC du VIH)	x	x			x	x		'DGESP/DES		-	-	-
5.3.7: Les mécanisme de Suivi & Evaluation (y compris le SNIS) des progrès de lutte contre la TB sont fonctionnels	Mettre à jour, diffuser les outils de collecte, assurer la collecte des données sur la prise en charge des cas de TB auprès des FOSA, des UPEC, des CTA et des Districts Sanitaires.	x	x			x	x		'DGESP/DES		-	-	-
	Intensifier les missions de coaching dans les structures de PEC TB(1 mission par trimestre).	x	x			x	x		'DGESP/DES		-	-	-
	Assurer la collecte et l'analyse au niveau des FOSA, des UPEC, des CTA et des Districts Sanitaires et du niveau central du SNIS et la publication des bulletins mensuels sur l'évolution des indicateurs du programme.	x		x		x		x	'DGESP/DES		-	-	-

Résultats d'Impact/Effet 5. 4 : La mortalité attribuable au paludisme dans la population générale y compris les populations clés est réduite de 21, 7 à 18 % d'ici 2019

Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme				Responsable	Budget global						
		2018		2019			Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)				
		1	2	3	4		1	2	3				
5.4.1: 'Proportion de cas de Paludisme simple ayant reçu un traitement antipaludique de première intention	Assurer l'acquisition programmée avec les PTF des produits antipaludiques (médicaments et autres intrants) à tous les niveaux du MSPP;	x	x	x	x	x	x	x	x	DGESP/DES	2 000 000 000		2 000 000 000
	Assurer la chaîne virtuelle contrôlée d'approvisionnement, de stockage et de distribution des produits antipaludiques (médicaments et autres intrants) à tous les niveaux du MSPP;	x	x	x	x	x	x	x	x	DGESP/DES	80 000 000		80 000 000
	Planifier et exécuter la formation continue du personnel de santé à tous niveaux du MSPP sur la la gestion des intrants antipaludiques selon le module nationale de gestion des MEG au niveau des districts Sanitaires et des FOSA.	x		x	x	x	x			DGESP/DES	24 000 000		24 000 000
5.4.2: Proportion des cas suspects de Paludisme soumis à un test parasitologique	'Assurer l'équipement et intrant des laboratoires FOSA selon les documents techniques existants (directives nationales, algorithme de prise en charge).	x		x	x	x	x			DGESP/DES	100 000 000		100 000 000
5.4.3: 'Pourcentage de la population ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédente	Assurer la distribution de routine des MILD aux femmes enceintes en CPN dès le premier contact et aux enfants de 0-11 mois lors de la vaccination de routine	x	x	x	x	x	x	x	x	DGESP/DES	112 114 446		112 114 446
5.4.4: Pourcentage des femmes enceintes bénéficiant des services de soins prénatals ayant reçu au moins trois doses TPI du Paludisme	Assurer l'intégration de l'IEC/CCC et la mobilisation sociale de la lutte contre le paludisme (la prévention du paludisme, la prise en charge du paludisme et le recours précoce aux soins) dans le document de la stratégie nationale de promotion de la Santé et du marketing social en santé.	x	x	x	x	x	x	x	x	DGESP/DES	20 000 000		20 000 000

	Poursuivre la campagne de distribution de masse dans les Régions Sanitaires non couvertes 4, 5, 6 en 2018 grâce aux micro-plans de distribution des districts ciblés accompagnés d'un programme de communication à travers les médias et les réseaux communautaires de lutte contre le paludisme.	x x x x		DGESP/DES	582 645 800		582 645 800
	Assurer la distribution des MILD dans les foyers spécifiques (personnes déplacées internes, orphelinats, internats, hôpitaux etc...).	x x x x		DGESP/DES	523 184 812		523 184 812
	Assurer la dotation des FOSA CPN en SP pour le TPI	x x x x x	x	DGESP/DES	127 402 780		127 402 780
5.4.5: Les mécanisme de Suivi & Evaluation (y compris le SNIS) des progrès de lutte contre le paludisme sont fonctionnels	Assurer l'intégration des mécanismes de Suivi et Evaluation de la mise en œuvre des activités de santé communautaire (y compris le paludisme) dans la planification, la supervision faites par les ECD, ERS et le niveau central du MSPP.	x x x x x x x x		DGESP/DES	175 000 000		175 000 000
	Elaborer, faire valider et mettre en œuvre le plan de recherche sur le paludisme sous le pilotage de la plateforme créée qui assurera le mécanisme de partage des résultats des études;	x x		DGESP/DES	125 000 000		125 000 000
	Assurer la gestion des données sur la prise en charge du paludisme auprès des structures communautaires, des FOSA publiques et privées et des Districts Sanitaires.	x x x x x x x x		DGESP/DES	60 480 000		60 480 000

Résultats d'Impact/Effet 5. 5 : La mortalité précoce attribuable aux MNT avant 70 ans est réduite de 25% d'ici 2022													
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme				Responsable	Budget global						
		2018		2019			Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)				
		1	2	3	4	1	2	3	4				
5.5.1: Le dépistage précoce et la meilleure prise en charge des cas des Maladies non Transmissibles est effectif dans les FOSA de chaque District Sanitaire (dépistage augmente de 5 fois par rapport à l'année 2010 (4500 cas au niveau national)	Assurer le dépistage précoce et la meilleure prise en charge des cas d'Hypertension Artérielle et du diabète dans les Centres de Santé, les Hôpitaux de District, les HRU et les Hôpitaux Centraux/Référence	x	x	x	x	x	x	x	x	SLMNT/ DLM	70 560 000		70 560 000
	Assurer la surveillance des MNT et de leurs facteurs de risque associés	x	x	x	x	x	x	x	x	SLMNT/ DLM	-	-	-
	Elaborer/ valider les documents normatifs spécifiques: Plan stratégique, directives cancers, politique Lutte Anti Tabac, Registres Cancers	x	x	x						SLMNT/ DLM	2 750 000		2 750 000
	Subventionner la PEC de 15000 personnes souffrant des MNT (MCV, HTA, Diabète, MRC, Drépanocytose, maladies bucco dentaires, OPH, auditives, Cancers, Insuffisance rénale)	x	x	x	x	x	x	x	x	SLMNT/ DLM	35 000 000		35 000 000
	Doter la DLM et le SLMNT en équipements informatiques	x				x				SLMNT/ DLM	-	-	-
	Doter la DLM et le SLMNT en véhicule 4X4 pour les campagnes de dépistage et orientation des malades et supervision						x			SLMNT/ DLM	25 000 000		25 000 000
	Organiser les campagnes de sensibilisation des populations lors des campagnes de dépistage de masse et dans les FOSA	x	x	x	x	x	x	x		SLMNT/ DLM	25 200 000		25 200 000
	Renforcer les capacités des agents de santé sur les directives WHO PEN de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles	x	x	x	x	x	x	x	x	SLMNT/ DLM	10 080 000		10 080 000

Résultats d'Impact/Effet 5. 6 : Atteindre le seuil d'élimination des MTN à Chimiothérapie préventive (Filariose lymphatique, Schistosomiase, Onchocercose, Trachome, Géohelmintiases) et des MTN à diagnostic et traitement cas par cas (lèpre, Trypanosomiase Humaine Africaine) et certifier l'éradication de la dracunculose												
Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme				Responsable	Budget global					
		2018		2019			Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)			
		1	2	3	4		1	2	3	4		
5.6.1. Les documents normatifs sont réactualisés	Faire la revue, élaborer et valider les documents normatifs de prévention et de lutte contre les MTN	x									SLMTN/ DLM	5 080 000
5.6.2: La cartographie des MTN est réalisée dans les 8 Préfectures restantes	Réaliser la cartographie des MTN à Chimiothérapie préventive (Filariose lymphatique, Schistosomiase, Onchocercose, Trachome, Géohelmintiases) dans les 8 Préfectures restantes	x	x	x	x	x	x	x	x		SLMTN/ DLM	17 500 000
5.6.3: Au moins 5 250 000 000 personnes (2600 000 en 2016 et 2 650 000 en 2019) vivant en zones d'endémies ont reçu les traitements appropriés au cours des campagnes de distribution de masse	Organiser le ravitaillement des Districts Sanitaires en intrants de PEC des MNT à CTP	x	x	x	x	x	x	x	x		SLMTN/ DLM	12 500 000
	Organiser les campagnes de distribution de masse des MNT à CTP	x	x	x	x	x	x	x	x		SLMTN/ DLM	15 000 000
	Collecter les données des campagnes de distribution	x	x	x	x	x	x	x	x		SLMTN/ DLM	45 000 000
5.6.4. Les seuils d'élimination des maladies à PEC cas par cas sont atteints et la certification de l'éradication de la dracunculose est obtenue	Organiser les campagnes de dépistage actif et traitement de la THA	x	x	x	x	x	x	x	x		SLMTN/ DLM	10 000 000
	Organiser les campagnes de dépistage actif et traitement de la lèpre	x	x	x	x	x	x	x	x		SLMTN/ DLM	16 000 000
	Organiser la surveillance du vers de Guinée dans la Vakaga	x		x		x		x			SLMTN/ DLM	10 500 000

	Organiser les campagnes de sensibilisation des communautés sur les MTN lors des campagnes de distribution de masse et en vue de leur élimination/éradiation	x x x x x x x x	SLMTN/ DLM	5 500 000		5 500 000
--	---	-----------------	---------------	-----------	--	-----------

Résultats d'Impact/Effet 5. 7 : Réduire de moitié l'incidence des maladies mentales d'ici à 2019

Indicateurs de résultats	Actions prioritaires à mettre en œuvre	Chronogramme				Responsable	Budget global			
		2018		2019			Total 2018-2019 (FCFA)	Montant Disponible (FCFA)	Montant A Rechercher (FCFA)	
		1	2	3	4		1	2	3	
5.7.1: les documents normatifs (plan stratégique, plan opérationnel disponible)	Organiser la revue, l'élaboration et la validation du plan stratégique de santé mentale	x	x				Programme santé mentale et lutte contre la toxicomanie/SLMN T/DLM	5 000 000		5 000 000
5.7.2: L'identification précoce et meilleure prise en charge des cas de maladies mentales et de la toxicomanie	Assurer l'identification précoce communautaire des maladies mentales et de la toxicomanie	x	x	x	x	x	Programme santé mentale et lutte contre la toxicomanie/SLMN T/DLM	5 000 000		5 000 000
	Sensibiliser les communautés sur l'identification précoce des maladies mentales et orientation pour PEC et suivi par la famille	x	x	x	x	x	Programme santé mentale et lutte contre la toxicomanie/SLMN T/DLM	6 000 000		6 000 000
	Réhabiliter le service de psychiatrie	x	x	x	x		Programme santé mentale et lutte contre la toxicomanie/SLMN T/DLM	25 000 000		25 000 000
	Former les spécialistes en psychiatrie et en psychologie clinique	x	x	x	x	x	Programme santé mentale et lutte contre la toxicomanie/SLMN T/DLM	17 000 000		17 000 000

IX. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PISS 2018-2019

Le cadre logique associé à ce PISS 2018-2019 est un cadre de performance qui servira de référence pour son suivi. Toutefois, le renforcement du système d'information sanitaire et de la surveillance épidémiologique des maladies, la définition d'un paquet et la précision de la mesure des indicateurs de performance de santé restent des chantiers prioritaires à finaliser.

Sur le plan de la supervision et du monitorage, l'accent sera d'abord mis sur le développement de formats de suivi par le niveau central et régional et de supervision formative intégrée des FOSA par les ECD.

Selon le degré de stabilisation et de retour à la fonctionnalité des zones, un système complet de supervision et monitorage sera progressivement réintroduit avec une supervision trimestrielle des activités des régions sanitaires par le niveau central, une supervision des districts tous les deux mois par les régions sanitaires et une supervision rapprochée des formations sanitaires par les équipes cadres de district. L'urgence dans un premier temps va évidemment à ce dernier niveau, en vue de favoriser la relance de prestations de santé de qualité acceptable.

Concernant l'évaluation, un cadre de suivi et évaluation est élaboré dans le processus de planification opérationnelle. Il déterminera la manière dont les données seront collectées, analysées et diffusées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Outre les données collectées via les mécanismes de surveillance épidémiologiques et certaines composantes du SNIS, le cadre de suivi évaluation veillera à planifier les études complémentaires nécessaires pour suivre l'état de santé de la population, analyser la relance effective du système de santé et apporter des réponses stratégiques adaptées aux contextes locaux. Elles seront intégrées dans le cycle de planification politique.

Outre ces études, une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du PISS sera planifiée pour le dernier semestre 2018 et servira à réorienter les stratégies pour la dernière année. Une évaluation finale sera réalisée à la fin du premier semestre 2019 dans la perspective de l'élaboration du PNDS III.

CADRE DE SUIVI ET EVALUATION

MATRICE DE PERFORMANCE					
Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
1.1.1: Les organes de planification, de coordination, de suivi et évaluation sont redynamisés à tous les niveaux d'ici 2019	0	35	35	1 an	Rapport MSP
1.1.2: les capacités institutionnelles du MSP sont renforcées d'ici 2019	0	5	5	1 an	Rapport MSP
1.1.3: Les ressources humaines en santé sont augmentées de 15% chaque année	2500	2875	3306	1 an	Rapport MSP/DR
1.1.4: Les FOSA et autres structures sanitaires sont construites, réhabilitées et équipées selon les normes disponibles à tous les niveaux	37%	65%	100%	1 an	Rapports MSP/DDIS
1.1.5: Un mécanisme de financement pérenne de la santé est mise en place	0	1		2 ans	Rapport MSP/DR
1.1.6: Les supervisions des services sont organisées de manière intégrée à tous les niveaux du système de santé selon la périodicité	0	306	306	Sem/trim/bimens	Rapports /niveau
1.1.7: Les données du SNIS sont disponibles à temps réel et utilisées pour la planification, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux du système de santé	33%	80%	90%	1 an	Rapports MSP/SNIS
1.1.8 : Missions statutaires du MSP sont organisées pour la performance des services				1 an	Rapport MSP
1.1.9 : Célébration des Journées Mondiales pour la santé	0	10	10	1 an	Rapport MSP
1.1.10: Le document de stratégie nationale de communication en santé est disponible	0	1	1	1 an	Rapport MSP/DSC

Axe stratégique 2 : Mise à disposition d'un Paquet Minimum et Complémentaire d'Activités de qualité

Résultats d'Impact/Effet 2. 1 : La disponibilité des produits de santé (Médicaments, vaccins, produits sanguins et intrants) est assurée dans au moins 60 % des cas à tous les niveaux					
Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
2.1.1: Nombre de documents de politiques et de textes législatifs/réglementaires élaborés/révisés et appliqués dans le secteur pharmaceutiques	ND	3	3	1 an	Rapports MSP/DirPharma
2.1.2: La centrale d'achat des MEG est restructurée/reformée/renforcée et fonctionnelle	0	1	1	1 an	Rapports MSP/DirPharma
2.1.3: Nombre de Régions Sanitaires disposant de dépôts pharmaceutiques	0	2	4	1 an	Rapports MSP/DirPharma
2.1.4: Nombre de jours rupture des médicaments et produits traceurs dans le mois dans les FOSA				3 mois	Rapports DRS/DirPharma
Résultats d'Impact/Effet 2. 2 : L'accessibilité financière des populations aux médicaments essentiels génériques est augmentée d' au moins 60 %					
2.2.1: Le programme de couverture sanitaire universelle est mis en place progressivement	0	1	1	1 an	Rapports MSP/DirPharma
2.2.2: Le système de tarification des médicaments est révisé et fonctionnel dans les secteurs (publics, privés et confessionnels) à tous les niveaux	0	1	1	1 an	Rapports MSP/DirPharma
Résultats d'Impact/Effet 2. 3: Au moins 80 % des médicaments, vaccins, produits sanguins et intrants en circulation dans le pays sont de bonne qualité					
2.3.1: Un système d'assurance qualité des médicaments, vaccins, produits sanguins et intrants est révisé et mis en œuvre	0	1	1	1 an	Rapports MSP/DirPharma
2.3.2: Un système national de pharmacovigilance et de l'usage rationnel de produits de santé est développé	0	1	1	1 an	Rapports MSP/DirPharma
2.3.3: Un dispositif de lutte contre les faux produits de santé et la vente illicite des produits de santé est disponible et fonctionnel	0	1	1	1 an	Rapports MSP/DirPharma
Résultats d'Impact/Effet 2. 4: Les structures de santé disposent d'un personnel de santé compétent, performant, en quantité suffisante et équitablement réparti pour une offre de PMA/PCA de qualité					
2.4.1: Le plan de développement des RHS est disponible et appliqué	0	1	1	1 an	Rapport MSP/DR
2.4.2: La proportion des RHS de qualité pour les prestations de service du PMA/PCA est augmentée d'au moins 15% par an	54%	65%	75%	1 an	Rapport MSP/DR

Résultats d'Impact/Effet 2. 5: Le système de gestion de l'hygiène hospitalière est introduit dans au moins 80% des formations sanitaires ciblées

2.5.1: Au moins 80% FOSA disposent d'un Comité de Lutte contre les infections Nosocomiales	ND	60%	80%	1 an	Rapports DGPGEH
2.5.2: Au moins 80 % des FOSA disposent d'un incinérateur	ND	60%	80%	1 an	Rapports DGPEH/DDIS/DRS
2.5.3: Au moins 80 % des FOSA disposent de latrines et d'un dispositif de lave-main	ND	60%	80%	1 an	Rapports DGPEH/DDIS/DRS
Résultats d'Impact/Effet 2. 6: Mise à niveau des unités administratives et les infrastructures sanitaires					
2.6.1: Documents de Normes/standards des PMA / PCA actualisées et appliquées	0	1	1	1 an	Rapports DGPEH/DDIS
Résultats d'Impact/Effet 2. 7: Mobilisation des ressources nécessaires pour le financement des soins					
2.7.1: La Gratuité ciblée pour les urgences, les mères et les enfants de moins de 5 ans est révisée et étendue à tous les niveaux du système de soins	ND	50%	80%	1 an	Rapports DSFP/DR
2.7.2: Au moins 80 % des ressources financières allouées pour une mise en œuvre efficace et efficiente du PMA/PCA sont mobilisées	ND	80%	80%	1 an	Rapports financiers DR
2.7.3: 100 % des ressources financières mobilisées pour la mise en œuvre du PMA/PCA sont exécutées	ND	100%	100%	1 an	Rapports financiers DR
Axe stratégique 3 : Amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant					
Résultats d'Impact/Effet 3. 1 : La mortalité maternelle est réduite de 890 à 712 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2019					
Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
3.1.1: 25 % des femmes en âge de procréer utilisent les méthodes contraceptives d'ici 2019	15% (MICS4/2010)	20%	25%	2 ans	MICS 2019
3.1.2: 60 % de femmes enceintes ont bénéficiées d'au moins 04 CPN recentrées d'ici 2019	38,10% (MICS4/2010)	50%	60%	2 ans	MICS 2019
3.1.3: 100% de complications obstétricales dépistées (10 à 15% des grossesses attendues dans les aires de santé des CS et DS) sont prise en charge dans les FOSA	ND	100%	100%		SNIS/MICS 2019
3.1.4: 100% de victimes de violences sexuelles bénéficient d'une prise en charge holistique dans les FOSA d'ici 2019	ND	100%	100%		SNIS/MICS 2019

3.1.5: 75 % des femmes enceintes dépistées HIV+ reçoivent les ARV en 2019	64,44 % (Rapport DES 2016)	70%	75%	1 an	Rapports DES
Résultats d'Impact/Effet 3. 2 : La mortalité infanto-juvénile est réduite de 179 à 143 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2019					
3.2.1: 70% d'enfants nés de mères séropositives bénéficient d'une prise en charge adéquate selon le protocole national	46,87% (MICS4/2010)	60%	70%	2 ans	MICS 2019
3.2.2: 40 % d'enfants de moins de 5 ans reçoivent bénéficient de la PCIMNE au niveau des FOSA selon les directives nationales	29% (MICS4/2010)	35%	40%	1 an	Rapports DSFP
3.2.3: 55 % d'enfants de moins de 5 ans bénéficient de la PCIMNE au niveau communautaire selon les directives nationales	40% (2017)	50%	60%	1 an	Rapports DSFP
3.2.4: 50 % d'enfants de 0 à 11 mois sont complètement vaccinés en PEV de routine d'ici 2019	34% (Enquête CV 2016)	40%	50%	1 an	Enquêtes CV
3.2.5: 95 % d'enfants de 6 à 59 mois Malnutris Aigues Sévères sont guéris d'ici 2019	89 % (2017 Cluster nut)	90%	95%	1 an	Cluster nutrition
3.2.6: 50 % des Adolescents et des jeunes ont accès aux services de santé adaptés d'ici 2019	ND	30%	50%	1 an	Rapports DSFP
Axe stratégique 4 : Gestion des urgences et catastrophes					
Résultats d'Impact/Effet 4. 1 : Les capacités du pays en matière de préparation et de la réponse aux urgences et autres catastrophes sont renforcées					
Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
4.1.1: Proportion des structures institutionnelles disposent de plans et procédures pour la préparation et la réponse aux urgences et catastrophes d'ici 2019	50%	80%	100%	1 an	Rapports Surveillance/ COUSP
4.1.2: % des districts fonctionnels disposent d'un plan opérationnel de préparation et de réponse	0%	25%	50%	1 an	Rapports Surveillance/ COUSP
4.1.3: % des alertes épidémiques investiguées dans les 48 heures	10%	30%	50%	1 an	Rapports Surveillance/ COUSP

Résultats d'Impact/Effet 4. 2 : Le système d'alerte et de réponse précoce aux urgences et catastrophes est renforcé					
4.2.1: % d'alertes confirmées au laboratoire dans les 48 heures	0%	15%	30%	1 an	Rapports Surveillance/ COUSP
4.2.2: % de zones de crise humanitaire bénéficiant d'une réponse sanitaire	78%	85%	90%	1 an	Rapports Surveillance/ COUSP
4.2.3: % de centres des références disposant de plateau technique pour la prise en charge des accidents des voies publiques(AVP)	50%	75%	90%	1 an	Rapports Surveillance/ COUSP
Résultats d'Impact/Effet 4. 3 : Les capacités logistiques du pays pour la réponse aux urgences et catastrophes sont renforcées					
4. 3.1: % des districts de santé disposant de stock de contingence pour la préparation et réponse aux urgences et catastrophes	< 10%	25%	50%	1 an	Rapports Surveillance/ COUSP
4. 3.2: % des districts de santé disposant de la logistique de transport pour la préparation et réponse	60%	80%	100%	1 an	Rapports annuels DLM/Direction Ressources
Axe stratégique 5 : La lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles est améliorée					
Résultats d'Impact/Effet 5. 1 : Les nouvelles infections sont réduites de 8700 à 6200 NV					
Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
5.1.1: Pourcentage de femmes en âge de procréer qui connaissent leur statut sérologique	30%	50%	60%	2 ans	GARP 2016
5.1.2: Pourcentage des femmes en âge de procréer qui utilisent correctement les préservatifs	25%	50%	60%	2 ans	GARP 2016
Résultats d'Impact/Effet 5. 2 : Le nombre total de personnes décédées des causes liées au SIDA pour 100 000 habitants est réduit de 7300 à 2400					

Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
5.2.1: Nombre de PVVIH qui connaissent leur statut sérologique	61 574	121 500	126 000	1 an	Données du programme
5.2.2: Nombre et pourcentage des adultes et enfants sous TAR parmi tous les adultes et enfants vivant avec le VIH	33 227	109 350	113 400	1 an	Données du programme
5.2.3: Nombre et pourcentage de personnes sous TAR qui présentent une suppression de la charge virale	54,50%	90%	90%	1 an	Données du programme
Résultats d'Impact/Effet 5. 3 : L'incidence de la tuberculose est réduite de 391 à 343 pour 100 000 habitants					
Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
5.3.1: Nombre de tuberculose nouveaux cas et rechute notifiés	5545	6454	7099	1 an	Données du programme 2016
5.3.2: Nombre total de cas de tuberculose toutes formes notifiés	10618	12054	13259	1 an	Données du programme 2016
Résultats d'Impact/Effet 5. 4 : La mortalité liée à la tuberculose est réduite de 45 à 34 pour 100 000 habitants					
Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
5.3.4: % de patients en succès thérapeutique parmi les nouveaux cas de tuberculose et des rechutes	78%	80%	90%	1 an	Données du programme 2016
5.3.5: % de patients en succès thérapeutique parmi les TB_MR traités	81%	85%	90%	1 an	Données du programme 2016
5.3.6: % de tuberculose toutes formes confondues avec un statut connu pour le VIH	64%	80%	90%	1 an	Données du programme 2016
5.3.7: % de tuberculose toutes formes confondues avec un statut connu pour le VIH mis sous TAR	73%	90%	> 90%	1 an	Données du programme 2016
Résultats d'Impact/Effet 5. 4 : La mortalité attribuable au paludisme dans la population générale y compris les populations clés est réduite de 21,7 % à 18 % d'ici 2019					
Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
5.4.1: % des cas suspects de Paludisme soumis à un test parasitologique	79,10%	90%	95%	1 an	Données du PNLP 2016, 2018,2019

5.4.2: % de cas de Paludisme simple ayant reçu un traitement antipaludique de première intention	80%	90%	95%	1 an	Données du PNLP 2016, 2018,2020
5.4.3: % de la population ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédente	87%	90%	95%	2 ans	MIS 2016
5.4.4: % des femmes enceintes bénéficiant des services de soins prénatals ayant reçu au moins trois doses TPI du Paludisme	38%	60%	80%	2 ans	MIS 2016

Résultats d'Impact/Effet 5. 5 : Réduire d'ici fin 2022, la mortalité précoce (avant 70 ans) de 25% attribuables aux MNT; Réduire la prévalence de l'HTA de 34,5 % en 2011 à 24 % en 2019 et du diabète de 0,8 % en 2011 à 0,4 % en 2019

Indicateurs de résultats	Base line	Cibles		Période	Sources de données
		2018	2019		
5.5.1 Proportion de sujets de 25 à 64 ans souffrant de MNT qui sont actuellement sous traitement médical	HTA = 9,3 % Diabète= 0,8 % (2010)	45%	60%	1 an	Enquête NCD_pays /DGSP/DLM
5.5.2. Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les jeunes en milieu scolaire, y compris l'exposition à la fumée de tabac	9% (2009)	8%	7%	5 ans	Enquête Global Youth Tobacco Survey (GYTS) /DGSP/DLM
5.5.3. Réduction relative de 30 % de la prévalence du tabagisme actuel chez les adultes de 15-64 ans y compris l'exposition à la fumée de tabac	14,1 % (2010)	10%	9%	5 ans	Enquête STEPS /DGSP/DLM
5.5.4. Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient dans le cadre National	STEPS 2010= Femmes 20,3 % Hommes 36,3 %	F 19,6 % H 35,3 %	F 19 % H 35 %	5 ans	Enquête STEPS /DGSP/DLM
5.5.5: Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité	HTA = 34,5 % et Diabète = 0,8 % en 2011	HTA = 33,8 % et Diabète = 0,78 %	HTA = 33,1 % et Diabète = 0,76 %	5ans	Enquête STEPS Campagnes de dépistage et traitement de cas HTA et diabète

Résultats d'Impact/Effet 5. 6 : Atteindre le seuil d'élimination des MTN à Chimiothérapie préventive (Filariose lymphatique, Schistosomiase, Onchocercose, Trachome, Géohelmintases) et des MTN à diagnostic et traitement cas par cas (lèpre, Trypanosomiase Humaine Africaine) Certifier l'éradication de la dracunculose

5.6.1. Nombre et proportion de personnes des zones endémiques cartographiées qui ont reçu un traitement lors des campagnes de distribution de masse des mdts des MTN à PCT	2336767 pers en 2016 Filariose lymphatique > 2 % Schistosomiase 45% Trachome > 1 % Géohelminthiase s > 20 % 2008	2600000 personnes Filariose lymphatique <1 % Schistosomiase 5% Trachome < 1 % Géohelminthiase s < 5 %	2650000 personnes Filariose lymphatique <1 % Schistosomiase < 5% Trachome < 1 % Géohelminthiase s < 5 %	1 an	Rapport campagnes de distribution cartographie dans 8 Préfectures,
5.6.2. Nombre et proportion de personnes des zones endémiques diagnostiquées et qui ont reçu un traitement à PEC des cas (Lèpre, THA, ver de Guinée, Pian, Ulcère de Buruli, Trachome)	2016 Lèpre < 1 cas pour 10 000 habitants THA : 2 nouveaux cas pour 10 000 habitants	Lèpre : < 1 cas pour 10000 Hb THA : 1,5 nouveau cas pour 10 000 U Buruli : 0 Vers de Guinée : 0	Lèpre : < 1 cas pour 10000 Hb THA : < 1 cas pour 10 000 habitants U Buruli : 0 Vers de Guinée : 0	1 an	Rapport annuel SMTN Enquêtes
5.6.3. Proportion des foyers endémiques MNT qui bénéficient de la Lutte	50% 2016	63%	100%	1 an	Rapport annuel MTN
5.7. Résultats d'Impact/Effet : Réduire de moitié l'incidence et la mortalité due aux maladies mentales d'ici fin 2022					
5.7.1. Incidence (Nombre de nouveaux cas) des personnes souffrant de maladies mentales	1830 (2017)	1500	1400	1 an	Rapport Programme santé mentale et lutte contre la toxicomanie
5.7.2. Nombre et pourcentage de personnes souffrant de maladies mentales avec PEC subventionnée (anciens et nouveaux cas)	4600 (2017)	5400	6300	1 an	Rapport Programme santé mentale et lutte contre la toxicomanie

X. CONCLUSION

Optant pour la prolongation de la période de transition du secteur de la santé avant d'élaborer un plan de développement sanitaire de troisième génération, le PISS 2018-2019 est la suite du PTSS 2015-2017.

Le cadre de la performance du PISS 2018-2019 est la volonté du gouvernement souhaitant répondre aux ambitions sanitaires mondiales des ODD.

Loin d'être l'aboutissement, le PISS 2018-2019 est un outil d'orientation pour la planification opérationnelle biannuelle à tous les niveaux du système national de santé.

Malgré sa grande ambition, le cadre de la performance du PISS 2018-2019 précise bien le chemin qui reste à parcourir pour inscrire la RCA sur la trajectoire des ODD et atteindre les niveaux de santé requis à la fin de 2019. Il inspirera l'élaboration de la politique nationale de santé et son plan stratégique de développement sanitaire.

La bonne combinaison stratégique des initiatives humanitaires (à travers le Cluster Santé) et de développement (à travers le MSP) existante va se poursuivre et les PTF du MSP à travers le CCSSS sont sollicités à s'investir à fonds pour la réalisation du PISS 2018 -2019 afin que l'amélioration de la santé de la population et du système de santé soit une réalité visible.

XI. ANNEXES

ANNEXE I : LISTE DES INDICATEURS ESSENTIEL DE SUIVI-EVALUATION DU PLAN INTERIMAIRE DE LA SANTE 2018-2019

ANNEXE II : DONNÉES DE BASE ET CIBLES DES INDICATEURS DE SUIVI ÉVALUATION DU PIS 2018-2019